

дней нетрудоспособности, что даёт значительный экономический эффект.

Хулоса

РОҶҲОИ АСОСИИ СОЛИМГАРДОНИИ ВАЗЪИ МЕҲНАТИ ТАҲИЯГАРОН, КАФШЕРГАРОН ВА НАҚБКАНҲО ҲАНГОМИ КОР ДАР ШАРОИТИ ЗЕРИЗАМИНӢ

А.А. Насриддинов, А.Б. Бобоев

Аз рӯи натиҷаҳои дар ҷараёни тадқиқот бадастомада барои солимгардонии вазъи меҳнати таҳиягарон, кафшергарон ва нақбканҳо ҳангоми кор дар шароити зеризаминӣ тавсияҳо пешниҳод шудаанд. Тавсияҳо барои беҳтарсозии муҳити мавзеи (микроклимат) ҷои кор, паст кардани ҷангу ғарднокӣ ва газолудии ҳаво, мубориза бо ғалаён ва лаппиш, баланд бардоштани муқовимати ҷисмонии коргарон равона карда шуданд.

Summary

PRINCIPAL WAYS TO IMPROVEMENT OF LABOUR CONDITIONS OF MOUNTERS, WELDERS AND DRIFTERS UNDER THE WORK AT THE UNDERGROUND

A.A. Nasridinov, A.B. Babaev

On the base of the date the recommendations on improvement of labour conditions of mounters, welders and drifters under the work at the underground were working out. The recommendations were directed to optimization of microclimate of labour place, decreasing covering with dust, gas-polluting, fight with noise and vibration, increasing resistance of constitution of building workers.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ГЕСТАЦИОННЫЙ ДИАБЕТ И ЕГО ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЁННЫХ

П.Г. Зарифова, М.Ё. Камилова, Х.Д. Аминов

НИИ акушерства, гинекологии и педиатрии МЗ РТ;
кафедра детских болезней ТГМУ

Диабет беременных представляет большую проблему в связи с недостаточной выявляемостью, неправильным ведением беременности и влиянием на перинатальные исходы. Перинатальная смертность при беременностях, осложнённых сахарным диабетом всех форм, составляет 3-5% (9), тогда как в обратном случае - 1-2% (8). Течение беременности у женщин, больных сахарным диабетом, характеризуется высокой частотой осложнений, в частности, сосудистых, что обусловлено в первую очередь, эндокринно-обменными нарушениями, свойственными данной патологии; гестоз при беременности развивается у 30% женщин. Частота мёртворождений при гестозе составляет 18-46% (10,11), самопроизвольное прерывание беременности - 15-31% (12), многоводие - у 60%. При многоводии диагностируются различные пороки развития и мёртворождения (29%). Внутритрунная гибель плода происходит в 36-38 недель у 15% беременных (1,2).

Неблагоприятное влияние сахарного диабета на плод проявляется формированием у него симптомокомплекса диабетической фетопатии. Этот симптомокомплекс выражается характерным внешним видом плода, ускорением темпов роста его массы тела, высокой частотой пороков развития, функциональной незрелостью органов и систем плода, отклонением от нормального течения периода новорождённости, высокой перинатальной смертностью. По

своему внешнему виду такие новорождённые напоминают больных с синдромом Иценко-Кушинга: цианоз, отёчность, большой живот и чрезмерно развитый подкожный жировой слой, лунообразное лицо, большое количество петехий и кровоизлияний на коже лица и конечностей, выраженный гипертрихоз. Обращают на себя внимание непропорциональность телосложения: длинное туловище, короткая шея, маленькая голова, широкий плечевой пояс.

По данным авторов (5, 6) частота диабетической фетопатии колеблется от 5,7 до 75,5% и зависит от типа и степени компенсации сахарного диабета у матери, наличия сосудистых осложнений, акушерской экстрагенитальной патологии. У беременных с сахарным диабетом 1 типа и сосудистыми осложнениями частота диабетической фетопатии достигает 75,5%, тогда как при гестационном сахарном диабете она значительно ниже 40% (2).

Макросомия - один из основных признаков диабетической фетопатии, которая проявляется у 8-43% плодов и объясняется чрезмерным накоплением жировой ткани, составляющим более 20% массы тела (5, 7). Развитие макросомии у плода связывают либо с гиперфункцией его β -клеток или гиперинсулинемией вследствие поступления больших количеств глюкозы от матери к плоду (гипотеза гипергликемии-гиперинсулинизма), либо с повышенной активностью ростовых гормонов. Частота рождения детей с массой тела 4 кг и более в 3 раза превышает таковую в общей популяции. Нарастание массы плода до 28 нед. беременности существенно не отличается от нормы. Наибольший прирост массы тела отмечается в период с 28 до 36 нед. В последние 2 недели беременности нарастание массы тела менее выражено, поэтому у незрелых новорождённых от больных диабетом матерей масса значительно превышает соответствующую гестационному возрасту (2). Внешние признаки диабетической фетопатии у одних детей незначительны или полностью отсутствуют, у других выражены гораздо отчётливее. Такие признаки отмечаются у 49% новорождённых, причём макросомия как единственный симптом - у 16,1% (5). Выраженные внешние признаки диабетической фетопатии чаще имеются у потомства матерей при запоздалой диагностике и терапии гестационного сахарного диабета. У потомства матерей с сосудистыми осложнениями диабета и поздним гестозом макросомия практически не встречается. В этих случаях более характерно отставание массы тела плода от возрастной нормы, хотя другие проявления сохраняются.

Хроническая гипоксия плода при сахарном диабете у матери связана с влиянием трёх групп факторов: материнских (декомпенсация заболевания и сосудистые осложнения, поздний гестоз), плацентарных (утолщение базальной мембраны ворсинок хориона, снижение кровотока и межворсинчатого пространства) и самого плода (гиперинсулинемия, нарушение микроциркуляции). После перевязки пуповины у новорождённого резко прекращается поступление глюкозы от матери. Поэтому у ребёнка, мать которого болела гестационным сахарным диабетом, вскоре после рождения развивается один из симптомов диабетической фетопатии – гипогликемия, так как у него ещё сохраняется повышенная секреция инсулина. Это усугубляет неврологические расстройства и может в дальнейшем повлиять на умственное развитие ребёнка; поэтому таких новорождённых требуется поить глюкозой через несколько часов после рождения, а в тяжёлых случаях - вводить глюкозу внутривенно (3).

В настоящее время считается, что безопасным уровнем глюкозы у новорождённых является уровень более 2,6 ммоль/л. Хорошо известно, что у плода примерно 50% всей энергетической потребности организма обеспечивает глюкоза, остальную часть - аминокислоты и лактат. Глюкоза трансплацентарно попадает к плоду за счёт градиента концентрации, т.к. уровень глюкозы в плазме крови плода в норме составляет примерно 70-80% от концентрации глюкозы в плазме матери. Потребление глюкозы плодом достаточно высокое и составляет приблизительно 7

граммов на 1 килограмм веса в сутки или 5 мг/кг в минуту. Таким образом, плод практически целиком зависит от уровня глюкозы в крови матери, т.к. сам активно её образовывать не может. Глюкоза в организме может синтезироваться из глицерола, лактата пирувата, аминокислот, основной из которых (в количественном отношении) является аланин.

Следующим, наиболее часто встречающимся, признаком диабетической фетопатии у новорождённого является синдром дыхательных расстройств. Это связано со снижением синтеза в лёгких активного вещества – сурфактанта, который помогает им расправиться после первого вдоха. Из-за избыточного выделения инсулина поджелудочной железой плода в ответ на высокий уровень сахара крови, поступающий к нему от матери с ГСД, выработка сурфактанта во время внутриутробного развития плода замедляется, что является причиной дыхательных расстройств у новорождённых, даже родившихся в срок (2,5). Поэтому младенца помещают в специальные кувезы, где за ним ведётся тщательное наблюдение и лечение. Иногда по показаниям его переводят на искусственную вентиляцию лёгких. Таким образом, крупный младенец не значит здоровый, так как большинство его органов структурно недоразвиты и не могут в полной мере выполнять свои функции (5, 7).

Своевременная диагностика и корректирующее лечение диабетической фетопатии позволяет выбрать правильный метод родоразрешения и соответствующее ведение периода новорождённости. Предложен ультразвуковой метод диагностики диабетической фетопатии в антенатальном периоде (6).

В литературе недостаточно сведений относительно методов определения морфофункциональной зрелости ряда органов и систем органов новорождённых от матерей с гестационным диабетом. Нам показалось интересным изучить литературу, в которой описаны методы определения зрелости лёгочной ткани, печени, головного мозга у недоношенных новорождённых, которые, возможно, будут приемлемы для новорождённых с доношенным сроком от матерей с гестационным диабетом.

Альфа-фетопротеин (АФП) – эмбриоспецифический белок, который синтезируется периваскулярными паренхиматозными клетками печени плода, в желточном мешке и частично в желудочно-кишечном тракте, лёгких и костях плода. Этот гликопротеин был впервые выделен в сыворотке крови мышинных эмбрионов и мышей в ранний постнатальный период Н.Абелевым в 1963 г.

По физико-химическим свойствам АФП сходен с сывороточным альбумином. Функция АФП в организме плода не установлена. Предполагают, что АФП выполняет осмотическую и транспортную функции, а также связывает эстрогены и принимает участие в их катаболизме плода. Повышение концентрации АФП в околоплодных водах и в сыворотке крови матери при резус-конflikте (4) наводит на мысль, что этот фетальный белок может играть роль иммунорегулятора, обеспечивающего защиту плода от иммунологической атаки со стороны материнского организма. Поскольку АФП способен проникать в кровоток матери, его определение в сыворотке её крови является наиболее распространённым диагностическим методом в клинической акушерской практике. При нормально протекающей беременности содержание АФП в сыворотке крови матери постепенно увеличивается, начиная с 7-8 недели (20-30 нг/мл) до 32-34 недели (300-400 нг/мл), постепенно снижаясь к родам до 50-150 нг/мл (12). Авторы считают, что уровень белка отражает степень патологических изменений в печени плода (12).

Одним из плацентарных белков является трофобластический специфический в-гликопротеин, относящийся к группе плацентарных белков с неизвестной функцией. в-

гликопротеин впервые был обнаружен в 1970 г. в сыворотке крови беременных женщин В.Н. Маслюковичем и Ю.С. Татариновым. Вскоре он был найден в экстрактах плаценты (5). В настоящее время биологическая роль в-гликопротеина до конца не изучена. Высказаны предложения, о его роли в метаболизме эстрадиола и тестостерона (5), транспорте железа и иммуносупрессии во время беременности (4).

Определение в-гликопротеина можно использовать для диагностики угрозы прерывания беременности: примерно за неделю до выкидыша содержание его в крови резко падает. Многие авторы находят корреляцию между уровнем в-гликопротеина и массой тела новорождённого. В случаях рождения крупных плодов или двойни определялось высокое содержание белка, при задержке внутриутробного развития плода – снижение белка. Обнаружено повышение его концентрации после нагрузки с глюкозой у беременных с диабетическим типом ответа на тест. Кроме того, найдено повышение содержания в-гликопротеина у беременных, больных сахарным диабетом (4, 5).

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И.И., Болоболкин М.И. Новые возможности компенсации сахарного диабета 1 типа и профилактики его сосудистых осложнений. – М., 2003
2. Евсюкова И.И., Кошелева Н.Г. Сахарный диабет: беременные и новорождённые. – СПб., 1996
3. Иванов Д.О., Евтюков Г.М. Нарушение обмена глюкозы у новорождённых. – СПб., 2003
4. Нестерева А.А., Бакулева Л.П., Якутина М.Ф. Тесты функциональной диагностики фетоплацентарной системы при беременности высокого риска // Акушерство и гинекология. – 1978
5. Татаринов Ю.С., Маслюкович В.Н. Иммунохимическая идентификация нового В1- глобулина в сыворотке крови беременных женщин // Биол. и мед. – 1970
6. Фёдорова Н.В., Краснопольский В.И., Петрухин В.А. Сахарный диабет, беременность и диабетическая фетопатия. – М: Медицина, 2001
7. Шабалов Н.П. Руководства по неонатологии. – 2004
8. Якубова З.Х., Кабулова С.М. Сахарный диабет у детей раннего возраста. – Душанбе, 1991
9. American Diabetes College of Obstetricians and Gynecologist diabetes. – Practical Bulletin. – 2001
10. Hellmuth E., Damm P., Molsted-Pedersen L. Oral hypoglycemic agent in 118 diabetic prednanci // 1s Diabet Med. – 2000
11. Hiilesman V., Suhoren L., Teramo K. Glycolmic controe is associated with pre-eclampsia but not with pregnancy-induced hypertension in women with type 1 diabetes mellitus. // Diabetologia – 2000
12. Stewart C.R., Ward A.M., Lorher J. Amniotic fluid alf.-fetoprotein in the diagnosis of neural tract malformations // Br. J Obstet. Gynaecol. – 1975
13. Weissberg-Benchell J., Antidel - Lomaglio J., Seshadri R. Insulin Pump Therapy Diabetes care. – 2003

Хулоса

ДИАБЕТИ ҶАРАЁНИ НОМУЪТАДИЛИ ҲОМИЛАГӢ (ГЕСТОЗӢ) ВА ҲОЛАТИ СОЛИМИИ НАВЗОДОН

П.Г. Зарифова, М.Ё. Комилова, Х.Ҷ. Аминов

Нишондоди беморшавии перинаталии навзодони аз модарони гирифтори диабети гестозӣ таваллудшуда нисбат ба популятсияи умумӣ бештар аст.

Ворид сохтани технологияҳои нави таъхиси содда ва пуриттилоотӣ, ислоҳи саривактӣи носозиҳои фарзиявӣ дар марҳалаи барвақтии навзодӣ муҳиманд.

Summary

GESTATIONAL DIABETES AND HEALTH STATE OF NEWBORNS

P.G. Zarifova, M.E. Kamilova, H.D. Aminov

Perinatal morbidity of newborns of mothers with gestational diabetes exceeds the index in common population. The application of new diagnostical technologies differing by simplicity and informativeness, and opportune correction of supposed distributions in yearly neonatal period is actual.



ПРИМЕНЕНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ, АНТИОКСИДАНТОВ, МЕСТНОГО АНТИСЕПТИКА И НИЗКОЧАСТОТНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭНДОМЕТРИТА ПОСЛЕ РОДОВ И КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Н.Г. Умарова, Ш.И. Холова, А.М. Сабурова

Кафедра акушерства и гинекологии № 2

Актуальность. Одной из актуальных проблем современного акушерства остаётся эндометрит, возникающий после родов и кесарева сечения (1,5). Несмотря на комплексное применение современных методов профилактики и лечения, значительного снижения частоты этого заболевания в последние годы не отмечается, оно по-прежнему имеет существенный вес среди причин материнской заболеваемости и смертности (3,4).

В структуре послеродовых инфекционных заболеваний значительное место занимает эндометрит после родов и кесарева сечения, что связано с высокой частотой оперативных вмешательств в акушерской практике. Частота операции кесарева сечения в последнее время достигла 13-30% и продолжает расти, что повлекло за собой увеличение у родильниц количества послеоперационных и послеродовых осложнений. Вследствие этого эффективная профилактика, ранняя диагностика и комплексное лечение эндометрита после родов и кесарева сечения имеют определяющее значение в снижении частоты и благоприятном исходе заболевания (2,6).

Целью настоящего исследования является оценка эффективности применения цитокинов «Суперлимф», миксидола, антиоксидантного фитосиропа «МАЗ» (максимальный антиоксидантный запас), 0,002%-ного раствора местного антисептика и низколазерного излучения в лечении и профилактике эндометрита после родов и кесарева сечения.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано на фоне анемии 80 родильниц с эндометритом после родов и кесарева сечения: из них 50 (основная группа) получали цитокины – «Суперлимф», миксидол, антиоксиданты, низколазерное излучение и санацию влагалища 0,002% раствором уресультана, и 30 родильниц (контрольная группа), которым проводилась традиционная терапия.

Всем пациенткам определяли содержание гемоглобина - фотоэлектроколметрическим методом и сывороточного железа - на аппарате Mini-Secret Kit-набор фирмы Hospitex Diagnostics.

Бактериологическое исследование проводилось на кафедре микробиологии ТГМУ, параметры клеточного и гуморального звена иммунитета определяли по методике Р.В. Петрова с соавторами и по Манчини в НИИ профмедицины МЗ РТ. Для определения влияния комплекса естественных цитокинов на иммунную систему родильниц исследовали состояние клеточного и гуморального иммунитета и неспецифических факторов защиты на 2,5,7 сутки послеродового и послеоперационного периодов.

Супероксиддисмутаза (СОД) в крови и в лохиях определялась по методике В.А. Костюк