

Воспалительные изменения в плаценте, выявленные только при гистологическом исследовании, обнаружены в виде экссудативного хорионита в 10 (20%) плацентах, чаще в группе, где вес ребенка был ниже нормы, однако различия между группами статистически не значимы ($p > 0,05$). На амнионит и острый экссудативный виллузит пришлось по 3 (6%) случая только в группе, где вес новорожденного был снижен. Частота встречаемости в популяционной выборке экссудативных воспалительных изменений в плаценте от женщин ВИЧ-негативных и с нормально протекавшей беременностью, по литературным данным [4], сопоставима с частотой этих изменений в плацентах от ВИЧ-инфицированных женщин. Однако есть данные [6], в которых показано, что наличие воспалительных изменений в плаценте способствует повышению риска вертикального инфицирования ВИЧ. Специфическая трансформация эпителия наблюдалась только в группе плацент, где вес детей при рождении был снижен. Но в этих изменениях статистически достоверной разницы не обнаружено.

Достаточно часто отмечались в обеих группах достоверные нарушения кровообращения различной степени выраженности, при этом тромбозы и кровоизлияния в 4,3 раза чаще обнаруживались в группе, где новорожденные имели сниженный вес ($p < 0,001$). Истинные инфаркты различной давности (старые и свежие) также достоверно чаще встречались в плацентах родильниц с маловесными детьми ($p < 0,05$).

Нарушения на уровне микроциркуляторного русла (стазы, сладжи эритроцитов, микротромбы) наблюдались одинаково часто в обеих группах плацент ($p > 0,05$).

Нами не обнаружено достоверной разницы между группами в обнаружении фибриноида в строме ворсин, признаков незрелости плаценты (ХПН) ($p > 0,05$). Однако компенсаторно-приспособительные изменения в виде гиперплазии ворсин хориона (значительное увеличение количества терминальных ворсин) достоверно чаще отмечалось в группе плацент от женщин с нормальным весом новорожденного ($p < 0,05$). По другим компенсаторно-приспособительным изменениям, таким как гиперплазия синцитиальных почек, компенсаторный ангиоматоз, статистически достоверной разницы не выявлено, хотя эти изменения встречались чаще в I, чем во II группе ($p > 0,05$).

Выводы

В целом следует отметить, что морфологические изменения в плацентах от ВИЧ-инфицированных женщин на светооптическом уровне не специфичны. Развитие в плацентах ВИЧ-инфицированных беременных патологических изменений: продуктивного виллузита, экссудативного воспаления (хорионита, виллузита, интервиллузита) и нарушений кровообращения осложняет фето-плацентарные взаимоотношения и чаще сопровождается рождением ребенка с более низкой массой тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по безопасному материнству. – М.: Издательство «Триада-Х», 1998. – 53 с.
2. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству. – М.: Медицинское информационное агентство, 1997. – 436 с.
3. Милованов А.П., Брусилковский А.М. Методика исследования // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. – 1986. – № 8. – С.72-78.
4. Серебrenникова К.Г., Харина Н.А., Шешко Е.Л. Особенности морфологии плаценты при перинатальных потерях // Материалы V Российского Форума «Мать и дитя»/ Под ред. В.И. Кулакова. – Москва, 2003. – С.196-197.
5. ST Louis ME et al. Risk for perinatal HIV-1 transmission according to maternal immunologic, virologic and placental factors. JAMA, 1993, 169:2853-2859.
6. James Hill et al. Placental pathology and risk of perinatal HIV-1 transmission // Am. J. Obstet. Gynecol, 2003, 188: 94.

**В.Н. Прохоров, Е.А. Петросян,
В.Д. Колясников, А.И. Степанов**

ЗНАЧЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Уральская государственная медицинская академия, Центральная городская клиническая больница № 1, г. Екатеринбург

Репродуктивную функцию следует рассматривать не просто как одну из важнейших функций человеческого организма, а как жизненно необходимую, обеспечивающую существование самого человеческого рода на Земле. Только максимально естественное, физиологическое течение всех этапов репродуктивного процесса: зачатия, беременности и родового акта способно создать полноценные возможности для оптимального развития плода и рождения здорового ребенка.

В настоящее время показатели состояния здоровья женщин и детей имеют не только важное медицинское значение, но и приобрели большую социальную значимость [5]. Охрана материнства и детства относится к приоритетным задачам любого государства, поскольку показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности являются особенно чувствительным индикатором социально-экономического и культурного развития общества и необходимым гарантом его благополучия в будущем. Динамика показателей состояния здоровья беременных, рожениц, родильниц и новорожденных пока не дает оснований для оптимизма, а скорее вызывает серьезную озабоченность как со стороны медицинских работников и ученых, так и со стороны населения. В частности, уровень показателей материнской и перинатальной смертности в РФ в 3-3,5 раза выше, чем в экономически развитых странах [4]. Вышеперечисленные факты диктуют необходимость безотлагательного проведения глубокого анализа сложившейся ситуации для определения перечня наиболее важных

вопросов и конкретных путей их решения. При этом следует учитывать реальную, а не мнимую эффективность предлагаемых мер и полную обоснованность выполнения намеченных рекомендаций с материально-экономических позиций.

Необходимо подчеркнуть, что работа различных медицинских служб, в том числе акушерской и педиатрической, в нашей стране в последние годы осуществлялась в чрезвычайно сложных социально-экономических условиях. При этом различные факторы социального, экономического, организационного и юридического характера обусловили реальное ухудшение жизненного уровня населения и снижение возможностей системы здравоохранения оказывать медицинскую помощь населению в полном объеме и высокого качества. Для акушерско-гинекологической и педиатрической служб, как и для всей системы здравоохранения в целом, наиболее острыми являются проблемы недостаточного финансирования, дефицит и недостаточный уровень квалификации медицинских кадров, отсутствие реального прогресса при внедрении в практику здравоохранения современных методов диагностики, профилактики и лечения по критерию "конечный результат", т.е. состояние здоровья матерей и детей. Например, благодаря широкому внедрению ультразвукового исследования в акушерскую практику удается путем прерывания беременности в ранние сроки предотвратить рождение детей с пороками развития, но в целом число детей с пороками, в том числе совместимыми и несовместимыми с жизнью, продолжает расти.

Несмотря на использование современных методов ведения беременности и родов (профилактическое назначение витаминно-минеральных комплексов, продуктов лечебного питания и препаратов для оптимизации фетоплацентарного комплекса, своевременная диагностика и лечение акушерских и экстрагенитальных осложнений, стремительный рост числа родоразрешений путем операции кесарева сечения в интересах плода) продолжает повышаться удельного веса новорожденных с различными видами патологии: перинатальные поражения центральной нервной системы, включая острую и хроническую гипоксию, кровоизлияния и другие травмы, гипотрофия, гипербилирубинемия, инфекционная патология. По данным ВОЗ, в мире наблюдается около 80 млн детей с легкой и умеренной формой и 30 млн с тяжелой формой интеллектуальной недостаточности, обусловленной влиянием перинатальных факторов.

В современном индустриальном обществе мы практически наблюдаем превращение физиологического репродуктивного процесса (зачатие, беременность и роды) в патологический для женщины, плода и новорожденного. Это происходит в результате нарушения механизмов приспособления организма женщины к новому состоянию - беременности. Чтобы понять причины нарушения адаптационных механизмов в ходе процессов репродукции, необходимо оценить значение звеньев системы адаптации организма и факторов, способных вызвать ее серьезные поломки.

К важнейшим компонентам адаптации относятся регуляторные, пластические, энергетические и

неспецифические. В регуляторных процессах детерминирующая роль принадлежит высшей нервной деятельности. Основную роль в реализации пластических компонентов адаптации играет интенсификация синтеза нуклеиновых кислот и белков. В мобилизации и перераспределении энергетических ресурсов ведущее значение отводится симпатoadреналовой системе, а в основе реализации неспецифических компонентов адаптации лежит активация защитных систем [2].

В последнее время установлено, что не только целостные биологические объекты, но и изолированные органы и клеточные структуры - митохондрии, элементы саркоплазматического ретикулума, взятые у адаптированных животных, сами по себе обладают высокой устойчивостью к аноксии, реоксигенации, токсическим концентрациям катехоламинов и аутолизу [1]. Повышение устойчивости клеточных и субклеточных структур значительно увеличивает диапазон резистентности организма, существенно расширяя функциональный потенциал центральных нейроэндокринных и всех других систем и структур, поддерживающих состояние оптимального гомеостаза (гормональных, иммунных, обменных и т.д.).

Масштабные многолетние научные исследования свидетельствуют, что состояние здоровья человека, в том числе репродуктивного здоровья, в основном зависит от гигиенических показателей его образа жизни, а влияние на уровень здоровья всей системы здравоохранения достигает лишь 8-10% [3]. В данном случае современные данные лишь подтверждают извечные истины, поскольку еще со времен Гиппократа было известно, что все лечебные и профилактические системы оздоровления человека должны быть основаны на отшлифованных веками принципах здорового образа жизни. Наша задача - поднять эти знания, во многом эмпирические, на новый, научный уровень.

Индивидуальная устойчивость к действию разнообразных по своей природе факторов (физиологических, патологических, острых, хронических, слабых, экстремальных) включает как врожденные, так и приобретенные компоненты. Расширение гомеостатического диапазона регулирования физиологических функций, включая беременность, и резервных возможностей обеспечивается процессами оптимизации адаптации. При этом повышение уровня функционирования физиологических систем формируется под влиянием процессов тренировки, в основе которых лежат общегигиенические принципы: психогигиена, гигиена труда и отдыха, гигиена питания, двигательная активность, личная гигиена (личная гигиена, уход за кожей, гигиенические требования к одежде и обуви), закаливающие процедуры. Рациональное и систематическое выполнение всех этих гигиенических правил обеспечивает формирование устойчивой адаптации организма женщины к беременности, физиологическое ее течение и благоприятный исход для матери и новорожденного.

Нами были проведены анкетирование 110 женщин в конце беременности по вопросам гигиены и образа жизни и анализ карт наблюдения в женской консультации. Только 2/3 опрошенных считали важными для течения беременности и развития ребенка выполнение принципов здорового образа жизни и

лишь около 40% считали, что владеют достоверной информацией по данному вопросу. Выполняли же принципы здорового образа жизни при беременности всего 20% женщин, зато каждая 4-ая указала, что курила при беременности. При этом часть женщин прекратила курение после того, как узнала о своей беременности, а некоторые продолжали курить вплоть до срока родов.

Изучение медицинской документации показало практическое отсутствие врачебных записей о жилищных условиях беременных, особенностях их труда и отдыха, характера питания и физической активности. Лишь треть документов содержала крайне формально изложенные сведения о вредных бытовых привычках (курение, употребление алкоголя) и профессиональных вредностях. Можно сделать вывод, что у врачей акушеров-гинекологов отсутствует даже поверхностный интерес к гигиеническим принципам образа жизни беременных, находящихся у них на диспансерном учете. Если у врача нет никакой информации по данной проблеме, то нет и возможности влиять на состояние здоровья беременных путем использования гигиенических методологий, хотя их медицинская роль огромна.

Таким образом, данные литературы и клинические наблюдения свидетельствуют о совершенно недостаточном исполнении беременными гигиенических принципов здорового образа жизни, что ведет к снижению эффективности традиционных методик ведения беременных. Важность и обязательность соблюдения беременными рациональных гигиенических принципов жизни признается медицинским сообществом, однако это признание фактически остается декларативным и крайне недостаточно реализуется на практике. Современные методы амбулаторного ведения беременных не учитывают социальных условий и образа жизни женщин в процессе наблюдения, а также их личностные психологические особенности и отношение к беременности. У многих врачей отсутствует глубокое понимание истинной важности и обязательности использования всего комплекса гигиенических факторов, относящихся к понятию образа жизни человека.

Основополагающее значение указанных факторов состоит в реальном обеспечении и полноценной регуляции компенсаторно-приспособительных реакций организма женщины в ответ на возрастающие при беременности физические и психические нагрузки, а также поддержание адекватного уровня адаптационных процессов в функционировании системы "мать-плацента-плод" при беременности и в родах.

Следует признать, что в настоящее время практически отсутствуют систематические и многоплановые теоретические разработки значения, принципов и механизмов действия гигиенических факторов в акушерстве и неонатологии. Существует настоятельная потребность в серьезных научных исследованиях для подготовки обоснований и разработок методологий по формированию у беременных потребности и реализации на практике гигиенических принципов здорового образа жизни с целями снижения акушерской и перинатальной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Меерсон Ф.З. Феномен адаптационной стабилизации структур и защита сердца // Кардиология. - 1990. - Т.30. - № 3. - С.6-12.
2. Новиков В.С., Горанчук В.В., Шустов Е.Б. Физиология экстремальных состояний. - СПб: Наука, 1998. - 247с.
3. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство / Под ред. Ю.П. Лисицина. - М., 1999. - 698с.
4. Фролова О.Г., Токова З.З. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы и репродуктивного здоровья // Акуш.и гинек. - 2005. - № 1. - С.3-6.
5. Черносивтов Е.В. Социальная медицина: Учеб. пособие для вузов. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002. - 254с.

О.В. Прохорова, В.Н. Прохоров,
А.И. Степанов, В.Д. Колясников

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Уральская государственная медицинская академия,
Центральная городская клиническая больница № 1,
г. Екатеринбург

Психическое здоровье является важнейшей составляющей частью здоровья населения в целом, поскольку оно в значительной степени, нередко определяющим образом, влияет на физическое, душевное и социальное благополучие человека. Научно-технический прогресс и связанное с ним ускорение темпов жизни, изменения социально-экономических условий существования общества предъявляют постоянно возрастающие требования к психической деятельности человека. Жизнь человека в современных условиях выдвигает проблему сохранения и оптимизации психического здоровья, выявление его резервов и возможности коррекции его нарушений на одно из первых мест среди ведущих факторов, гарантирующих экономический и духовный подъем общества.

Социально-психологическая ситуация в России за последнее десятилетие, неизмеримо возросший темп жизни и резкое повышение потока информации, особенно в условиях города, привели к массовым проявлениям психоэмоционального напряжения и психической дезадаптации [5].

В настоящее время ведущей в мире является концепция психосоматической медицины, для которой характерна открытая многофакторная модель развития любого, в том числе соматического, заболевания. При использовании этой модели надо обязательно учитывать влияние абсолютно всех биологических, психосоциальных и средовых факторов в качестве этиологических для любых соматических заболеваний. Такой взгляд позволяет избежать категорического деления на болезни психосоматические и соматические, полностью использовать возможности ком-