

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ В ОБЛАСТИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЫ ПЛОДА

И.И. Тошева, Н.С. Нарзуллаева, Д.К. Розикова,

Бухарский государственный медицинский институт

✓ Резюме,

В структуре перинатальной смертности в Узбекистане значительное место занимает антенатальная гибель плода (38,6%). Одним из путей снижения данного показателя должна явиться оптимизация ведения беременных на этапе амбулаторного звена. В условиях женской консультации в ранние сроки беременности необходимо проведение скрининговых обследований для формирования группы высокого риска: ультразвуковой скрининг в 11-14 и 22-24 нед беременности, биохимический скрининг - РАРР, β-ХГЧ в 10-13 нед, АФП, β-ХГЧ в 16-20 нед беременности.

Ключевые слова: антенатальный период, ультразвуковой скрининг, профилактика анемии

ҲОИМЛАДОРЛАРДА ҲОМИЛАНИ АНТИНАТАЛ ДАВРДАН БОШЛАБ ЭҲТИЁТ ҚИЛИШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ

И.И. Тошева, Н.С. Нарзуллаева, Д.К. Розикова,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Ўзбекистонда ҳомиладорлар ичида антенатал ҳомила ўлими 38,6% ташкил қилади. Ушбу муаммонинг самарали ечими, ҳомила антинатал даврда амбулатор парваришлашни оптималлаштиришдир.

Яъни барча ҳомиладор аёлларни маълум бир вақтда яъни ҳоладорликнинг 11-14 и 22-24 ҳафталигида ультратовуш скринг текширишини ташкиллаштириш билан бир қаторда, биохимик скрининг - РАРР, β-ХГЧ 10-13 ҳафтада, ва АФП, β-ХГЧ эса ҳомланинг 16-20 ҳафталигида ўтказиш керак.

Калит сўзлар: антенатал давр, ультратовуш скрининги, анемия профилактикаси.

OPTIMIZATION OF PREGNANCY IN THE FIELD OF ANTENATAL FRUIT PROTECTION

Tosheva I.I., Narzullaeva N.S., Rozikova D.K.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

Antenatal fetal death occupies a significant place in the structure of perinatal mortality in Uzbekistan (38.6%). One way to reduce this indicator should be to optimize the management of pregnant women at the outpatient level. In the conditions of antenatal clinic in the early stages of pregnancy, it is necessary to conduct screening examinations to form a high-risk group: ultrasound screening at 11-14 and 22-24 weeks of gestation, biochemical screening RAPP-A, β-hCG at 10-13 weeks, AFP, β-hCG in 16-20 weeks of pregnancy.

Keywords: antenatal period, ultrasonic screening, prevention of anemia.

Актуальность

В настоящее время отмечается определенная агрессия при ведении не только осложненной, но и физиологически протекающей беременности. В структуре перинатальной смертности в Узбекистане значительное место занимает антенатальная гибель плода (38,6%). Одним из путей снижения данного показателя должна явиться оптимизация ведения беременных на этапе амбулаторного звена. По данным различных авторов в 20% наблюдений причиной антенатальной гибели плода являются врожденные и наследственные заболевания (пороки развития ЦНС, пороки сердечно-сосудистой системы, множественные пороки развития, синдром Дауна, аномалии костной системы), что диктует необходимость усовершенствования и широкого внедрения комплекса мер пренатальной диагностики. В условиях женской консультации в ранние сроки беременности необходимо проведение скрининговых обследований для формирования группы высокого риска: ультразвуковой скрининг в 11-14 и 22-24 нед беременности, биохимический

скрининг - РАРР, β-ХГЧ в 10-13 нед, АФП, β-ХГЧ в 16-20 нед беременности.

Беременные из групп высокого риска рождения детей с врожденными и наследственными заболеваниями должны направляться в перинатальные центры для решения вопроса о необходимости инвазивных диагностических вмешательств (биопсия хориона, амниоцентез, кордоцентез, плацентоцентез). Обращено внимание на то, что для осуществления этих мероприятий необходимо, чтобы все беременные поступали под наблюдение женских консультаций в ранние сроки беременности (до 12 нед). К сожалению, в Узбекистане до настоящего времени процент таких беременных не превышает 60%.

С. Агости указал на важность ультразвукового скрининга в 11-14 нед. Особое внимание при этом следует уделять таким маркерам хромосомной патологии, как отек воротникового пространства и гипо-, аплазия носовой кости плода. Важность ультразвукового скрининга при многоплодной беременности, учитывая, что биохимический скрининг при этом малоинформативен, а инвазивные вмешательства сопряжены с

высоким риском прерывания беременности. Помимо пренатальной диагностики, для улучшения перинатальных исходов важно обеспечение правильного антенатального мониторинга в условиях женской консультации. Этому следует придавать большое значение не только при ведении пациенток высокого риска, но и при физиологическом течении беременности. Рутинное назначение всем беременным комплекса так называемой метаболической терапии (актовегин, курантил, хофитол, эссенциале, раствор глюкозы, кокарбоксилаза, аскорбиновая кислота) далеко не всегда является обоснованным. Нельзя исключить, что широкое применение многочисленных лекарственных препаратов является одной из причин увеличения частоты рождения детей с массой тела более 4000 г, доля которых, по данным различных авторов, прогрессивно нарастает в последние годы (2009 и 2014 г.), составляя соответственно 8,3 и 12,5%. Но применение различных витаминов на протяжении всей беременности уменьшило процент кровотечений в послеродовом периоде на 40 % (2012–2016 г.).

В то же время немалый вклад в улучшение перинатальных исходов вносят рациональное полноценное питание беременных, профилактика анемии, частота которой, по данным Минздрава РУз, составляет 55%. Беременность особый период в жизни женщины, который сопровождается значительными изменениями и функционировании практически всех органов и систем, предъявляет повышенные требования к адаптивным и компенсаторным механизмам. Во время беременности наиболее распространена железодефицитная, гипохромная микроцитарная анемия. Основной причиной ее развития является несоответствие между поступлением и расходом железа в организме. В сущности, анемия является конечным результатом длительно существующего отрицательного баланса железа в организме. Потребление железа у беременной женщины в 3,5 раза больше; плод получает железо, которое абсолютно необходимо для его роста и нормального развития, путем его активного переноса через плацентарный барьер и за счет его запасов в плаценте. Согласно рекомендациям ВОЗ все беременные на протяжении II–III триместров (когда происходит активный перенос железа к плоду) и первые 6 мес. лактации должны получать препараты железа в профилактической дозе. В то же время длительный прием препаратов железа предъявляет особые требования к их выбору. Идеальный железосодержащий препарат должен обладать минимальным числом побочных эффектов, содержать оптимальное количество железа, включать компоненты, усиливающие всасывание железа. С очень интересным сообщением, касающимся железосодержащих препаратов, по данным фармаколога проф. О.И. Карпов, который указал на необходимость правильного выбора антианемической терапии. Он подчеркнул, что при приеме препаратов двухвалентного железа в слизистой оболочке кишечного трехвалентное железо!) с образованием свободных радикалов, что обуславливает потенциальную токсичность Fe^{2+} . В связи с этим в настоящее время среди пероральных препаратов железа предпочтение следует отдавать соединениям трехвалентного железа. К ним относятся ферлатум, феррум-лек, ферсинол, феррософт. Из препаратов, содержащих трехвалентное железо, следует особо выделить ферлатум – препарат железа на белковом носителе (железа протеин-сук-

цинилат), который обладает уникальными свойствами: при $pH < 7$ происходит преципитация белка, вокруг Fe^{3+} образуется защитная белковая оболочка, что предотвращает всасывание в желудке. При $pH > 7$ происходит растворение белковой оболочки, высвобождение и всасывание Fe^{3+} в кишечнике. В прогнозировании и профилактике невынашивания при многоплодной беременности большое значение имеет ультразвуковой мониторинг шейки матки. Срок беременности 22–24 нед является критическим в отношении риска преждевременных родов для беременных с многоплодием, тогда как для одноплодной беременности этому эндотелию происходит окисление Fe^{2+} в Fe^{3+} (всасываться может только срок соответствует 16–18 нед. Знание этих критических сроков важно для правильного и своевременного формирования группы высокого риска. Объяснением более высоких показателей перинатальной смертности и заболеваемости при многоплодной беременности, помимо недоношенности, является и более высокая частота задержки роста плодов (40–12%). Проведенные исследования показали, что оставание плодов в росте начинается уже с 28 нед беременности, что отражает неспособность матки, внутриматочной окружающей среды обеспечивать возрастные потребности нескольких плодов. Выявлена четкая корреляция между частотой гипотрофии у новорожденных и общей прибавкой массы тела беременной с многоплодием. Прибавка массы тела за беременность при многоплодии должна быть не менее 18–20 кг. При этом большое значение имеет прибавка массы до 24 нед (не менее 11 кг). Немалый вклад в перинатальную заболеваемость у беременных с многоплодием вносит и анемия, частота которой высока как при моно- так и при бихориальной двойне (51–57%). Многоплодная беременность характеризуется резко увеличенными запросами к материнскому организму, что приводит к быстрому и более выраженному истощению запасов железа. Таким образом, исходный запас железа не может обеспечить потребности в нем при беременности, а железо, содержащееся в пище, даже при полноценном питании (3500 ккал при многоплодии), не способно пополнить прогрессивно развивающийся дефицит. И только с помощью профилактики и терапии железодефицитной анемии возможно улучшить перинатальные исходы у этой группы беременных высокого риска. Помимо беременности, одной из причин железодефицитных состояний у женщин репродуктивного возраста являются маточные кровотечения. Продолжительность анемии у больных с маточными кровотечениями варьировала от 0,5 до 7,5 года; в 94% случаев дефицит железа обуславливался мено- и метроррагиями. На фоне терапии препаратом ферлатум у каждой второй женщины (50%) клиническое улучшение отмечалось уже к концу первого месяца лечения.

Значительная (в 84,4%) клинико-гематологическая ремиссия была достигнута по окончании 2-го месяца лечения. Осложнений при использовании ферлатума в обозримый период не отмечалось. Побочное действие имело место у 1(3,1%) женщины в виде тошноты и не повлекло отмены препарата.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что ферлатум является высокоэффективным и приемлемым средством для лечения и профилактики железодефицитной анемии во время беременности, родов и особенно в послеродовом периоде

у женщин репродуктивного возраста, а также у гинекологических больных с маточными кровотечениями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Баймурова С.М. Патогенез, принципы диагностики, профилактики и терапии повторных потерь плода, обусловленных приобретенными и генетическими дефектами гемостаза: /Дис. д-ра мед.наук. - М., 2006. - 260 с.
2. Л.Г. Сичинава, О.Б.Панина. Тез. международной научно-практической конференции "Некоторые актуальные вопросы акушерства, перинатологии и гинекологии" 16 ноября 2005 г.
3. Айламазян Э.К. "Рекомбинантный эритропоэтин в лечении анемии беременных и родильниц". //РВААГ № 2 - 2003 г., С. 68 - 71.
3. Аркадьева Г.В. "Диагностика и лечение железодефицитных анемий". /Учебно-методическое пособие. М. ВУНМЦ - 1999 г., С. 159.
4. Джаманаева К.Б. "Патогенетические механизмы развития анемии беременных". //Журнал "Акушер-гинекологов" Казахстан № 2 - 2001 г. с. 24.
5. Жаров Е.В. "Оценка эффективности препарата "Фенюлс" в акушерско - гинекологической практике". //Журнал ВРААГ № 1999 г., С. 119.
6. Delzanno G.Fa Leone M; et. Al //Minerva Gynec. 2009 vol 48, № 3, P. 115 - 118.
7. Erslev A.S; Besarad A. Kidney Sint. //Kidney Sint 2011vol 51 № 3 P. 622 - 630

Поступила 24.12. 2017

УДК: 613.88-07(575.1)

ЛЕЧЕНИЕ ОСТАТОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПИЦЕВОЙ ТУННЕЛИЗАЦИИ

У.Ш. Шавкатов, М.Н. Буриев, Х.М. Норбеков,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ Резюме,

В данной работе были изучены влияния периацетабулярной и комбинированной спицевой туннелизации на доразвитие костей тазобедренного сустава у 22 детей (42 сустава) с 8 месячного возраста до 3 лет с остаточной дисплазией тазобедренного сустава в отделении травматологии и ортопедии клиники ТашПМИ. Если лечение начато в возрасте до 2 лет, то у 41% детей удается получить хорошие результаты. С возрастом ребенка эти результаты снижаются, и если лечение будет несвоевременным, то ребенок может стать инвалидом.

Ключевые слова: лечение остаточной дисплазии тазобедренного сустава у детей, спицевой туннелизации.

БОЛАЛАРДА СОН ЧАНОҚ БЎҒИМИНИНГ ҚОЛДИҚ ДИСПЛАЗИЯСИНИ ДАВОЛАШДА ТУННЕЛИЗАЦИЯ УСУЛИДАН ФОЙДАЛАНИШ

У.Ш. Шавкатов, М.Н. Буриев, Х.М. Норбеков,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Ушбу мақолада биз ТошПМИ клиникаси, травматология ва ортопедия бўлимида 8 ойдан 3 ёшгача бўлган 22 та (42 бўғим) сон чаноқ бўғимининг қолдиқ дисплазияси билан касалланган болаларда, периацетабуляр ва аралаш темир спица воситасида туннелизация қилиш усулини бўғимнинг ривожланишига таъсирини ўргандик. Агарда бундай усулда даволашни 2 ёшгача ўтказсак 41 % яхши натижалар олиш имкони бор. Касал боланинг ёши катталашиб борган сари яхши натижа олиш ҳам қийинлашади ва ногиронлик вужудга келиш эҳтимоли юқори бўлади.

Калит сўзлар: болаларда сон чаноқ бўғимининг қолдиқ дисплазияси, туннелизация усули.

TREATMENT OF THE RESIDUAL DYSPLASIA OF THE COXOFEMORAL JOINT IN CHILDREN USING SOLID TUNNELIZATION

Shavkatov U.Sh, Buriev M.N., Norbekov X.N.,

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ Resume,

In this work, we studied the effects of periacetabular and combined spinal tunneling on the development of hip joints in 22 children (42 joints) from 8 months old to 3 years with residual hip dysplasia in the department of traumatology and orthopedics at the TashPMI clinic. If treatment is begun aged up to 2 years, then at 41% of children it is possible to receive good results. With age the child these results decrease and if treatment is untimely, then the child can become a disabled person.

Keywords: treatment of the residual dysplasia of the coxofemoral joint in children using solid tunnelization.

Актуальность

В современной детской ортопедии наиболее актуальной проблемой является дисплазия тазобедренного сустава. Нарушения формирования тазобедренных суставов в настоящее время относятся к числу частой распространенных видов врожденной патологии опорно-двигательного аппарата у детей первого года жизни. Частота встречаемости дисплазии и врожденного вывиха бедра составляет 25-30 случаев

ренных суставов в настоящее время относятся к числу частой распространенных видов врожденной патологии опорно-двигательного аппарата у детей первого года жизни. Частота встречаемости дисплазии и врожденного вывиха бедра составляет 25-30 случаев