

препарата составила 12–16 ед. в сутки, а максимальная – 30–32 ед.

Произведены следующие клинические и лабораторные тесты: осмотр эндокринолога, оценка гликемии натощак, гликемический профиль в начале исследования и через 30 и 180 суток лечения, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), биохимический анализ крови: креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ, общий холестерин, общий белок и его фракции, триглицериды, общий билирубин в эти же сроки. Статистическая обработка результата выполнена с помощью программы Excel Microsoft (версия 7,0).

Результаты. В начале исследования все 35 пациентов находились в стадии декомпенсации углеводного обмена (уровень HbA1c колебался от 9,2% до 16,4% (в среднем 12,7 + 3,7), с уровнем гликемии натощак > 15,0 ммоль/л, также у большинства пациентов была констатирована дислипидемия. После назначения гларгина компенсация углеводного обмена (HbA1c < 7,0%) была достигнута к концу 180 суток у 23 человек (66%), у 12 пациентов (34,0%) констатирована субкомпенсация (HbA1c – от 7,0 до 8,0%). В конце исследования наблюдалась и нормализация липидограммы у 55,2% пациентов (19 человек).

Выводы: таким образом, при переводе пациентов СД 2 с лечения пероральными сахароснижающими препаратами на препарат инсулина – гларгин нами констатировано достоверное снижение уровня HbA1c (до 7,0%), глюкозы натощак и среднесуточной гликемии. В Республике Саха (Якутия) гларгин (лантус) является препаратом выбора для проведения интенсивной стратегии инсулинотерапии пациентов СД 2, особенно в стадии декомпенсации диабета (HbA1c > 9,0%).

АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Кравцова А.Г., Гарбуз И.Ф., Старосоцкая С.И.

*ПГУ им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь,
e-mail: med.fac.pediatrics@mail.ru*

Актуальность: В последние годы прослеживается отчетливая тенденция к увеличению частоты кесарева сечения (КС). Эксперты ВОЗ считают, что процент кесаревых сечений по отношению к естественным родам не должен превышать 15%. В России этот показатель составляет 17–18% ко всем родам. В нашей районной больнице частота КС последние 3 года находится примерно на одном уровне с 20,5% в 2010 году до 20,3% в 2012 году.

Состояние детей в периоде новорожденности в значительной степени обусловлено показаниями к операции КС, видом анестезии (многокомпонентная или регионарная), срочностью оперативного вмешательства, степе-

нью доношенности и зрелости плода, состоянием плода непосредственно перед операцией, а также сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями у роженицы. Данный вопрос актуален, т.к. дети, рожденные путем КС, чаще испытывают нарушения адаптации, имеют более высокий уровень заболеваемости, высокий риск неонатальной смертности. Тяжесть состояния на момент рождения у детей, рожденных оперативным путем больше, перевод на второй этап выхаживания и в лечебные учреждения 3-го уровня чаще, чем при самостоятельных родах. Все это свидетельствует об особенностях детей, рожденных путем ОКС, требующих специального комплекса мероприятий по выхаживанию таких новорожденных в ранний неонатальный период и дальнейшего индивидуального наблюдения.

Материалы и методы. Для сравнительного анализа использованы 1656 историй развития новорожденного, из них 325 рождены путем операции КС с 2010 по 2012 гг., согласно данных архива ГУ «Рыбницкая ЦРБ». Также нами произведен анализ 325 анестезиологических карт и историй родов, завершившихся путем операции КС в ГУ «Рыбницкая ЦРБ».

Согласно представленной документации, показанием к КС были: рубец на матке – 24,1%, нарушения родовой деятельности – 22,5%, клинический узкий таз – 12,2%, аномальное расположение плода – 8,8%, гестоз различной степени тяжести – 7%, угроза гипоксии и асфиксии плода – 4,8%, отслойка плаценты – 4,4%, остальные 14,6% приходятся на отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, выпадение петель пуповины, многоплодная беременность, ВИЧ и др. За этот период уровень плановых кесаревых сечений составил 35,7% (116), соответственно на срочные операции приходится 64,3% (209).

При таких показаниях, как предлежание или преждевременная отслойка плаценты, поперечное положение плода средние показатели оценки младенцев по шкале Апгар при рождении были наиболее низкими. В первую очередь, это объясняется значительным числом недоношенных среди данной группы младенцев. Помимо этого, при поперечном положении плода нередко имеется предлежание плаценты или выпадение петель пуповины, что неблагоприятно влияет на состояние новорожденного. При тяжелой экстрагенитальной патологии, явившейся показанием к абдоминальному родоразрешению, также отмечается повышенная частота асфиксии новорожденных среди недоношенных детей. Причиной этого, как правило, является тяжелая соматическая патология, вынуждающая прерывать беременность на ранних сроках (Ахмадеева Э.Н.).

На основании сравнительного анализа 1331 истории развития новорожденных, родившихся при самостоятельных родах, и 325, рожденных путем КС, следует, что на 1-й минуте низкая оценка по шкале Апгар (до 6 баллов

включительно) отмечалась в 27,3% при оперативных родах и 7,4% при самостоятельных родах. При плановых операциях КС в 20,6% (24) рождались дети, с оценкой по шкале Апгар на 1 минуте менее 6 баллов, тогда как при срочных оперативных родах этот показатель равен 31% (65). Частота асфиксий Р(21) при плановых операциях составила 3,4% (4), тогда как при срочном вмешательстве этот показатель возрастает до 8,6% (18).

До 2012 года в Рыбницкой ЦРБ для КС использовалась только многокомпонентная анестезия (многокомпонентная анестезия – это токсическая, управляемая, медикаментозная кома, состояние, характеризующееся временным исключением сознания, болевой чувствительности, рефлексов и расслаблением скелетных мышц), с использованием бензодиазепинов, кетамин и барбитуратов в иде тиопентала натрия.

С 2012 г. используется регионарный метод в виде спинальной анестезии. Так при плановых операциях КС в 20,6% (24) случаев рождались дети, с оценкой по шкале Апгар на 1 минуте менее 6 баллов, тогда как при срочных оперативных родах этот показатель равен 31% (65). Частота асфиксий Р(21) при плановых операциях составила 3,4% (4), тогда как при срочном вмешательстве этот показатель возрастает до 8,6% (18), при спинальной анестезии случаев асфиксии вообще не отмечалось. Из проведенных 27 (8,3% от всех кесаревых сечений) спинальных анестезий, только один ребенок получил оценку по шкале Апгар на 1-й минуте 6 баллов, что соответствует 3,7%, все 27 операций проведены в плановом порядке. Количество случаев наблюдения статистически мало, но полностью подтверждает общеизвестный факт о региональной анестезии как анестезии выбора при операции кесарева сечения. Однако и такой вид анестезии не всегда является возможным при определенных акушерских ситуациях.

В раннем неонатальном периоде у детей, извлеченных КС, наблюдается большая частота дисбиоза различных локализаций. Это связано с тем, что дети, рожденные оперативным путем, рождаются в стерильных условиях и состав формирующейся кишечной микрофлоры в основном определяется санитарно-гигиеническими условиями, в которых происходят роды. Кроме того, по состоянию матери, испытавшей оперативное вмешательство, эти дети не прикладываются к груди матери в первые минуты после рождения, а в последующем вскармливается молоком матери, получающей антибиотикотерапию. Имеет место также позднее прикладывание младенцев, родившихся оперативным путем, к груди матери. Это обусловлено чаще всего тяжестью состояния родильницы в послеоперационном периоде. По этой же причине неизбежным является разобщенность ребенка с матерью, что, по современным представлени-

ям, является одним из факторов риска в постнатальном развитии. Из 325 детей, рожденных путем КС, к груди приложены к концу первых суток 62%, еще 26,7% приложены на вторые сутки, 7,3% приложены еще позже. Только 8% новорожденных, извлеченных путем КС с использованием регионарной анестезии, приложены к груди в первые 30 минут жизни. При самостоятельных родах от 68 до 77% новорожденных приложены к груди в течение первых двух часов жизни, Совместное пребывание матерей и детей, рожденных путем КС, становится возможным, как правило, с 3–5 суток. При самостоятельных родах более 70% детей находятся с матерью с первых двух часов после рождения.

Перинатальная смертность по Рыбницкой ЦРБ за период с 2010 по 2012 год составила 28 (16,75‰) случаев, из которых на раннюю неонатальную смертность пришлось 14 (8,45‰), из них 8 – это дети, рожденные путем кесарева сечения. Отчетливо прослеживается зависимость состояния новорожденных от степени зрелости. На долю преждевременных родов в структуре кесаревых сечений приходится 5,5% (18 случаев из 325), из 18 в структуру ранней неонатальной смертности вошли 7 (38,8%) недоношенных, т.е. почти каждый третий недоношенный, извлеченный путем ОКС, умер в раннем неонатальном периоде. РНС среди всех недоношенных, рожденных в акушерском отделении за 3 года, составила 166‰, в то время как среди недоношенных, извлеченных путем операции КС, этот же показатель равен 388‰. Уровень РНС среди новорожденных, рожденных оперативным путем, составляет 24,6‰ (8 случаев из 325 операций), что значительно превышает аналогичный показатель за этот же период при самостоятельных родах 4,5‰ (6 из 133 самостоятельных родов).

В 47,4% (154) случаев новорожденных детей, рожденных оперативным путем, имеют ту или иную патологию, тогда как среди новорожденных, рожденных естественным путем, этот показатель составляет 41,6% (554). Заболеваемость детей, рожденных путем ОКС составляет 741‰, в то время как заболеваемость новорожденных при самостоятельных родах за анализируемый период составила 662‰.

Структура заболеваемости у новорожденных также имеет различия, в зависимости от способа родоразрешения. При оперативном способе родоразрешения преобладают дыхательные и сердечно-сосудистые нарушения, характерные для перинатального периода (P20–29). Каждый третий ребенок, родившийся оперативным путем, имеет дыхательные расстройства, 40% из них рождены в состоянии асфиксии разной степени тяжести (P21). Еще 37% имеют расстройства дыхания, связанные с дистресс-синдромом (P22), врожденной пневмонией (P23), неонатальным аспирационным синдромом (P24)

и, в меньшей степени, другими респираторными расстройтвами (P28).

Замедленный рост и недостаток питания плода (P05), а также инфекции, специфичные для перинатального периода (P39) встречаются с одинаковой частотой и находятся на втором и третьем месте у детей при оперативном родоразрешении. Однако частота родовых травм (P10-15) при оперативных родах в 8,1 раза меньше, чем при самостоятельных родах. В 1,5 раза меньше церебральных ишемий (P91) встречается при рождении путем ОКС. (В литературе есть противоположные данные, что, возможно, связано с недостаточной диагностикой этих состояний у наших детей, так как диагностика церебральных ишемий происходит только клинически из-за отсутствия необходимого оборудования).

При самостоятельных родах структура несколько другая: замедленный рост и недостаток питания (P05) встречаются чаще всех нозологических единиц, затем по убыванию идут церебральные расстройства (P91), респираторные нарушения (P20-28), инфекции, специфичные для перинатального периода (P39).

Количество детей, переведенных на Зий уровень или в палаты интенсивной терапии соответствует 11,5% при КС, в то время как при самостоятельных родах – 4,8%. Тяжесть состояния детей при ОКС так же зависит от срочности оперативного вмешательства. При плановом КС нет детей, рожденных в тяжелом состоянии, а средняя степень тяжести отмечалась в 7,4%. При срочной операции КС тяжелое состояние детей отмечалось в 3,7%, а средняя степень тяжести на момент рождения отмечена в 14,4%.

Выводы

Анализ проведенной работы позволил выявить следующее:

1. Низкая оценка по шкале Апгар встречается при кесаревом сечении в 3,7 раза чаще, чем при самостоятельных родах.

2. Вид анестезии влияет на низкую оценку по шкале Апгар, в меньшей степени нарушается состояние новорожденного при регионарной анестезии.

3. При операциях КС, проведенных по экстренным показаниям, частота асфиксий в 2,5 раза больше, чем при плановых оперативных вмешательствах.

4. Дети, рожденные путем операции КС, попадают в группу риска по ранней неонатальной смертности (риск возрастает в 5,4 раза по сравнению с самостоятельными родами). РНС при оперативных преждевременных родах увеличивается в 2,3 раза среди недоношенных.

5. Заболеваемость детей, рожденных путем ОКС, выше в 1,12 раза, чем при самостоятельных родах.

6. Частота дисбиоза у детей, извлеченных оперативным путем, значительно выше, чем при самостоятельных родах.

7. Структура заболеваемости детей, извлеченных путем ОКС, имеет свои особенности: преобладает патология органов дыхания, реже встречаются родовые травмы. В нашем анализе частота ишемических повреждений у этих детей меньше, чем при самостоятельных родах.

8. Вероятность рождения детей, с нарушенным общим состоянием, возрастает при срочном оперативном родоразрешении (детей в тяжелом состоянии при плановой операции не было).

9. Напряженное течение процессов адаптации новорожденных, извлеченных КС, свидетельствует о необходимости выделения их в особую группу медицинского наблюдения. Организацию выхаживания данных новорожденных необходимо осуществлять на основе единых принципов, включающих мероприятия, по созданию щадящих условий для ранней адаптации, профилактике дисбиозов, неспецифической коррекции иммунного статуса (раннее прикладывание к груди матери, естественное вскармливание, рациональное питание матери). Возможность отдаленных последствий особенностей неонатального периода новорожденных, извлеченных операцией КС, диктует необходимость диспансерного наблюдения их в раннем возрасте по индивидуальному плану, предусматривающему контроль за физическим, психосоциальным развитием и качеством жизни.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кравцова А.Г., Гарбуз И.Ф.

ПГУ им. Т.Г. Шевченко, Тirasполь,
e-mail: med.fac.pediatrics@mail.ru

Аллергические заболевания находятся на одном из первых мест по распространенности в детском возрасте, причем за последние 20 лет частота их увеличивалась в 10 раз (по данным Российского научного центра здоровья детей РАМН). Загрязнение окружающей среды стало негативным символом нашего времени. Человечество, побеждая ряд страшных заболеваний, приобретает новые, о которых наши предки не знали: бронхиальная астма, хронический бронхит, поллинозы, аллергические дерматиты, нейродермиты, вегетососудистые дисфункции, синдром хронической усталости. По данным ВОЗ число больных ежегодно увеличивается на 600 000–1 000 000 человек. [1]

Бороться с болезнями органов дыхания можно не только с помощью лекарств. Мы делаем ставку на восстановительную медицину, способную открыть внутренние резервы больного. Унифицированный подход к «ступенчатой» терапии в зависимости от тяжести периода бронхиальной астмы предложен в современном международном консенсусе. При этом выделяются три главных направления лечения: элиминации