МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА

Тутов Сергій Миколайович

УДК 618.3/.5–06–084:616–053.31–056.57

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ГРУПИ РИЗИКУ З СИНДРОМУ РАПТОВОЇ СМЕРТІ НЕМОВЛЯТИ

14.01.01 – акушерство та гінекологія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Вінниця – 2005

Дисертацією є рукопис

Робота виконана на кафедрі акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Донецького державного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор
Яковлева Ельвіра Борисівна,
Донецький державний медичний університет
ім. М. Горького МОЗ України, професор кафедри
акушерства, гінекології та перинатології
факультету післядипломної освіти.

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор
Гайструк Анатолій Никифорович,
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова МОЗ України,
завідувач кафедри акушерства та гінекології № 2;

член-кореспондент АМН України,
доктор медичних наук, професор
Венцківський Борис Михайлович,
Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця МОЗ України,
завідувач кафедри акушерства та гінекології № 1.

Провідна установа: Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра акушерства, гінекології та перинатології, м. Київ.

Захист дисертації відбудеться "__" _____ 2005 р. о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 05.600.01 при Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56)

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56)

Автореферат розісланий "____" _____ 2005 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
доктор медичних наук, професор Покидько М.І.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Протягом декількох десятиліть учених всього світу цікавить одна із самих драматичних і дотепер не з'ясованих проблем медицини – синдром раптової смерті немовляти (СРСН). Інтерес до цієї проблеми не слабшає насамперед тому, що число жертв СРСН не має тенденції до зниження і є однією з провідних причин смерті дітей у розвинених країнах, а в ряді з них виходить на лідируючі позиції в загальній структурі дитячої смертності, залишаючи за собою інші, відомі причини смерті (І.П. Баранова, 1999; М.Л.Аряєв зі співавт., 2000; Б.М. Венцківський зі співавт., 2003; А.Н. Гайструк зі співавт., 2004; О.І. Герасименко зі співавт., 2004; M. Mehanni зі співавт., 2000; J. Paterson зі співавт., 2002; T. Bajanowski, 2003).

Більшість авторів протягом останніх років схиляються до думки, що СРСН не має єдиної каузальної або патогенетичної основи, дотримуючись багатофакторної природи цього синдрому (М.Л.Аряса, 1997; І.П. Баранова, 1999; С.М.Тутов зі співавт., 2002; M. Mehanni зі співавт., 2000; R.Matoba, 2002; V. Lucet зі співавт., 2002). Дана проблема актуальна як у країнах, що розвиваються, так і в розвинутих, де число випадків СРСН складає: в Австрії – 0,54; Німеччини – 0,78; Італії – 1,0; Голландії – 0,14; Росії – 0,43; Словаччині – 0,14 (І.М.Воронцов зі співавт., 1997). В Україні смертність внаслідок СРСН складає 0,70, а в Донецькій області цей показник у 2004 році склав 0,53 на 1000 народжених живими (С.М.Тутов зі співавт., 2004).

Подальше зниження відсотка СРСН, за даними літератури, можливе лише в тому випадку, якщо профілактика буде починатися в антенатальному періоді, тому що 60-70% випадків СРСН зумовлені факторами, що виникають у цей час (С.М.Тутов зі співавт., 2003; D.G.Cook, 1999; G.M.McKelvey зі співавт., 2001; T. Sawaguchi зі співавт., 2002; K.A.Rasinski зі співавт., 2003).

Цю проблему досліджено недостатньо, тому що нею займалися не акушери-гінекологи, а педіатри-неонатологи. Практично немає опублікованих даних про гормональний та імунологічний статус у вагітних жінок, діти яких загинули внаслідок СРСН. Тому розробка науково-обґрунтованих схем профілактики і лікування патології вагітності та пологів може бути резервом зниження частоти СРСН.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дана робота є розділом і випливає з науково-дослідної роботи «Судово-медична діагностика раптової смерті немовляти» (№ держ. реєстрації 0198U001638), затвердженої Міністерством охорони здоров'я України на 1998-2002 роки і виконаної на базі кафедри судової медицини, а також НДР, затверджених МОЗ України і виконаних на кафедрі акушерства, гінекології та перинатології з курсом дитячої гінекології Донецького державного медичного університету ім. М. Горького: “Розробити, науково обгрунтувати та впровадити лікувально-профілактичні за-

ходи зі зниження ускладнень у перинатальному періоді в жінок щодо збереження репродуктивного здоров'я сім'ї" (№ держ. реєстрації 0101U009004), "Розробка та впровадження комплексові заходів, спрямованих на зниження частоти пологових ускладнень, перинатальної захворюваності та смертності у вагітних з наявністю інфекції" (№ держ. реєстрації 0100U006368), "Репродуктивне здоров'я: профілактика і лікування його порушень у різні вікові періоди життя" (№ держ. реєстрації 0101U007984), "Вивчити особливості репродуктивної функції, характер та кількість ускладнень вагітності в жінок, що мешкають в умовах екологічно несприятливого регіону, а також стан здоров'я їх новонароджених" (№ держ. реєстрації 0102U006778). Автор є співвиконавцем теми.

Мета дослідження. Знизити ускладнення перебігу вагітності та пологів у жінок груп ризику із синдрому раптової смерті немовляти шляхом розробки науково-обґрунтованих схем профілактики і лікування.

Задачі дослідження.

1. Провести ретроспективний клініко-статистичний аналіз особливостей перебігу вагітності та пологів у пацієнток, що мають в анамнезі синдром раптової смерті немовляти.
2. Розробити шкалу оцінки можливості розвитку синдрому раптової смерті немовляти для невагітних і вагітних жінок.
3. Вивчити особливості системи плацента – плід – новонароджений у матерів груп ризику за розвитком синдрому раптової смерті немовляти.
4. Дослідити морфо-функціональні особливості дітей, що померли внаслідок синдрому раптової смерті немовляти.
5. Вивчити деякі показники гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової та імунної систем у невагітних і вагітних групи ризику із синдрому раптової смерті немовляти.
6. Розробити, науково обґрунтувати схеми профілактики та лікування вагітних групи ризику із синдрому раптової смерті немовляти; вивчити ефективність запропонованих схем.

Об'єкт дослідження – акушерські та перинатальні ускладнення у вагітних групи ризику із синдрому раптової смерті немовляти.

Предмет дослідження – стан імуно-гормонального гомеостазу у вагітних групи ризику із синдрому раптової смерті немовляти; перебіг перинатального періоду немовлят від матерів групи ризику із СРСН; морфо-функціональні особливості внутрішніх органів трупів дітей, що загинули внаслідок СРСН, та плацент матерів.

Методи дослідження: клінічні, лабораторні, гістологічні, статистичні.

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше проблема синдрому раптової смерті немовляти вивчена з позиції акушера-гінеколога, тобто визначені ті ускладнення вагітності та пологів, що можуть сприяти розвитку цього синдрому.

Вперше в Україні проведено поглиблений аналіз випадків раптової смерті немовлят на основі єдиного уніфікованого підходу, розробленого Європейським співтовариством із вивчення та профілактикиі СРСН, вивчені деякі показники гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи та імунного гомеостазу в невагітних і вагітних групи ризику із синдрому раптової смерті немовляти.

Вперше створена оціночна таблиця факторів ризику розвитку синдрому раптової смерті немовляти і комп'ютерна програма, що дозволяє вже при першому відвідуванні жіночої консультації віднести вагітну до певної групи ризику. На підставі гормональних, імунологічних і патологоанатомічних досліджень дітей, що померли внаслідок СРСН, а також морфологічних досліджень плацент їхніх матерів, доповнені уявлення про патогенез СРСН, а розроблена і впроваджена система первинної, вторинної та третинної профілактики сприяла зниженню СРСН.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблена та впроваджена в практичну охорону здоров'я науково обґрунтована схема профілактичних заходів для вагітних груп ризику із СРСН, заснована на вивченні деяких показників гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи й імунного гомеостазу з використанням анкети виявлення факторів ризику та їхньої оцінки, а також застосування розробленої поетапної схеми диспансеризації та реабілітації, дозволила покращити перебіг вагітності, пологів та їхній результат для плода і дитини.

Результати дослідження впроваджені в Донецькому регіональному центрі охорони материнства та дитинства, НДІ медичних проблем сім'ї, Донецькому обласному клінічному територіальному медичному об'єднанні, міській лікарні №3, №24, №6 м. Донецьк, залізничній лікарні станції Донецьк. Результати наукових досліджень за матеріалами дисертації використовуються в навчальному процесі на кафедрах акушерства, гінекології та перинатології факультетів післядипломної та додипломної освіти, а також на кафедрі судової медицини Донецького державного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України.

Особистий внесок здобувача. Автором обґрунтовані мета і задачі дослідження, проведений ретроспективний аналіз особливостей перебігу вагітності та пологів у жінок групи ризику за розвитком синдрому раптової смерті немовляти. Розроблено шкалу оцінки для груп невагітних і вагітних жінок ризику розвитку синдрому раптової смерті немовляти. Обрано адекватні методи обстеження пацієнток групи ризику та їхніх дітей. Проведено детальний клінічний аналіз, вивчені морфо-функціональні особливості померлих та живих немовлят, показники імуно-гормонального фону в невагітних і вагітних групи ризику із СРСН, на підставі яких особисто дисертантом розроблені, науково обґрунтовані та впроваджені схеми профілактики і лікування вагітних групи ризику із синдрому раптової смерті немовляти, що дозволили покращити перебіг вагітності та її результат для плода і немовляти. Проаналізовані отримані ре-

зультати і виконана їх статистична обробка. Самостійно описані результати дослідження, сформульовані висновки і практичні рекомендації.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації і результати наукових досліджень повідомлені й обговорені на II конгресі неонатологів України (м. Харків, Україна, 2002), науково-практичної конференції "Здорова мати – здорова дитина" (м. Донецьк, Україна, 2002), III Всеросійської конференції «Гипоксия, механизмы, адаптация, коррекция» (м. Москва, Росія, 2002), конференціях Асоціації акушерів-гінекологів України (м. Київ, Україна, 2003), науково-практичній конференції "Діагностика, лікування та профілактика дитячих хвороб" (м. Луганськ, Україна, 2004); на засіданнях товариства акушерів-гінекологів; на обласних науково-практичних конференціях акушерів-гінекологів.

Дисертація апробована на об'єднаному засіданні Вченої ради Науково-дослідного інституту медичних проблем сім'ї та кафедри акушерства, гінекології та перинатології з курсом дитячої гінекології факультету післядипломної освіти ДонДМУ ім. М. Горького (м. Донецьк, 2005 р.).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 14 друкованих праць, з них 10 статей у медичних журналах та збірниках, що входять до реєстру ВАК України, 2 тез, отримані 2 патенти на винахід.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 161 сторінці машинопису. Обсяг основного тексту складає 125 сторінок і включає вступ, огляд літератури, опис методів дослідження, чотири глави власних досліджень, аналіз отриманих результатів, висновки, практичні рекомендації. Список цитованої літератури містить 201 джерело, в тому числі 157 іноземних. Робота ілюстрована 23 таблицями і 27 малюнками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети і рішення задач була розроблена програма досліджень, що передбачає 6 етапів. Перед початком обстеження усі пацієнтки були інформовані про характер клінічного дослідження, про застосовувані препарати і можливі побічні ефекти. Дослідження проводилися після одержання згоди на участь у них і з обліком даних тестування за розробленою анкетою при зіставленні результатів дослідження пацієнток групи ризику із СРСН і здорових пацієнток.

Для виконання першого етапу проведений ретроспективний аналіз 140 карт вагітних, історій пологів матерів і історій розвитку дітей, що померли від СРСН, вивчені морфо-функціональні особливості померлих немовлят і їхніх плацент, а також плаценти дітей із груп ризику із СРСН. На підставі отриманих даних, шляхом розрахунку коефіцієнтів співвідношень правдоподібності розроблена таблиця факторів ризику за розвитком СРСН.

На другому етапі для рішення поставлених задач проведено комплексне обстеження 57 невагітних пацієнток, що мають в анамнезі СРСН, і 20 здорових невагітних жінок, що мають живих, здорових дітей.

На третьому етапі розроблені заходи для профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у пацієнток групи ризику із СРСН.

На четвертому етапі обстежено 110 вагітних жінок у віці 17-30 років: 52 мали в анамнезі СРСН, 38 – група високого ризику із можливого виникнення СРСН, 20 – здорових пацієнток, які знаходяться під спостереженням у жіночій консультації й акушерських стаціонарах м. Донецька й області, що дало можливість простежити за їхнім здоров'ям, впровадженням і корекцією заходів профілактики і реабілітації з позиції корегування їхнього здоров і здоров їх дітей. Обстежували невагітних, а також вагітних у I, II і III триместрі (12, 27, 38 тижнів). Немовлята спостерігалися протягом року (вивчалася їхня оцінка за шкалою Апгар, антропометричні дані).

У сироватці крові визначали кортизол (К), адренокортикотропний гормон (АКТГ), альдостерон, естріол (Е3), естрадіол (Е2), плацентарний лактоген (ПЛ), прогестерон (П). Дослідження було виконано радіоімунологічним методом за допомогою готових комерційних наборів фірми «SEA-IRE-Soring» (Франція) за доданими інструкціями.

Вміст дофаміну (Доф), норадреналіну (НА), адреналіну в сечі визначали за методом Е.Ш. Матліної (1965).

Стан гуморальної ланки імунітету оцінювали на підставі змісту імуноглобулінів (Ig) класів А, М, G у сироватці крові методом радіарної імунодифузії за G. Manchini et al. (1964)

Обстеження на TORCH і урогенітальну інфекцію виконували за стандартними методиками.

У всіх обстежених пацієнток робили бактеріоскопічне дослідження матеріалу з піхви, прямої кишки, порожнини рота, порожнини носа, зіву, кон’юнктиви, плацент, а також сечі. Ідентифікація анаеробних бактерій була заснована на вивченні морфологічних, культуральних, біохімічних ознак, а також на визначенні спектра летучих жирних кислот методом газорідинної хроматографії.

Антенатальна кардіотокографія виконувалася на апараті “Feto Seif 6” (Kranzbuhler, Німеччина), ультрасонографія – на апараті “Kranzbuhler Sonoscope 20” (Німеччина). Біофізичний профіль плода оцінювали за методом Vintzileos.

На четвертому етапі також були впроваджені заходи для профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у пацієнток групи ризику із синдрому раптової смерті немовляти, що включають профілактику порушень нейрогуморальних регуляцій шляхом впливу на наявні порушення гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової та симпато-адреналової систем та комплекс заходів щодо реабілітації, диспансеризації, підготовки до планованої вагітності.

На п'ятому етапі був оцінений стан немовлят, які народилися від матерів, що

складають групу ризику із СРСН, і матерів, що мають в анамнезі СРСН.

На шостому етапі – досліджена ефективність розроблених лікувально-профілактичних заходів.

Статистична обробка всіх даних проведена на РС АТ методами варіаційної статистики і рангової кореляції з використанням стандартного пакету прикладних програм Excel'2000 для Windows'XP'Professional. Вірогідність розходжень параметричних показників оцінювалася за допомогою t-критерію Ст'юдента, значимість розходження часток оцінювалася методом кутового перетворення Фішера і тестової статистики *Z* з використанням поправки Йєйтса. Прогностична модель була побудована за допомогою методу Байєса.

Основні результати дослідження. На основі ретроспективного аналізу 140 карт вагітних, історій пологів та історій розвитку новонароджених з СРСН був розроблений опитувальник, згідно якому була створена оціночна таблиця факторів ризику виникнення синдрому, що дозволяє залежно від суми отриманих балів віднести вагітну до відповідної групи ризику, і комп'ютерна програма, що дозволяє вже під час першого відвідування жіночої консультації вагітною віднести її до групи ризику із синдрому.

Для рішення поставлених задач обстежено 110 пацієнток, з яких 52 склали основну, 38 – групу порівняння і 20 – контрольну групу.

За віком обстежувані пацієнтки розподілилися таким чином: 15-17 років в основній і групі порівняння було відповідно 28,85±6,28% і 26,32±7,14% жінок, 18-30 років – 51,92±6,93% і 50,00±8,11%, 31 і більше років – 19,23±5,47% і 23,68±6,90%, у контрольній групі відповідно віковим підгрупам 30,00±10,25%, 50,00±11,18% і 20,00±8,94% жінок. Таким чином, істотних розходжень між групами виявлено не було ($p>0,05$).

При аналізі роду діяльності виявлено, що серед обстежених вагітних основної, групи порівняння і контрольної групи зустрічалися домогосподарки (17,31±5,25%, 18,42±6,29% і 20,00±8,94% відповідно, $p>0,05$), ті, що працюють (51,92±6,93%, 52,63±8,10% і 50,00±11,18%, $p>0,05$), учні (30,77±6,40%, 28,95±7,36%, 30,00±10,25%, $p>0,05$).

Аналіз стану менструальної функції показав, що вік настання менархе в 6,67±2,63% випадках був пізнім, у той час як у всіх обстежених контрольної групи менструація настала до 14 років. У 44,44±5,24% мало місце порушення менструального циклу.

Теперішній вагітності передували медичні аборти в 47,78±5,27% жінок основної і групи порівняння та у 20,00±8,94% –контрольної групи, у 11,11±3,31% основної і групи порівняння переривання вагітності було за медичними показами в зв'язку з вадами розвитку плода.

У I триместрі на облік стали 86,54±4,73% жінок з основної, 81,58±6,29% – групи порівняння, 85,0±7,98% – контрольної групи. В II і III триместрі на облік

стали відповідно 13,46±4,73% жінок з основної, 13,16±5,48% і 5,26±3,62% – групи порівняння, 15,00±7,98% – контрольної групи.

Усім вагітним проводили бактеріологічне дослідження виділень піхви, прямої кишки, порожнини рота, порожнини носа, кон'юнктиви, зіву, посів сечі. Патогенна й умовно-патогенна мікрофлора виділялася вірогідно частіше в обстежуваних групах, чим у контрольній.

У вагітних групи ризику з СРСН ускладнений перебіг вагітності був частіше, ніж у контрольній групі: вірогідно частіше спостерігалися анемія, блювота і набряки, порушення артеріального тиску, загроза переривання вагітності, а також пієлонефрит.

У результаті дослідження трупів дітей, що померли внаслідок СРСН, виявлено, що причиною розвитку синдрому раптової смерті дітей першого року життя є вплив специфічних і неспецифічних факторів на організм при визначеному анатомо-фізіологічному стані дитини з неадекватною реакцією на різноманітні стреси, а морфологічне дослідження свідчить про те, що СРСН має деякі морфологічні особливості: діапедезні крововиливи в тканинах – 69,30±3,91%; наявність ознак екстрамедуллярного гемопоезу – 54,30±4,21%; ознаки гіпоплазії в окремих органах – 60,00±4,12%; ознаки гліозу в головному мозку – 25,70±3,71%; відносно виразну клітинну імунну реакцію в органах і тканинах – 40,72±4,21%.

При вивченні стану гормонального фону 57 невагітних пацієнток, що мають в анамнезі СРСН, і 20 жінок, що мають в анамнезі нормальну вагітність з успішним результатом, виявлено, що рівень Доф, НА, А був нижче ($p<0,05$), а К, АКТГ і альдостерону протягом обстеження був вище, ніж у здорових невагітних жінок ($p<0,05$).

Вивчення гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи 52 вагітних (I група), що має фактори ризику із СРСН, 38 вагітних жінок (II група) з можливим ризиком СРСН, виявило достовірне збільшення К, АКТГ і альдостерону в I і II групах ($p<0,05$), а рівні Доф, НА та А були нижче, ніж у контрольній групі ($p<0,05$).

При вивченні показників ПЛ, П, Е3, Е2 виявлене їхнє достовірне зниження в обох групах ($p<0,05$), що свідчить про порушення функції фетоплацентарного комплексу. Вагітність у пацієнток, що складають групу ризику із СРСН, перебігала на фоні порушення адаптаційних регуляторних механізмів нейроендокринної регуляції, що неминуче приводило до посилення потенційних передумов для розвитку ускладнень вагітності, пологів, перинатальних втрат і СРСН.

З метою вивчення імунного статусу в невагітних і вагітних пацієнток групи ризику із СРСН та з СРСН в анамнезі визначали концентрацію в крові імуноглобулінів G, M, A. В групі невагітних пацієнток усі показники досліджуваних груп імуноглобулінів були нижчі, ніж у контрольній групі ($p<0,05$). Вагітність, що на-

ступила, змінила дані показники у бік їхнього збільшення, але вони, як і раніше, були нижче контрольних. Зниження імунної відповіді пов'язане з більш виразним підвищенням концентрації глюкокортикоїдів під час дії стресу більшої сили і тривалості. Стрес обумовлює здійснення негативного зрушення активності імунної системи в цілому і її окремих компонентів, причому прояв ефекту залежить від стадії стресу, його активності і тривалості, початкового функціонального стану організму. Встановлено негативний вплив різних видів стресу на інтенсивність гуморальної імунної відповіді, зокрема зниження рівня Ig G, M.

Усе вищевикладене дозволило виділити провідні ланки в патогенезі СРСН (рис. 1).

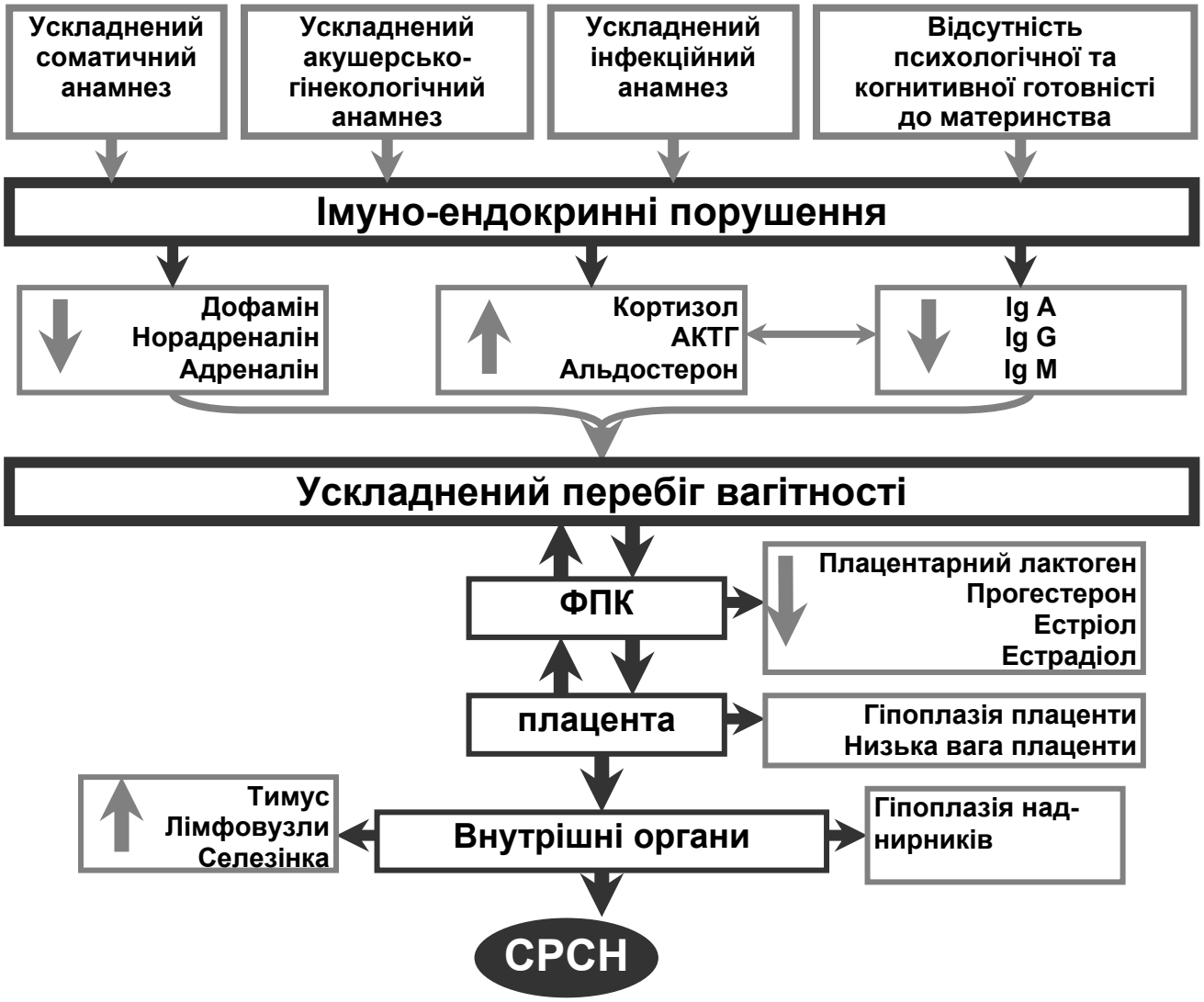

Рис. 1. Провідні ланки в патогенезі СРСН

Для вивчення впливу деяких факторів ризику на показники гормональної й імунної систем, а також фетоплацентарного комплексу у жінок груп ризику із СРСН був проведений кореляційний аналіз. При цьому не ставили за мету прогнозувати ці показники за значенням факторів ризику, а цікавила характеристи-

ка сили зв'язку між ними. Для вирішення даної задачі обчислювали коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

Фактори ризику, що оцінювалися, були розподілені за категоріями: несприятливий соціальний і сімейний фон (високий ризик – 30-47 балів, середній ризик – 15-29,5 балів, низький ризик – до 14,5 балів); екстрагенітальна патологія (високий ризик – 7-11, середній ризик – 4-6, низький ризик – до 4 балів); несприятливий гінекологічний анамнез (високий ризик – 15-25,5, середній ризик – 7-14,5, низький ризик – до 7 балів); несприятливий акушерський анамнез (високий ризик – 10-16,5, середній ризик – 5-9,5, низький ризик – до 5 балів); несприятливий перебіг існуючої вагітності (високий ризик – 30-55, середній ризик – 15-29,5, низький ризик – до 14,5 балів).

Що стосується кореляційного зв'язку перерахованих вище факторів ризику з гормонами адаптації у жінок груп ризику із СРСН, ми виявили позитивну кореляцію між несприятливим соціальним і сімейним фоном і рівнем К ($r=0,63$, $p<0,05$), АКТГ ($r=0,57$, $p<0,05$) і альдостерону ($r=0,67$, $p<0,05$); екстрагенітальна патологія корелювала з рівнем Доф ($r= –0,45$, $p<0,05$) і АКТГ ($r=0,49$, $p<0,05$); несприятливий гінекологічний анамнез – з концентрацією К ($r=0,57$, $p<0,05$) і НА ($r= –0,47$, $p<0,05$); несприятливий акушерський анамнез – з концентрацією Доф ($r= –0,54$, $p<0,05$), А ($r= –0,43$, $p<0,05$) і НА ($r= –0,59$, $p<0,05$). З усієї сукупності досліджуваних факторів ризику лише несприятливий гінекологічний анамнез і сімейний фон мають статистично значимий вплив на рівні П ($r= –0,57$, $r= –0,61$, $p<0,05$) і Е2 ($r= –0,61$, $r= –0,48$, $p<0,05$).

При вивченні кореляційного зв'язку між факторами ризику і показниками імунного обміну, було виявлено, що екстрагенітальна патологія вірогідно корелювала з підвищеним рівнем Ig G ($r=0,74$, $p<0,05$) і зниженим рівнем Ig M ($r= –0,48$, $p<0,05$). Несприятливий гінекологічний і акушерський анамнез також впливає на рівні Ig G ($r=0,73$, $p<0,05$), Ig A ($r= –0,49$, $p<0,05$) і Ig M ($r= –0,52$, $p<0,05$).

З урахуванням виявлених гормональних, імунологічних, бактеріологічних показників була розроблена схема поетапної диспансеризації та реабілітації невагітних і вагітних групи ризику із СРСН.

На етапі планування вагітності (первинна профілактика) – вивчення анамнезу, раннє виявлення невагітних групи ризику за розвитком СРСН, а також невагітних, в анамнезі яких був СРСН.

На етапі вагітності (вторинна профілактика):

- вивчення анамнезу, виявлення вагітних групи ризику за розвитком СРСН, а також вагітних, в анамнезі яких був СРСН ;
- санація вогнищ інфекції;
- попередження та лікування ускладнень вагітності, загострень хронічних захворювань і ГРВІ, перенесених у другій половині вагітності;
- консультація психолога;

– індивідуальний підхід до профілактики і лікування жінок різних груп ризику із СРСН із використанням оцінної таблиці факторів ризику (табл. 1).

Таблиця 1

Прогностична таблиця для розпізнавання ризику СРСН

Термін гестації	Ступінь ризику			
	дуже низький	низький	високий	дуже високий
До 12 тижнів	До 14	14—27	27—55	Більш 55
Після 24 тижнів	До 15	15—31	31—61	Більш 61
Після пологів	До 20	20—40	40—80	Більш 80

Профілактика ускладнень під час пологів (третинна профілактика) – профілактика передпологового виливання навколоплідних вод, слабості родової діяльності, затяжного перебігу пологів, багаторазових піхвових досліджень, застосування акушерських операцій і посібників, тривалого безводного проміжку.

Аналіз досліджуваних даних після лікування свідчив, що показники Доф були вірогідно нижчі як у I групі (3670,10±175,21 нмоль/добу), так і в II (4790,10±131,20 нмоль/добу) у порівнянні з контрольною групою (5566,80±228,70 нмоль/добу, $p<0,05$). Рівень НА також був нижчим в досліджуваних групах, але не вірогідно. Вірогідно нижче ($p<0,05$) контрольних показників були показники А в I і II групах (48,40±2,50, 30,77±1,20, 37,20±1,90 нмоль/добу відповідно). Дані про показники К, отримані після лікування, свідчать про те, що вони були вірогідно вище в I (590,30±27,61 нмоль/добу) і в II групі (598,00±26,40 нмоль/добу) у порівнянні з контрольною групою (490,20±21,60 нмоль/добу, $p<0,05$). Ця ж закономірність простежується в даних АКТГ у I і II групі в порівнянні з контрольною групою (60,10±0,97, 59,20±3,10 і 14,30±1,02 нг/л відповідно, $p<0,05$), і альдостерону (97,20±1,02, 94,30±1,21 і 18,90±1,20 нг/л відповідно, $p<0,05$).

В III триместрі після лікування екскреція Доф із сечею в I і в II групах (відповідно 3920,30±165,21 і 4902,90±272,00 нмоль/добу) вірогідно збільшувалася ($p<0,05$) у порівнянні з II триместром, але не досягала значень контрольної групи (5879,30±312,00 нмоль/добу, $p<0,05$). Екскреція А також мала вірогідну тенденцію до підвищення (відповідно39,90±1,30, 46,20±1,70, 52,10±3,90 нмоль/добу, $p<0,05$), а НА – не вірогідну.

Рівень К у III триместрі підвищився, і був у досліджуваних групах (602,70±21,20 і 612,30±20,10 нмоль/л відповідно) вірогідно вище, ніж у контро-

льній групі (502,30±21,60 нмоль/л, p<0,05). Така ж закономірність відзначена в рівні АКТГ (61,40±2,10, 60,30±3,70 і 15,80±0,90 нг/л відповідно, p<0,05) і альдостерону (98,90±1,03, 95,70±1,30 і 19,10±1,00 нг/л відповідно, p<0,05).

Показники фетоплацентарної системи в II триместрі після лікування були вірогідно нижчі в I і II групі в порівнянні з контрольної. Так, рівень ПЛ в I групі (106,70±1,70 нмоль/л) був нижчим, ніж у II (110,30±1,70 нмоль/л, p<0,05) і вірогідно нижчим, ніж у контрольній (129,70±2,70 нмоль/л, p<0,05). Ця ж закономірність була відзначена для показників П, Е2 і Е3.

У порівнюваних групах після лікування всі досліджувані показники імуноглобулінів були нижчі, ніж у контрольній групі, як в II, так і в III триместрі (p<0,05), незважаючи на те, що проведена підготовка до вагітності дала позитивний результат у показниках гормонального гомеостазу. В імунному гомеостазі ці тенденції до нормалізації були менш виражені, що, імовірно, зумовлено глибокими порушеннями його у вагітних групи ризику із СРСН і відновлення його, хоча і не до норми, у вагітних, що мають в анамнезі СРСН.

Для судження про ефективність лікування були досліджені особливості перебігу пологів і стану немовлят до 1 року в матерів обстежуваних груп. Термінові пологи відбулися в I групі у 49 жінок (94,23±3,23%), в II – у 37 (97,37±2,60%), в контрольній – у 19 (95,00±4,87%) (p>0,05). Інші пацієнтки родили передчасно. Пролонгованої та переношеної вагітності в обстежуваних групах не було.

При вивченні особливостей перебігу пологів виявлено, що в I групі ускладнення зустрічалися у 9 жінок (17,31±5,25%), в II – у 5 (13,16±5,48%), в контрольній групі – у 1 (5,00±4,87%). Операція кесаревого розтину була в I групі у 2 жінок (3,85±2,67%), в II – у 1 (2,63±2,60%) (31,6±6,16% – попередня вагітність), в контрольній – у 1 (5,00±4,87%) (p>0,05). Показами до операції був клінічно вузький таз, гостра внутрішньоутробна гіпоксія плода. Ускладнення в післяпологовому періоді спостерігалися в I групі у 3 (5,77±3,23%) породілей, в II – у 2 (5,26±3,62%), в контрольній групі – у 1 (5,00±4,87%). Ускладненнями були анемія, суб'інволюція матки, загострення хронічного пієлонефриту.

Оцінка за шкалою Апгар на 5 хвилині склала 6±1 бал у 22 (42,31±6,85%) немовлят I групи і у 17 (44,74±8,07%) – II групи (p>0,05), 8±1 бал – 30 (57,69±6,85%) і 21 (55,26±8,07%) відповідно, цей же бал був і в контрольній групі. Асфіксія різного ступеня тяжкості спостерігалася в I групі у 7 немовлят (13,46±4,73%), в II – у 4 (10,53±4,98%), в контрольній – у 2 (10,00±6,71%) (p>0,05).

При оцінці дітей, народжених матерями групи ризику із СРСН, виявлено, що їхня маса тіла при народженні склала в I групі 3240,0±100,0 г і довжина – 50,00±1,12 см, в II – 3100,0±100,0 г і 52,23±0,50 см, в контрольній – 3275,0±75,00 г і 52,00±1,04 см (p>0,05). Втрата маси тіла у всіх обстежених була фізіологічною.

Проведені дослідження виявили гістологічні зміни в плаценті, що свідчать

про порушення функції фетоплацентарного комплексу, що, ймовірно, привело до антенатальних порушень у плода і розвитку СРСН. Нами виявлена пряма кореляційна залежність між масою плаценти і масою плода (r=0,637, p<0,05). Маса плаценти в I групі склала 523,00±11,70 г, у групі порівняння 510,00±5,30 г, у контрольній групі – 531,00±10,00 г (p>0,05). Таким чином, показники плацентоплодового коефіцієнту в I, II і контрольній групі вірогідно не розрізнялися між собою (p>0,05).

Захворювання немовлят в I групі склали 5 (9,62±4,09%) випадків, в II – 4 (10,53±4,98%) (p>0,05) і виявлялися у вигляді кон'юнктивіту, у контрольній групі захворювань немовлят не було зареєстровано (p<0,05).

Грудне вигодовування до 6 місяців було у всіх немовлят контрольної групи і групи порівняння (100,00%) і у 50 (96,15±2,67%) – основної групи (p>0,05). У контрольній групі протягом року немовлята серйозно не хворіли, у групі порівняння кон'юнктивіт був у 2 (5,26±3,62%) (p>0,05), в основній – у 5 (9,62±4,09%) (p<0,05).

СРСН спостерігався у 2 (0,04‰) пацієнток. Це були жінки з групи порівняння (групи ризику із можливого виникнення СРСН), що стали на облік наприкінці III триместру, спостерігалися в жіночій консультації не регулярно і не одержували профілактичні заходи, а після виписки з пологового відділення не проживали за місцем прописки і не одержували адекватне неонатальне спостереження.

Таким чином, проведені заходи на етапі планування вагітності, її ведення, сприяли покращанню функції фетоплацентарного комплексу і зменшенню можливості розвитку СРСН.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено нове вирішення актуальної задачі сучасного акушерства – підвищення ефективності профілактики і лікування ускладнень вагітності і пологів у жінок груп ризику із СРСН. На підставі вивчення акушерсько-гінекологічного статусу, особливостей перебігу вагітності, пологів, стану імуно-гормонального обміну, патологоанатомічних даних дітей, що померли від СРСН, а також морфологічних досліджень плацент науково обґрунтована і розроблена система прогнозування розвитку СРСН, комплексна схема профілактики і лікування ускладненого перебігу вагітності та пологів у жінок групи ризику із СРСН, що сприяло зниженню даної патології в цих пацієнток.

1. Доведено, що у пацієнток, у яких в анамнезі є СРСН, обтяжений перебіг вагітності був у 85,98%, ознаки фетоплацентарної недостатності зареєстровані в 50,88%, прееклампсія різного ступеня тяжкості в 31,40%. У 19,29% була первинна слабкість пологової діяльності, передчасні пологи були у 22,13%, патологічні – у 47,90%.

2. Розроблена оцінна таблиця факторів ризику розвитку СРСН і відповідна комп'ютерна програма дозволяють під час першого відвідування жіночої консультації віднести жінку до групи ризику, якщо сума прогностичних балів до 12 тижнів вагітності склала більш 55, після 24 тижнів – більш 61.
3. Встановлено, що в I триместрі вагітності порушення функції фетоплацентарного комплексу в пацієнток з СРСН в анамнезі, у порівнянні з контрольною групою, супроводжувалося зниженням рівня плацентарного лактогену (102,61±1,22 нмоль/л), прогестерону (142,31±2,71 нмоль/л), естріолу (51,01±1,70 нмоль/л) і естрадіолу (31,52±1,20 нмоль/л) ($p<0,05$); хронічна гіпоксія плода в останні місяці вагітності діагностована у 17,50%, затримка внутрішньоутробного розвитку плода у 5,26%, оцінка за шкалою Апгар на 5 хвилині склала 6±1 бал у 38,60%, асфіксія різного ступеня тяжкості у 12,28% немовлят, маса тіла при народженні склала 3140,00±100,00 г.
4. При патологоанатомічному дослідженні дітей, що вмерли внаслідок СРСН, виявлені діапедезні крововиливи в тканинах (69,30%); ознаки екстрамедуллярного гемопоезу (54,30%); ознаки гіпоплазії в окремих органах (60,00%); виразна клітинна імунна реакція в органах і тканинах (40,72%); а також «тканеві маркери хронічної гіпоксії» – гліоз стовбура головного мозку (25,70%) і гіперплазія хромафінної тканини надниркових (65,00%).
5. Доведено, що в I триместрі вагітності у жінок з СРСН в анамнезі, відзначалося збільшення рівня кортизолу (670,22±29,71 нмоль/л), АКТГ (61,72±1,90 нг/л), альдостерону (123,70±1,02 нг/л) ($p<0,05$), і зниження концентрації імуноглобулінів: Ig A – на 25% ($p<0,05$), Ig M і Ig G – на 20% ($p<0,05$).
6. Розроблена і впроваджена таблиця оцінки можливості розвитку СРСН, схема профілактики і лікування вагітних груп ризику із СРСН з урахуванням терміну гестації і кількості сумарних балів факторів ризику сприяла зниженню ускладненого перебігу вагітності з 85,98% до 43,78% ($p<0,05$), передчасних пологів з 22,13% до 15,26% ($p<0,05$), патологічних – з 47,90% до 35,80% ($p<0,05$), що знизило ймовірність розвитку синдрому раптової смерті немовляти в досліджуваних групах з 0,53‰ до 0,04‰ ($p<0,05$).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Профілактика розвитку СРСН повинна проводитися поетапно. Первинна профілактика – на етапі планування вагітності, вторинна – під час вагітності, третинна – на етапі пологів.
2. На етапі планування вагітності: за розробленою анкетою вивчення анамнезу і виявлення невагітних групи ризику за розвитком СРСН, а також невагітних, в анамнезі яких був СРСН; санація вогнищ інфекції, нормалізація імуно-гормонального статусу, консультація психолога, нормалізація сімейних,

побутових і виробничих відносин.

3. Під час взяття на облік у зв'язку з вагітністю усі жінки повинні проходити скринінгове обстеження за розробленою анкетою. Якщо до 12 тижнів сума прогностичних балів більше 55, після 24 тижнів – більше 61, то ризик виникнення СРСН дуже високий.
4. У групах високого і дуже високого ризику СРСН проводять заходи:
   4.1. відвідування жіночої консультації за показанням, це дозволяє вчасно з'ясовувати і коррегувати можливі ускладнення вагітності;
   4.2. якщо пацієнтку взяли на облік у зв'язку з вагітністю в I триместрі, то до загальноприйнятого лікування додають «хофітол» – 0,2 г 2 рази на добу по 10 днів на місяць до кінця вагітності;
   4.3. якщо пацієнтку взяли на облік у зв'язку з вагітністю в II триместрі, то «хофітол» призначають по 1,0 г (5 мл) в/м 1 раз на добу по 10 днів на місяць до кінця вагітності;
   4.4. якщо пацієнтку взяли на облік у зв'язку з вагітністю в III триместрі, то «хофітол» призначають по 1,0 г (5 мл) в/в 1 раз на добу 10 днів;
   4.5. за 1 тиждень до пологів для санації піхви призначають «ацилакт» по 1 свічці на ніч.
5. Пологи повинні відбуватися за партограмою в умовах клінічного пологового будинку за участю акушера-гінеколога, анестезіолога, неонатолога.
6. Дитина повинна спостерігатися педіатром за графіком протягом року.

СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Герасименко А.И., Тутов С.Н., Яковлева Э.Б., Друпп Ю.Г. Значение антенатальных факторов риска в развитии синдрома внезапной смерти грудных детей // Медико-социальные проблемы семьи. – 2001. – Т. 6, № 4. – С. 46-50. (Розробив програму дослідження, проаналізував матеріал, провів дискусію та обгрунтував висновки)
2. Тутов С.Н. Современные взгляды на проблему синдрома внезапной смерти грудных детей // Український медичний альманах. – 2001. – № 6. – С. 166-170.
3. Тутов С.М., Яковлева Е.Б., Герасименко О.І. Роль пренатальних чинників ризику в структурі синдрому раптової смерті немовлят // Вісник наукових досліджень. – № 2 (26). – 2002. – С.119-121. (Обрав напрямок дослідження, зробив літературний пошук, аналіз та систематизацію матеріалу)
4. Тутов С.Н., Яковлева Э.Б., Герасименко А.И. Особенности течения беременности и родов у женщин высокой группы риска по синдрому внезапной смерти грудных детей. // Матеріали науково-практичної конференції «Здо-

рова мати – здорова дитина». – Донецьк, 2002. – С. 68-70 (Обрав напрямок дослідження, підібрав матеріал)
5. Тутов С.Н., Герасименко А.И., Друпп Ю.Г. Роль женской консультации в выявлении группы риска по синдрому внезапной смерти грудных детей // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Київ: Інтермед, 2003. – С. 300-304. (Підібрав матеріал, обґрунтував висновки)
6. Тутов С.Н., Яковлева Э.Б., Герасименко А.И. Синдром внезапной смерти грудных детей – проблема современного акушерства // Медицинские аспекты квалитологии. – Вып. 1. – Львов–Тула–Донецк, 2003. – С. 105-108. (Обрав напрямок дослідження, провів літературний пошук, проаналізував матеріал)
7. Герасименко О.І., Тутов С.М., Яковлева Е.Б., Друпп Ю.Г. Патоморфологічні зміни у внутрішніх органах у випадку синдрому раптової смерті немовлят // Буковинський медичний вісник. – 2004. – № 1. – С. 170-173. (Провів дослідження та статистичну обробку матеріалу)
8. Тутов С.Н. Состояние гипофизарно-надпочечниковой системы у небеременных и беременных групп риска по синдрому внезапной смерти грудных детей // Медико-социальные проблемы семьи. – 2004. – Т. 9, №4. – С. 44-46.
9. Тутов С. Н. Ретроспективный анализ особенностей течения беременности и родов у женщин с синдромом внезапной смерти грудных детей // Український медичний альманах. – 2004. – № 6. – С. 89-93.
10. Тутов С.Н. Особенности перинатального периода новорожденных от беременных групп риска по синдрому внезапной смерти грудных детей // Медико-социальные проблемы семьи. – 2005. – Т.10, № 1. – С. 49-53.
11. Спосіб прогнозування розвитку синдрому раптової смерті грудних дітей // Патент України, МПК7: A61B17/42. – Заява № 4200500807 від 31.01.2005. – Опубл. 19.09.2005. – Бюл. № 9. (Співавт.: Чайка В.К., Яковлева Е.Б.). Дисертант є співавтором ідеї винаходу, розробив шкалу прогнозування, обґрунтував висновки.
12. Спосіб прогнозування розвитку синдрому раптової смерті грудних дітей // Патент України, МПК7: A61B17/42. – Заява № 4200500814 від 31.01.2005. – Опубл. 15.08.2005. – Бюл. № 8. (Співавт.: Чайка В.К., Яковлева Е.Б.). Дисертант є співавтором ідеї винаходу, розробив шкалу прогнозування, обґрунтував висновки.
13. Тутов С.Н., Герасименко А.И., Яковлева Э.Б., Друпп Ю.Г. Влияет ли гипоксия плода на синдром внезапной смерти грудных детей? // III Всероссийская конференция с международным участием «Гипоксия. Механизмы, адаптация, коррекция». – Москва, 2002. – С. 127. (Підібрав, проаналізував матеріал, зробив та обгрунтував висновки)
14. Тутов С.М., Яковлєва Е.Б., Герасименко О.І., Друпп Ю.Г. Чинники ризику формування синдрому раптової смерті немовлят // Пологові травми та акту-

альні питання інтенсивної терапії новонароджених: Матеріали II Конгресу неонатологів України. – Харьків, 2002. – С. 89. (Провів дослідження та статистичну обробку матеріалу).

АНОТАЦІЯ

Тутов С.М. Профілактика ускладненого перебігу вагітності та пологів у жінок групи ризику з синдрому раптової смерті немовляти. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, МОЗ України, Вінниця. – 2005.

У роботі наведено нове вирішення актуальної задачі сучасного акушерства – підвищення ефективності профілактики і лікування ускладнень вагітності та пологів у жінок групи ризику із синдрому раптової смерті немовляти (СРСН). На основі вивчення акушерсько-гінекологічного статусу, особливостей перебігу вагітності та пологів, стану імуно-гормонального обміну, патологоанатомічних даних дітей, що померли внаслідок СРСН, а також морфологічних досліджень плацент, науково обґрунтована і розроблена система прогнозування перебігу вагітності та пологів у жінок груп ризику із синдрому раптової смерті немовляти.

Розроблено індивідуальний підхід до профілактики і лікування жінок різних груп ризику із СРСН з використанням оцінної таблиці факторів ризику. Жінки, що входили до високої і дуже високої групи ризику із СРСН і стали на облік у жіночу консультацію до 12 тиж., на фоні загальноприйнятого лікування одержували рослинні адаптогени, консультації психолога, проводилася боротьба зі шкідливими звичками; після 24 тиж. вагітності – на фоні загальноприйнятого лікування, рослинних адаптогенів, консультацій психолога відвідували кабінет психоемоційного розвантаження, так само проводилася боротьба зі шкідливими звичками; у III триместрі вагітності – на фоні загальноприйнятого лікування проходили підготовку родини до особливостей ведення періоду новонародженності.

Проведені заходи сприяли завершенню вагітності та пологів з низькими показниками ускладнень. Жінки, що ввійшли до високої або дуже високої групу ризику із СРСН і стали на облік у жіночу консультацію в I триместрі вагітності, що одержали запропоноване лікування після пологів за сумарною кількістю балів входили до групи на порядок нижче, ніж при постановці на облік, ускладнень було незначно більше, ніж у контрольній групі, СРСН спостерігався в 2 (0,04‰) пацієнток.

Ключові слова: синдром раптової смерті немовляти, вагітність, пологи, немовлята, профілактика, прогнозування.

АННОТАЦИЯ

Тутов С.Н. Профилактика осложненного течения беременности и родов у женщин группы риска по синдрому внезапной смерти грудного ребенка. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. – Винницкий национальный медицинский университет им. М.И. Пирогова МЗ Украины, Винница. – 2005.

В работе приведено новое решение актуальной задачи современного акушерства – повышение эффективности профилактики и лечения осложнений беременности и родов у женщин группы риска по синдрому внезапной смерти грудного ребенка (СВСГР). На основе изучения акушерско-гинекологического статуса, изучения особенностей течения беременности и родов, состояния иммуногормонального обмена, патологоанатомических данных детей, которые умерли от СВСГР, а также морфологических исследований плацент, научно обоснована и разработана система прогнозирования течения беременности и родов у женщин групп риска по синдрому внезапной смерти грудного ребенка.

У пациенток, имеющих в анамнезе СВСГР, отягощенное течение беременности было у 85,98%, признаки фетоплацентарной недостаточности зарегистрированы у 50,88%, преэклампсия различной степени тяжести у 31,40%. У 19,29% была первичная слабость родовой деятельности, преждевременные роды были у 22,13%, патологические — у 47,90%.

Нарушение функции фетоплацентарного комплекса у пациенток, имеющих в анамнезе СВСГР, в сравнении с контрольной группой, сопровождалось снижением уровня плацентарного лактогена (102,61±1,22 нмоль/л), прогестерона (142,31±2,71 нмоль/л), эстриола (51,01±1,70 нмоль/л) и эстрадиола (31,52±1,20 нмоль/л) ($p<0,05$); хроническая гипоксия плода в последние месяцы беременности диагностирована у 17,50%, задержка внутриутробного развития плода у 5,26%, оценка по шкале Апгар на 5 минуте составила 6±1 балл у 38,60%, асфиксия различной степени тяжести у 12,28% новорожденных, масса тела при рождении составила 3140,00±100,00 г.

Причиной развития синдрома у детей первого года жизни является влияние специфических и неспецифических факторов.

Разработана таблица оценки возможности развития СВСГР: если сумма прогностических баллов до 12 недель беременности более 55, после 24 недель — более 61, после родов — больше 80, то риск возникновения СВСГР очень высок.

Разработан индивидуальный подход к профилактике и лечению женщин различных групп риска по СВСГР с использованием оценочной таблицы факторов риска. Женщины, которые входили в высокую и очень высокую группы

риска по СВСГР (по оценочной таблице суммарное количество баллов составляло более 55) и стали на учет в женскую консультацию до 12 нед., на фоне общепринятого лечения получали растительные адаптогены, консультации психолога, проводилась борьба с вредными привычками; после 24 нед. беременности – на фоне общепринятого лечения, растительных адаптогенов, консультаций психолога посещали кабинет психоэмоциональной разгрузки, так же проводилась борьба с вредными привычками; в III триместре беременности – на фоне общепринятого лечения проходили подготовку семьи к особенностям ведения периода новорожденности.

Проведенные мероприятия способствовали завершению беременности и родов с низкими показателями осложнений. Женщины, вошедшие в высокую или очень высокую группу риска по СВСГР и ставшие на учет в женскую консультацию в I триместре беременности, получившие предложенное лечение после родов по суммарному количеству баллов входили в группу на порядок ниже, чем при постановке на учет, осложнения были незначительно выше, чем в контрольной группе. СВСГР наблюдался у 2 (0,04‰) пациенток.

Ключевые слова: синдром внезапной смерти грудного ребенка, беременность, роды, новорожденные, профилактика, прогнозирование.

SUMMARY

Tutov S.N. Prevention of complicated course of pregnancy and delivery in women of the risk group on sudden infant death syndrome. – Manuscript.

Dissertation for obtaining scientific degree of candidate in of Medicine, specialization 14.01.01. – Obstetrics and Gynecology. – Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University of Ministry of Public Health, Ukraine, Vinnitsa. – 2005.

In the work is described new solution of the actual problem of the modern obstetrics: increasing of the efficacy of prevention and treatment of complicated pregnancy and delivery in women of the risk group on sudden infant death syndrome (SIDS). On the basis of obstetrical gynecological status study, study of peculiarities of pregnancy and delivery course, state of immune hormonal metabolism, pathological anatomic data of newborns who died from SIDS, and also morphological examination of placenta, scientifically proved and worked out the prognosing system of pregnancy and delivery course in women of the risk group on sudden infant death syndrome.

Individual approach to the prevention and treatment of women of different risk groups on SIDS using estimation table of risk factors is worked out. Women who were in the high and very high risk group on SIDS and were registered at a female dispensary till the 12^{th} week, on the background of the traditional treatment received

vegetative adaptogenes, counselling of a psychologist, there was struggle against harmful habits; after the 24th week of pregnancy on the background of the traditional treatment, vegetative adaptogenes, counselling of a psychologist visited the study for psycho-emotional relaxing, there was also struggle against harmful habits; in the III trimester of pregnancy on the background of the traditional treatment underwent the preparation of family for peculiarities of the infant period management.

Measures done provided the pregnancy and delivery completion with low parameters of complications. Women who were in the high or very high risk group on SIDS and were registered at a female dispensary in the I trimester of pregnancy, received the suggested treatment after delivery according to the total number of points were in the group single-order lower than at the registration at a female dispensary, complications were slightly higher than in the control group. SIDS occurred in 2 (0,04‰) of patients.

Key words: sudden infant death syndrome, pregnancy, delivery, newborns, prevention, prognosis.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

А	– адреналін
АКТГ	– адренокортикотропний гормон
ГРВІ	– гостра респіраторна вірусна інфекція
Доф	– дофамін
Е2	– естрадіол
Е3	– естріол
ЕЕГ	– електроенцефалографія
ЗПСШ	– захворювання, що передаються статевим шляхом
К	– кортизол
КТГ	– кардіотокографія
НА	– норадреналін
П	– прогестерон
ПЛ	– плацентарний лактоген
СДР	– синдром дихальних розладів
СРСН	– синдром раптової смерті немовляти