

8. Энкин М., Кейрс М., Ренфрью М. и др. Техника индукции родов и оперативного родоразрешения. Методы индукции родов в кн. Руководство по эффективной помощи при беременности и в родах. СПб.1999. –С.388-409

9. Bishop E.N. Pelvic scoring for elective induction // Obstet. Gynecol.-1964 - Vol. 24 - P. 266

10. Martin J.A., Hamilton B.E., Sutton P.D. et al. Birth Final data for 2002 National vital Statistics Reports. -2003. – Vol. 52 -“10 Huattsville Md National Center for Health Statistics

Хулоса

ТАҶРИБАИ ИСТИФОДАБАРИИ «ПРОСТОГЛОНДИН E1» БАРОИ ИНДУКСИЯИ ТАВАЛЛУД

Г. Ю. Гачиева

Омодасозии гарданаи бачадон (рахим) ва индуксияи зоиш дар 30 нафар ҳомиладорон гузаронида шуд. Бо мақсади ангезонидани раванди зоиш ба равоки қафои маҳбали онҳо 25 мкг «Мизопростол» ворид (тазрик) намуданд. Нишондод барои ангезонидани зоиш ин шоридани (рехтани) обҳои чанинхалта ба шумор меравад. Таҳлили саририи рафти зоиш, ҳолати чанинҳо ва навзодон нишон дод, ки «Мизопростол» дар вояи (меъёри) пешниҳодшуда самаранок ва беҳатар буда, алтернативаи усулҳои анъанавии индуксияи зоиш мебошад.

Summary

THE EXPERIENCE OF THE USE OF PROSTAGLANDIN E1 FOR DELIVERY INDUCTION

G.Yu. Gajieva

Preparation of cervix of the uterus and delivery induction were made in 30 pregnant women with for delivery stimulation into rear cove of vagina 25 mg of myzoprostol was brought. The symptome for the delivery induction was predelivery effusion of perifoetus waters. Clinical analysis of delivery process, state of foetus and newborn observed that mizoprostol in this dose is effective and safety alternative method of delivery induction.



ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Н.С. Джаборова

НИИ акушерства, гинекологии и педиатрии МЗ РТ

Актуальность. Проблема гестоза у беременных определяется рядом практических факторов, таких как высокая частота, ведущее место в структуре материнской и перинатальной смертности, а также отсутствие единого взгляда на этиологию и патогенез данного осложнения беременности (1-4).

Гестоз является наиболее распространённым осложнением беременности, которое требует своевременной диагностики и правильного лечения. Гестоз приводит к фетоплацентарной недостаточности и, следовательно, к гипоксии и гипотрофии плода. Даже лёгкий не пролеченный гестоз может перейти в более тяжёлую форму и повлечь за собой серьёзные последствия для матери и плода. Поиск новых лекарственных средств лечения гестоза, оказывающих положительный эффект на течение гестационного процесса и фетоплацентарную недостаточность, является важной научно-практической задачей (5).

Целью настоящего исследования явилось изучение изменений гемодинамики матери и плода при лечении преэклампсии и определение наиболее безопасных и эффективных гипотензивных препаратов, направленных на улучшение гемодинамических показателей маточно-плацентарного кровотока.

Материалы и методы исследования. Обследовано 60 женщин в сроке гестации от 26 до 40 недель, находившихся на стационарном лечении. Средний возраст обследованных беременных составил в I группе – 28,5±1,2, во II – 29,5±0,51 лет. Анализ паритета показал, что в I группе количество первобеременных составило 14 (46,7%), повторнородящих – 4 (13,3%), многорожавших – 12 (40%); во II группе первобеременных было 9 (30%), повторнородящих – 5 (16,7%), многорожавших – 16 (53,3%) . Уровень АД пациенток колебался от 200/120 до 140/100 мм.рт.ст.

Первую группу составили 30 беременных, которые получали норваск. Вторая группа – 30 беременных, получавших нифедипин. Кардиодинамические показатели исследовали методом доплерэхокардиографии по стандартной методике с помощью аппарата Aloka SSD-650, снабжённого доплеровским блоком пульсирующей волны (частотный фильтр 100 Гц, конвенсный датчик 3,5 МГц).

Далее проводилась доплерометрия, которая включала исследование кровотока в обеих маточных артериях, артерий пуповины и плода. Изучали основные показатели систолодиастолического отношения (СДО), пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР), плацентарный коэффициент (ПК), позволяющие проводить одновременный учёт изменений как маточно-плацентарного, так и плодово-плацентарного кровообращения.

Результаты и их обсуждение. Для оценки функционального состояния центральной гемодинамики определяли следующие параметры: конечно-диастолический объём (КДО), конечно-систолический объём (КСО), конечно-диастолический размер (КДР), конечно-систолический размер (КСР), ударный объём (УО), сердечный индекс (СИ), ударный индекс (УИ), среднее артериальное давление (САД), фракция выброса (ФВ), удельно-периферическое сопротивление (УПС), минутный объём кровообращения (МОК), ?S%.

Результаты исследований показали, что у беременных с преэклампсией наблюдается увеличение показателей систолического давления в среднем до 53,4±3,9, а диастолического до 100,5±2,3 мм.рт.ст., то есть на 24,6 и соответственно на 16,5% (p<0,05) выше физиологических значений. На фоне применения норваска АДс снижалось на 24,5%, а АДд - на 16,2%. Наблюдались повышение: УО – 11,9%, СИ – 15%, ФВ – 12,5%, МОК – 37,4%, ?S% – 8,3%, УИ – 26%. Полученные данные параметров центральной гемодинамики представлены в таблице 1.

Таблица 1

Параметры центральной гемодинамики

Показатели гемодинамики	Норваск		Нифедипин	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечение
МОК, мл/мин	4622,9±175,1	6353±199,2*	5300±1426*	5176±1803
ОПСС, дин х сек х см ⁻⁵	1862,2±50,4**	1477,9±41,2*	1707,3±54,9*	1589,3±62,7*
УПС, дин х сек х см ⁻⁵	10,9±0,039**	9,6±0,03*	9,3±0,044	8,4±0,044*
ФВ, мл	47,9±0,79**	54,2±0,93*	52,2±1,1	52,8±0,6
САД, мм.рт.ст.	107,8±1,8*	95,2±1,46*	106,8±2,9*	99,6±1,8**
УИ, мл/мин ²	2,6±0,16**	3,3±0,4*	31,14±0,098*	33,1±0,13**
СИ, л/м ²	2,7±0,14*	3,1±0,079**	2,9±0,089*	30,3±0,16**
УО, мл	48,1±2,1**	54,4±2,04**	54,8±1,29*	54,9±2,44
? S, %	23,8±0,44*	26,1±0,44*	27,3±0,7**	28,1±0,44**
КДР, см	47,1±0,75	47,8±0,73	46,9±0,5	47,5±0,6
КСР, см	35,9±0,58	35,4±0,44	35,0±0,4	34,3±0,5
КСО, мл	54,3±1,73*	52,7±1,77	50,6±1,3	49,3±1,9
КДО, мл	35,9±0,58	35,4±0,44	105,1±2,5	96,3±4,6

Под воздействием нифедипина АДс снижалось на 13%, АДд – 11%, УО возрастал на 0,23%, СИ – 3,5%, ФВ – 1,9%, МОК – 2,4%, ?S% – 3,7%, УИ – 3,5%. Параллельно отмечалось снижение ОПСС после лечения норваском – 26%, нифедипином – 7,4%, УПСС после лечения норваском – 13%, нифедипином – 9,6%.

Таблица 2

Нарушение кровообращения в системе мать-плацента-плод

Срок гестации (недели)	Норваск					
	До лечения			После лечения		
	МА	Ап	ПК	МА	Ап	ПК
26-28	2,21±0,07	3,23±0,5	0,143±0,005	2,11±0,02	3,24±0,05	0,148±0,006
29-31	2,88±0,06	2,83±0,09	0,143±0,003	2,7±0,04	2,83±0,07	0,150±0,007
32-34	2,11±0,06	2,42±0,05	0,171±0,003	2,03±0,03	2,41±0,03	0,271±0,008
35-37	2,26±0,08	2,34±0,03	0,189±0,007	2,09±0,04	2,6±0,01	0,181±0,006
38-41	2,41±0,06	1,8±0,03	0,197±0,006	2,35±0,03	2,5±0,01	0,190±0,004
Срок гестации (недели)	Нифедипин					
	До лечения			После лечения		
	МА	Ап	ПК	МА	Ап	ПК
26-28	2,72±0,01	2,12±0,02	0,173±0,002	2,43±0,04	2,51±0,04	0,163±0,005
29-31	2,79±0,05	4,08±0,01	0,08±0,002	2,4±0,05	2,83±0,01	0,147±0,006
32-34	2,06±0,03	2,39±0,03	0,20±0,003	1,92±0,05	2,96±0,03	0,175±0,007
35-37	2,21±0,05	4,04±0,01	0,11±0,009	1,7±0,03	2,56±0,05	0,22±0,009
38-41	1,44±0,01	2,5±0,02	0,26±0,01			

Примечание: * - $p < 0,001$

На фоне гестозов отмечалось увеличение всех показателей, характеризующих маточно-плацентарное кровообращение: индекса резистентности (ИР) на 13,4%, пульсационного индекса (ПИ) на 29,8% и систолодиастолического отношения (СДО) на 31,2% ($p < 0,01$).

Так, на фоне применения норваска ИР снижался по сравнению с исходными величинами на 2,9% ($p < 0,01$), ПИ на 11,3% ($p < 0,01$); нифедипина ИР на 0,5 ($p < 0,05$), ПИ – 6,4% ($p < 0,01$) соответственно. В результате таких модуляций СДО снижалось после норваска на 23,4%, после нифедипина на 7,3% ($p < 0,01$) (табл.2).

Назначение гипотензивных препаратов при преэклампсии беременных неизбежно вызывает снижение интенсивности маточно-плацентарного кровообращения в различной степени и, как следствие, внутриутробную гипоксию плода. В связи с этим изучение кардиогемодинамических адаптационно-защитных реакций плода на проведение гипотензивной терапии беременных с гестозом имеет существенное значение в клиническом плане.

Таким образом, при лечении норваском отмечается увеличение показателей, характеризующих насосную функцию сердца, а также уменьшение общего периферического сосудистого сопротивления, снижение давления в малом круге кровообращения. Выявлено положительное влияние его на состояние маточно-плацентарного кровотока, что имеет существенное значение при решении вопроса о дальнейшем пролонгировании беременности с целью снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нарзуллаева Е.Н., Гулакова Д.М. Взаимосвязь фетоплацентарного кровотока и перинатальных исходов у беременных с тяжёлыми формами гестоза // Материалы VII-го

Российского форума «Мать и дитя». – М., 2005. – С.165-166

2. Нарзуллаева Е.Н., Гулакова Д.М. Современные аспекты этиопатогенеза гестозов. // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». – 2007, №3. – С. 68-69

3. Подтетенев А.Д., Братчикова Т.В. Тактика ведение родов при гестозе. Издательство Российского университета дружбы народов. – М., 2004. – С.5

4. Стрижакова А.Н., Давыдова А.И., Мусаева З.М. Гестоз, клиника, диагностика, акушерская тактика, интенсивная терапия. Монография. – М., ИнфорМед., 2007. – С.7-8

5. Торчинов А.М., Цахилова С.Г., Кузнецов В.М., Королёва О.А., Проблемы репродукции. – М.: МедиаСфера. – 2008. – С.91

Хулоса

БАҲОДИҲИИ НИШОНДИҲАНДАҲОИ ҲЕМОДИНАМИКИИ МОДАРУ ЧАНИН ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Н.С. Чаборова

Истифодаи доруҳои таъсирашон дарозмуддат (норваск) ҳангоми преэклампсия ба нузули (пастшавии) равану устувори фишори шараёни, беҳтаршавии нишондиҳандаҳои ҳемодинамикӣ мусоидат мекунад. Инчунин ба вазъи хунгардиши бачадон-ҳамроҳак таъсири мусбат мерасонад, ки ба давомдиҳии минбаъдаи ҳамл аҳамияти муҳим дорад ва шароити мусоидро барои мавқеи роҳатбахши дохилибатнии чанин фароҳам меорад.

Summary

THE ESTIMATION OF HEMODINAMICS INDEXES OF MOTHER AND FOETUS UNDER TREATMENT OF PATIENTS WITH PREECLAMPSY

N.S. Jaborova

The use of prolonged preparations (norvaska) under preeclampsy provotes smooth stable decreasing AP, improving hemodinamics indexes, and influences on uterus-placenta circulation state positively that has significant importance for further prolongation of pregnancy and makes the favourable conditions for intrauterine stay of foetus.

ЗАВИСИМОСТЬ НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН АКТИВНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМ ПАРИТЕТОМ

**М.Я. Камилова, Ш.Дж. Муджиддинова, Х. Хашимова
НИИ акушерства, гинекологии и педиатрии МЗ РТ**

Введение. Согласно данным Комитета экспертов ВОЗ (1), остеопороз занимает четвёртое место по социально-экономической значимости.

Если раньше большинство врачей думали, что это заболевание не лечится и является неизбежным следствием пожилого возраста, то сейчас определился новый взгляд на старую проблему. Факторы, влияющие на снижение минерализации костной ткани, в настоящее время широко изучаются различными специалистами, уже идентифицировано много причин и моментов, способствующих развитию данной патологии (4).

Нарушения минерализации костной ткани у женщин активного репродуктивного возраста чаще относятся к вторичному остеопорозу. Исследования, проведённые в Тайване (3), выявили несколько факторов, способствующих развитию остеопении и остеопороза в активном репродуктивном возрасте: недостаточное поступление с пищей продуктов,