

**ВОЗМОЖНОСТЬ РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА  
ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ  
У КЛИНИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН**

Костенко И.В., Оленко Е.С., Рогожина И.Е.,  
Кодочигова А.И., Субботина В.Г.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ  
им. В.И. Разумовского Минздрава России», Саратов,  
e-mail: tiglenok85@mail.ru

Среди проблем современного акушерства гестоз (преэклампсия) остается одним из частых и грозных осложнений беременности и родов, а также является одной из основных причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. В России гестоз развивается практически у каждой четвертой-пятой беременной (в 17-24%), а в специализированных стационарах высокого риска его частота достигает 28-30% и является одной из причин материнской смертности. За последние годы также возросла частота сочетанных гестозов (около 70%). Несмотря на многочисленные исследования, посвященные проблеме гестоза, многие вопросы данного осложнения беременности остаются противоречивыми. Ни одна из гипотез возникновения гестоза не дает ответа на все вопросы, связанные с этим осложнением.

Целью исследования явилось изучение функциональных особенностей организма, адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы и психофизиологических характеристик личности для выявления прогностических критериев возможности развития гестоза второй половины беременности у здоровых женщин молодого возраста.

Объектом исследования явились клинически здоровые не беременные женщины, клинически здоровые беременные, а также беременные с развитием гестоза II половины беременности, сформировавшие группу сравнения. Под наблюдением находились 124 человека женского пола из них: признанные здоровыми (не имеющие какой-либо патологии внутренних органов)  $n=44$  средний возраст 20 (20,0; 21,0); клинически здоровые беременные  $n=40$  средний возраст 26,0 (23,0; 30,5) при сроке гестации от 27 до 40 недель; беременные с гестозом II половины беременности  $n=40$  средний возраст 26,5 (23,0; 33,0) при сроке гестации от 31 до 40 недель из них с гестозом легкой степени тяжести – 30 человек (75%), средней степени тяжести – 10 человек (25%).

Из адаптационных показателей сердечно-сосудистой системы были обследованы следующие: адаптационный потенциал (АП), вегетативный индекс Кердо, тип саморегуляции кровообращения (ТСК), коэффициент выносливости (КВ), минутный объем крови (МО), систолический объем крови (СО), среднединамическое давление (СДД), периферическое сосудистое сопротивление (ПС), систолическое (САД) и диастолическое артериальное давление

(ДАД), частота сердечных сокращений (ЧСС). Изучение типов акцентуаций характера проводилось с помощью метода К. Леонгарда. Состояние аффективной сферы оценивалось по уровням тревожности, невротизации и депрессии, для чего использовались методы Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, К. Хека и Х. Хесса, В. Зунге и Т.Н. Балашовой.

Анализ полученных результатов клинических исследований проводился методами математической статистики с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 и Microsoft Excel 7.0. for Windows. Для изучений многомерных различий между изучаемыми группами и создания моделей классификации наблюдений по группам использовался метод дискриминантного анализа. Основной целью дискриминации является нахождение такой линейной комбинации переменных, которая бы оптимально разделила рассматриваемые группы. Данная линейная функция называется *канонической дискриминантной функцией, которая имеет следующий вид:*

$$d_{km} = \beta_0 + \beta_1 x_{1km} + \dots + \beta_p x_{pkm},$$

где  $m = 1, \dots, n$ ,  $k = 1, \dots, g$ , а  $\beta_i$  являются неизвестными коэффициентами дискриминантной функции.

Из всей совокупности изученных показателей: анамнестических, психофизиологических характеристик личности, адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы и гемодинамических показателей с помощью дискриминантного анализа удалось определить наиболее значимые переменные, определяющие возможность развития гестоза второй половины беременности у клинически здоровых женщин.

Чувствительность метода составила 91,7%, а его специфичность 86,5%. Показатели констант для здоровых женщин и беременных с гестозом равнялись -1545,06 и -9531,52 соответственно.

Дискриминантный анализ показал, что наличие сердечно-сосудистого типа саморегуляции кровообращения (ТСК), преобладающего влияния парасимпатического отдела вегетативной нервной системы на гемодинамику (ВИК), срыва адаптационных возможностей организма (АП), увеличения ЧСС и повышения ДАД, наличие гипертимной акцентуации (Л1) в чертах характера, увеличение уровня невротизации (УН) определяют возможность возникновения гестоза второй половины беременности.

**ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ  
ЛЕЧЕНИЮ КИСТ ПЕЧЕНИ  
НЕПАРАЗИТАРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

Смолькина А.В., Манучаров А.А, Герасимов  
Н.А., Хусаинов Ш.И.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный  
университет», Ульяновск, e-mail: smolant1@yandex.ru

В основу исследования положен анализ результатов хирургического лечения 148 больных

с непаразитарными кистами печени. Возраст больных составил от 25 лет до 83 лет, средний возраст  $58 \pm 2,4$  лет. Мужчин было 17 (11,5%), женщин 131 (88,5%). Большинство больных госпитализировались в стационар в плановом порядке 139 (93,9%), и 9 (6,1%) пациентов в экстренном порядке, в трех случаях причина экстренной госпитализации клиника абсцедирования кист, и шести пациентам, с гигантскими кистами, потребовалась срочная госпитализация в связи с резко выраженной клинической картиной.

Цель: разработать показания к различным видам оперативного лечения при кистах печени непаразитарного происхождения.

Основным методом обследования больных с кистами печени является ультразвуковое исследование (УЗИ). Компьютерная томография и скинтиграфия помогают подтвердить объем поражения печени и являются вспомогательными в сомнительных случаях, с целью дифференцировать кисты печени между гемангиомами и метастазами в печень.

В результате исследования выявлено, что идиопатические кисты печени малого размера (менее 5 см) не имеют клинической симптоматики. При увеличении размеров кист более 10 см в диаметре появляется болевой синдром у 88% больных, который носит характер тупых ноющих болей в правом подреберье.

Таким образом, критерием выбора тактики оперативного лечения служили размеры кисты, ее локализацию по отношению к воротам печени и краю паренхимы.

Выводы. На настоящий момент основным показанием к лапаротомии служит наличие примеси желчи в полости кисты, в остальных случаях показан лапароскопический доступ, либо лечебно-диагностическая пункция под контролем УЗИ. Пункция под контролем УЗИ является операцией выбора, при наличии абсцедирования кисты и локализации кисты близко к воротам печени. Лапароскопическая операция предпочтительнее при больших размерах кисты, более 15 см и ее расположением в доступных сегментах печени и выбуханием непосредственно из паренхимы печени. Оперативное лечение идиопатических кист печени с использованием методов эндовидеохирургии и лечебно-диагностической пункции под контролем УЗИ в большинстве случаев позволяет осуществить адекватный объем вмешательства и сопровождается меньшей операционной травмой.

### КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ ЛИНЕКСА

Циколия Э.М.

ГБОУ ВПО Волг ГМУ Минздрава России, Волгоград,  
Россия, e-mail: clinfarmacologia@bk.ru

Лекарственные средства для лечения дисбактериоза, как и другие препараты [1, 2, 3, 4,

5, 6, 7, 8, 9, 10, 11], имеют свои фармакокинетические и фармакодинамические характеристики. В данной работе представлена клиническая фармакология линекса.

**Цель исследования.** Показать эффективность линекса в лечении дисбактериоза.

**Методы исследования.** Обработка данных интернет-ресурсов и публикаций.

**Результаты исследования.** Линекс лекарственное средство, которое относится к группе пробиотиков. Пробиотики – это средства, содержащие жизнеспособные бактерии, которые способны восстанавливать, при курсовом назначении, нормальную микрофлору желудочно – кишечного тракта, а значит способствовать поддержанию метаболизма организма в норме.

Активные компоненты линекса – лиофилизированные пробиотические бактерии (*Lactobacillus acidophilus*, *Bifidobacterium infantis*, *Enterococcus faecium*), количество которых – не менее  $1,2 \times 10^7$  КОЕ/мл – гарантировано в течение всего срока годности препарата. Эти бактерии непатогенные и нетоксичные – выделены из нормальной микрофлоры здорового человека; обладают высокой кислотоустойчивостью и устойчивостью к воздействию желчи; резистентные к действию большинства антибиотиков. Лиофилизация – это сложный технологический процесс замораживания – сушки микроорганизмов, который необходим для обеспечения стабильного и продолжительного хранения бактерий. В этом состоянии бактерии практически полностью проходят кислотный барьер желудка. Лиофилизированные клетки начинают свой рост и размножение в подходящей среде, которая находится в конечном отделе тонкого и на протяжении всего толстого кишечника.

Многочисленные клинические исследования, проведенные в соответствии с требованиями и учетом доказательной медицинской практики, показали, что линекс обладает высоким терапевтическим эффектом у больных всех возрастных групп, включая новорожденных и лиц старческого возраста. По ряду клинических исследований, представленных в Кохрановской библиотеке, применение линекса при беременности и в период лактации считается возможным и безопасным.

**Выводы.** Линекс – эффективный препарат для лечения и профилактики дисбактериоза.

### Список литературы

1. Биологическая активность соединений, полученных синтетическим путем / М.Н.Ивашев [и др.] // *Фундаментальные исследования.* – 2012. – № 7. – Ч. 2. – С. 441-444.
2. Влияние ГАМК и пирacetama на мозговое кровообращение и нейрогенные механизмы его регуляции / М.Н. Ивашев [и др.] // *Фармакология и токсикология.* – 1984. – № 6. – С. 40-43.
3. Ивашев, М.Н. Клиническая фармакология ацетилцистеина / М.Н. Ивашев, А.В. Сергиенко // *Успехи современного естествознания.* – 2013. – № 5. – С. 116-117.
4. Исследование роли нейро-гуморальных систем в патогенезе экспериментальной хронической сердечной недо-