

УДК 618.3-008.6+618.33-077

И. В. Чиркова, О.Ю. Севостьянова

**ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПРИ ГЕСТОЗЕ, ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ С СЗРП И СРОКИ ЕГО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ**

ГУ НИИ Охраны материнства и младенчества

Проблема гестоза остается актуальной на протяжении многих лет. За последний год частота гестоза увеличилась с 16 до 28-30 %, что связано с увеличением экстрагенитальной патологии в 1,7 - 2,8 раза (Фролова О.Г., 1996г., Савельева Г.М., 1998., Токова З.З., 1998). В последнее время гестоз рассматривается как возникающий при беременности синдром полиорганной недостаточности, изменения присутствуют во всех органах, в том числе и в фето-плацентарном комплексе [2,4]. Плацентарная недостаточность в фазе суб- и декомпенсации обуславливает нарушения в его функционировании, следствием которого является синдром задержки развития плода (СЗРП) [1,3].

Патология является причиной заболеваемости и инвалидизации новорожденных, сопровождается врожденные пороки развития внутриутробного плода и является причиной смертности новорожденных[1]. Данный синдром формирует хронические заболевания детей тогда сопровождающие их всю оставшуюся жизнь.

**Цель исследования.** Определение состояния здоровья ребенка при беременности, осложненной гестозом с исходом в СЗРП, выявление факторов риска возникновения СЗРП и оптимальных сроков его предупреждения.

**Материалы и методы исследований.** Для реализации поставленной цели был проведен ретроспективный анализ 102 историй родов женщин течение беременности у которых осложнилось гестозом различной степени тяжести, а также их новорожденных детей. У 70 женщин беременность осложнилась гестозом с исходом в СЗРП. Группу сравнения составили 32 беременные, родившие детей с пропорциональным развитием. Обе группы сопоставимы по возрасту и степени тяжести гестоза. Средний возраст в основной группе составил 26,3±1,4 лет, в группе сравнения 26,7±2,3 года (P>0,05). Оценку степени тяжести гестоза проводили по шкале Goeke в модификации Г.М.Савельевой. В основной группе средние значения степени тяжести гестоза составили 11,7±1,2 балла, в группе сравнения 12±2,3 балла (P>0,05). Показатели фетометрии.

Во втором триместре беременности сравнивали со смежными центильными показателями по М.В. Федоровой, (1991 г), Chitty at al.(1994 г). При показателях, находящихся ниже 10 перцентилей, диагностировали СЗРП. После рождения ребенка СЗРП диагностировался путем сравнения со стандартными таблицами Gamella. Результаты исследований расчи-

тывались с помощью пакета прикладных программ Statgraf, Microsoft Excel.

**Результаты исследований.** Экстрагенитальная патология в основной группе составила 38,5%±0,08, а в группе сравнения 16,1±1,12% (p<0.05). Среди заболеваний преобладали хронический пиелонефрит 27,14±2,3%, бронхиальная астма 10±2,4%, гипертоническая болезнь 48,7±2,4%. Обращает внимание, что в основной группе чаще, чем в группе сравнения регистрируются заболевания желудочно-кишечного тракта 22,86±5,05% и миопия у 22,85±0,5 % (p<0,05). Акушерско-гинекологический анамнез отягощен у 54,29±5,99%, в группе сравнения показатель составил 28,12±8,05% (P<0,014).

Таблица 1

Показатели физического развития новорожденных

Показатели физического развития	Основная группа n=70	Группа сравнения n=32	P
Масса при рождении	2139,39 ±66,37	3300 ±105,06	P<0.05
Длина тела	45,52±0,61	50,74±0,52	P<0.05
Окружность головы	31,2±0,29	34,7±0,29	P<0.05
Окружность груди	30,25±0,3	34,2 ±0,29	P<0.05

n- число наблюдений.

Таким образом, показателям физического развития новорожденных достоверно различались по своим показателям. Дети, рожденные с синдромом задержки, значительно отставали по массе и размерам тела.

Таблица 2

Степень тяжести гипоксии в раннем неонатальном периоде

Степень тяжести гипоксии	Основная группа n=70	Группа сравнения n=32	P
Гипоксия легкая	4,3±2,44	21,87±8,42	P<0,0,5
Гипоксия средней степени	47,1±6	12,5±5,69	P<0,0006
Тяжелая гипоксия	15,7±4,37	0,00	P<0,05

n- число наблюдений

Из данных таблицы достоверны различия степени тяжести гипоксии. В основной группе в раннем неонатальном периоде преобладала гипоксия средней и тяжелой степени, что обуславливало тяжесть состояния новорожденного.

В группе сравнения преобладала легкая гипоксия, 12,5±5,69% имели гипоксию средней степени тяжести. Среди детей, рожденных с СЗРП, недоно-

шенность регистрировалась у 38,57±4,6%, по сравнению с 6,25±4,34% с достоверностью  $P < 0,000,64$ .

С высоким достоверностью у детей, рожденных с СЗРП встречались синдромы гипертензионный, судорожный, вегето-сосудистых нарушений, синдром двигательных расстройств, что осложняло течение послеродового периода.

Таблица 3

Основные патологические синдромы у новорожденных от матерей с гестозом

Основные синдромы	Основная группа n = 70	Группа сравнения n = 32	P
Гипертензионный синдром	18,57 ± 4,6%	0,00	$P < 0,009$
Синдром двигательных нарушений	42,86 ± 5,95	9,38 ± 5,25	$P < 0,006$
Синдром вегето-сосудистых нарушений	17,14 ± 4,53	3,1 ± 3,12	$P < 0,049$
Судорожный синдром	15,17 ± 4,38	9,38 ± 5,23	$P < 0,05$

n - кол-во наблюдений

Морфо-функциональная незрелость внутренних органов регистрировалась у 27,0 ± 5,35% рожденных с СЗРП детей по сравнению с 6,25±4,34% в группе сравнения ( $P < 0,015$ ). Перинатальные повреждения ЦНС различной степени тяжести встречались в 10 раз чаще у новорожденных с СЗРП у 31,43 ± 5,59% в основной и у 3,1 ± 3,12% в группе сравнения ( $P < 0,0013$ ), и в 2 раза чаще встречались внутриутробное инфицирование у 54,29 ± 5,99% в основной и у 25,00 ± 7,73% в группе сравнения ( $P < 0,005$ ). Для выявления факторов риска развития синдрома ретардации нами был изучен соматический, акушерско-гинекологический анамнез, а также особенности течения настоящей беременности.

Таблица 4

Особенности акушерско-гинекологического анамнеза у женщин с гестозом

Название заболевания	Основная группа n = 70	Группа сравнения n = 32 чел	P
Бесплодие в анамнезе	17,14 ± 4,35	0,00	$P < 0,01$
Невынашивание беременности	11,43 ± 3,83	3,1 ± 3,12	$P < 0,017$
Преждевременные роды	12,86 ± 4,02	18,75 ± 7	$P < 0,44$
Гестоз в анамнезе	2,86 ± 2	6,24 ± 4,34	$P < 0,4$
СЗРП в анамнезе	2,86 ± 2	6,25 ± 4,35	$P < 0,42$
Преэклампсия	11,43 ± 3,8	12,5 ± 5,94	$P < 0,88$
Соответствие исследуемой патологии	54,29 ± 5,99	28,12 ± 8,05	$P < 0,014$

Из данных таблицы видно, что группы сопоставимы по частоте гестоза, а наличие у беременных в анамнезе СЗРП и/или преэклампсии, бесплодия и невынашивания беременности позволяют отнести их в

группу риска развития СЗРП при последующей беременности.

Течение беременности в основной группе в I триместре осложнилось угрозой прерывания в 57,14±5,95% по сравнению с 25,00±7,77% во второй группе ( $P < 0,046$ ). При УЗИ-диагностике в основной группе регистрировался гипертонус миометрия 17,14±5,4% ( $P < 0,05$ ).

Клиника гестоза проявлялась более ранним началом отеочного симптома с 26,9±0,9 недель беременности по сравнению со 2 группой, где отеочный симптом манифестировал с 31,31±0,06 недели гестации ( $P < 0,0008$ ).

Во втором триместре беременности при УЗИ-исследованиях состояния внутриутробного плода признаком фето-плацентарной недостаточности явилось маловодие, которое в основной группе составило 21,15±5,63% по сравнению со 2 группой (3,1±3,12%), ( $P < 0,02$ ).

В 24-25 недель беременности в 1 группе средние показатели БПР 58,7 ± 1,86 мм, ДЖ 58,6±4,24 мм, ДБ 42,1±1,24 мм соответствовали 10 перцентилю по шкале М.В. Федоровой и Chitty. БПР головки в основной группе в 27-28 недель гестации составлял 64,75±2,27 мм, что соответствовало сроку беременности, диаметр животика составил 66,75±2,12 мм, что находилось ниже 10 перцентилей, длина бедра - 47,25±1,67 мм, показатель находился в пределах 3-10 перцентилей. Таким образом, в сроке беременности в среднем 27-28 недель по данным УЗИ регистрируется отставание размеров животика плода в зависимости от сроков беременности. Отсюда следует, что профилактические мероприятия, направленные на предупреждение СЗРП необходимо проводить до 26-27 недели.

**Результаты исследования.** 1. Определили состояние здоровья новорожденных с СЗРП, отставание по основным массо-ростовым показателям, наличие хронической гипоксии средней и тяжелой степени, патологические синдромы в неонатальном периоде, в том числе перинатальные повреждения ЦНС: перивентрикулярная ишемия и внутричерепные кровоизлияния.

2. Выявили факторы риска развития синдрома ретардации при осложненной гестозом беременности, которыми являются отягощенный соматический, акушерско-гинекологический анамнез, раннее начало гестоза, прогрессирование отеочного симптома со 2 триместра беременности.

3. Определили сроки профилактики СЗРП. Для предупреждения синдрома ретардации профилактические мероприятия при наличии факторов риска, в среднем, необходимо проводить вплоть до 26-27 недели гестации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Анастасьева В.Г. Задержка внутриутробного развития плода: Руководство для врачей и студентов медицинских вузов. - Новосибирск, 1996. - 162с.
2. Ильенко Л.И. Проблема нарушения адаптации в единой системе мать-новорожденный и их коррекция: Авт. дисс.... д.м.н., 1997. - 48с.

3. Маурская Н.М., Федорова М.В. Диагностика угрожающих состояний плода у женщин с гестозами // Международная научно-практическая конференция по гестозам. (Москва, 20-21 октября, 1997г.)-М., 1997г.
4. Радвинский В.Е., Ордиянц И.М., Оразмурадов А.А. Патогенез, профилактика и лечение СЭРП при подьем гестоза // Перинатальная терапия и интенсивная терапия новорожденного. Тез. Докл. Всероссийской научной конференции. Екатеринбург, 1999г. - С. 142-145

УДК 618.1-078.33

С.И. Воронова, С.В. Казанцева, И.А. Власова

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ СА-125 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

Городская клиническая больница № 40,  
Уральская государственная медицинская академия

Рак яичников остается одним из наиболее распространенных злокачественных опухолей у женщин, занимая в структуре смертности от онкогинекологических заболеваний первое место [2,3,4]. Начальные стадии рака яичников диагностируются только в 20-25% случаев, что связано с длительным бессимптомным течением заболевания, отсутствием патогномных симптомов, трудностью дифференциальной диагностики между доброкачественными и злокачественными опухолями даже при использовании инструментальных методов обследования [2]. Одним из признанных методов комплексной диагностики является определение уровня опухолевых маркеров, из которых антиген СА-125 считается наиболее информативным маркером эпителиальных немуцинозных опухолей [3]. Установлено, что уровень СА-125 в сыворотке крови повышается задолго до появления клинических признаков рака яичников [1].

Учитывая особенности анамнеза и помня о принципе онкологической настороженности, уровень СА-125 был определен нами у 18 женщин с хроническим сальпингоофоритом.

Средний возраст больных составил 38,3±2,5 лет. Длительность заболевания колебалась от 1 до 12 лет. У 77,7% (14 человек) гинекологическая патология была сочетанной: хронический воспалительный процесс придатков матки сочетался с патологией шейки матки (7 человек), фибромиомой (6 человек), опухолевыми образованиями яичника (5 человек), эндометриозом (3 человека), кольпитом (3 человека), гиперпластическим процессом эндометрия (2 человека). Обследование больных включало: общеклинические анализы, традиционные бактериоскопические и бактериологические методы, ПЦР для определения урогенитальных микроорганизмов, ультразвуковое исследование органов малого таза, кольпоскопию, оценку общего и местного иммунитета, гормонально-го статуса, состояния основных звеньев гемостаза.

Уровень СА-125 определяли иммуноферментным методом с помощью набора фирмы «Хема» (г. Москва) Концентрация маркера 35Е/мл была принята за дискриминационную.

Из 18 больных уровень СА-125 выше критического обнаружен у 3. Клинически у этих пациенток хронический сальпингоофорит характеризовался малосимптомным, стертым течением; при лабораторном обследовании выявлена урогенитальная микстинфекция (хламидиоз, уреаплазмоз, генитальный герпес, бактериальный вагиноз) с выраженными воспалительными изменениями нижнего отдела генитального тракта, признаки эндотоксикоза, сдвиги иммунологических показателей.

Взаимосвязь уровня СА-125 с воспалительным процессом придатков матки, хламидиозом, бактериальным вагинозом, уровнем IgG в сыворотке крови, уровнем лизоцима щечечно-вагинального секрета, показателями гемостаза и средномолекулярных пептидов была подтверждена корреляционным анализом ( $r=0,53-0,93$ ).

Таким образом, антиген СА-125 не является специфическим для рака яичников и может появляться при воспалительных заболеваниях придатков матки. Так как хронические инфекции рассматриваются как один из факторов формирования опухолевого процесса, больные с повышенным уровнем СА-125 должны считаться группой риска и подлечь тщательному лечению и диспансерному наблюдению.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева М.Л., Фагаченко Н.Д., Новиков Е.А., Марганин Ф.Г. // Акушерство и гинекология. 1995. №5. С.35-37.
2. Дамиров М.М., Бакулева Л.П., Слюсарь Н.Н. и др. // Акушерство и гинекология. 1996. №3. С.49-50.
3. Стрижаков А.Н., Баев О.Р. // Акушерство и гинекология. 1995. №4. С.15-18.
4. Шпарык Я.В., Томыч Н.В., Попиль И.И. // Акушерство и гинекология. 1997. №6. С.13-16.

В.Л. Зеленцова, О.И. Усова,  
Ж.Л. Малахова, С.В. Казанцева

### СОСТОЯНИЕ КРОВОТОКА И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С НЕФРОУРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ВОЗРАСТЕ 6-7 ЛЕТ

Уральская государственная медицинская академия

В настоящее время приходится констатировать, что частота нефроурологической патологии в детской популяции существенно возросла. Так, заболевания органов мочевыделительной системы (ОМВС) в среднем по РСФСР в 1988 г. составляли 29% [2], тогда как в 1999 г. отмечалось увеличение этого показателя на территории России до 41,95% [7]. Значительно возросла и доля врожденных пороков, при этом процент пороков ОМВС колеблется от 5 до 30% от общего количества [4,9].