

Научно-теоретический и практический журнал

ОРАЛДЫҢ ҒЫЛЫМ ЖАРШЫСЫ

№ 22 (101) 2014

Серия:

Медицина

Бас редактор: **Хабибуллин М.Ф.**

Редакциялық коллегия:

**Уашов Г.К., Сударикова О.Е., Болоткина Ж.Д., Баймальдин М.К.,
Супаров П.А., Исаходжаев М.А., Кудайбергенов П.У., Турсынова
В.Ж., Алиев Ш.Ш., Найманова О.Ж., Смагулов Ж.О.**

© ЖШС «Уралнауцкнига», 2014

© Коллектив авторов, 2014

Ответственный редактор:

Екимов С.В.

Технический редактор:

Устименко Е.В.

Дизайн и верстка:

Щаценко И.Г.

Редакцияның мекен-жайы:

Қазақстан, 090005, Орал

қаласы, Гагарин көшесі 52/1

Тел./факс +7 (3112) 284408

E-mail:

europe@rusnauka.com

Редакция не несет ответственность

заточность приведенных фактов,

статистических данных и иных

сведений. Любое воспроизведение или

размножение материалов данного

издания без письменного разрешения

редакции запрещено.

Научно-теоретический и практический журнал

ОРАЛДЫҢ ҒЫЛЫМ ЖАРШЫСЫ

№ 22 (101) 2014

«Оралдың ғылым жаршысы» журналы - журнал «Оралдың ғылым жаршысы»

Собственник: ТОО «Уралнаучкнига» (город Уральск)

Адрес собственника: 090005, РК, ЗКО, г.Уральск, ул. Гагарина, № 52/1
Директор Хабибуллин М.Ф., тел: 8 (7112) 262750, сот. тел: 8 777 4165571

Главный редактор: **Хабибуллин М.Ф.**

Ответственный редактор: **Екимов С.В.**

Технический редактор: **Устименко Е.В.**

Дизайн и верстка: **Щащенко И.Г.**

Свидетельство о постановке на учет средства массовой информации
от 10 февраля 2006 года № 6549-Ж
выданное Комитетом информации и архивов Министерства культуры,
информации и спорта Республики Казахстан

Периодичность издания - ежеквартально.

Тираж 300 (Триста) экземпляров.

Сдано к печати 09.07.2014 года. Подписано к печати 09.07.2014 года.

Условно печатный лист 9,5 Формат 60x84 1/8.

Способ печати – ризограф.

Отпечатано в типографии ТОО «Фирма Сервер + »,
расположенной по адресу: 090000, РК, ЗКО, г.Уральск, ул.Курмангазы, № 162.

Адрес редакции: 090005, РК, ЗКО, г.Уральск, ул. Гагарина, № 52/1.

Представительство на Украине +38 (056) 3701313

E-mail: info@rusnauka.com

ISSN 1561-6908

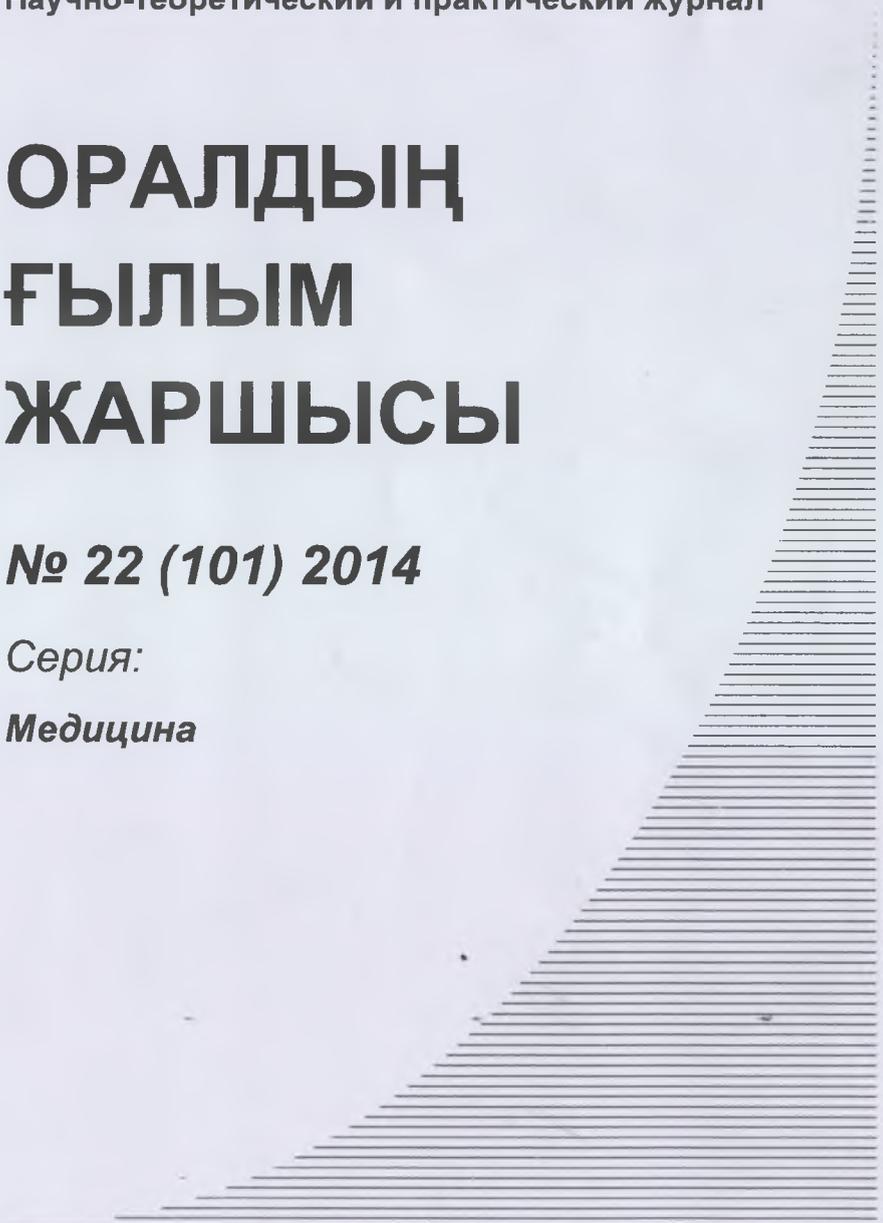
Научно-теоретический и практический журнал

ОРАЛДЫҢ ҒЫЛЫМ ЖАРШЫСЫ

№ 22 (101) 2014

Серия:

Медицина



Агафонова А.В., Сотникова Л.С., Апетов С.С., Калинин С.Ю., Ким Т.Н.	
ВЛИЯНИЕ 1% ГЕЛЯ С ТЕСТОСТЕРОНОМ НА СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА....	73
Гайдарова А.Х., Разинкин С.М., Котенко Н.В., Князева Т.А.	
СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	81
Савченко Т.Н.	
ОСОБЕННОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ КЛЕБСИЕЛЛ В МИКРОБИОЦЕНОЗЕ КИШЕЧНОГО БИОТОПА ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ.....	92
Матлубов М.М., Семенихин А.А., Ким О.В.	
ОПТИМИЗАЦИЯ КАРДИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ	97
Мельник С.И., Лаврова О.В., Бобыльков В.Н.	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ В СОПОСТАВЛЕНИИ С НЕКОТОРЫМИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ.....	102
Иллек Я.Ю., Зайцева Г.А., Галанина А.В., Кузнецова В.В., Сулова Е.В.	
Исаева Н.В.	
ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОТИВОМИКРОБНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ПОДРОСТКОВ	107
Иллек Я.Ю., Зайцева Г.А., Галанина А.В., Сулова Е.В.	
ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ HLA-АНТИГЕНОВ.....	115
ПРИ РАЗНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ.....	115
Зайцева Е.С., Титова Т.Г., Карабаева К.Э.	
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЦЕССА ОЧИСТКИ МИКРОБНОЙ КОЛЛАГЕНАЗЫ.....	120
Ванюшин Ю.С., Хайруллин Р.Р., Елистратов Д.Е.	
ВЛИЯНИЕ НАГРУЗКИ ПОВЫШАЮЩЕЙСЯ МОЩНОСТИ НА КАРДИОРЕСПИРАТОРНУЮ СИСТЕМУ СПОРТСМЕНОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	129

К.м.н. Матлубов М.М., д.м.н. проф. Семенихин А.А., асс. Ким О.В.
*Самаркандский Государственный Медицинский Институт,
отделение акушерства (г. Самарканд), Республиканский
Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Акушерства
и Гинекологии Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан
(г. Ташкент)*

ОПТИМИЗАЦИЯ КАРДИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ

В статье представлены результаты кардиальной терапии беременных с ожирением и недостаточностью кровообращения. В исследование включены результаты комплексного обследования 32 беременных с ожирением 2-3 степени в возрасте от 25 до 32 лет при сроках гестации 36-38 недель. У всех пациентов имело место НК (II, III функциональный класс по New York Heart Association), которая расценена нами как следствие кардиопатии ожирения. Проведенное исследование показало, что при применении комплексной медикаментозной подготовки у исследуемой группы больных наблюдался сдвиг гипокINETического режима кровообращения в сторону эукинетического, а также отмечалось незначительное улучшение общего состояния беременных.

Ключевые слова: *превентивная кардиальная терапия, родоразрешение, беременность, кардиопатия ожирения, недостаточность кровообращения.*

Ожирение – серьезная медико-социальная и экономическая проблема современного общества. Актуальность проблемы определяется прогрессирующим ростом ожирения. По данным ВОЗ избыточную массу тела к концу XX века имело 30% жителей нашей планеты, то есть около 1,7 млрд. человек [1,2]. Нарушение жирового обмена и прогрессирующее увеличение массы тела на фоне беременности и резкого повышения внутрибрюшного давления приводит к ряду грубых патофизиологических изменений со стороны основных систем жизнеобеспечения, метаболическим нарушениям, способствует осложненному течению гестации. Ожирение провоцирует развитие артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и в конечном итоге недостаточности кровообращения (НК) [4,8]. По мнению Kuo J. et al [11] кардиопатия ожирения наблюдается исключительно у лиц с выраженным ожирением, при этом наблюдают нарушения функции левого желудочка, а недостаточность правых отделов сердца возникает как результат повышения циркуляции крови и недостаточности левого желудочка.

Учитывая вышеизложенное беременные с ожирением и НК вне зависимости от способа родоразрешения требуют объективной оценки степени выраженности гемодинамических нарушений и соответствующей превентивной целевой медикаментозной коррекции.

Цель исследования.

Определение эффективности медикаментозной поддержки сердечно-сосудистой системы беременных с ожирением и НК.

Материал и методы исследования.

В исследование включены результаты комплексного обследования 32 беременных с ожирением 2-3 ст в возрасте от 25 до 32 лет при сроках гестации 36-38 недель. У всех пациентов имело место НК (II, III ФК по New York Heart Association), которая расценена нами как следствие кардиопатии ожирения. Диагноз НК устанавливали кардиологи после соответствующих клинико-функциональных исследований. Помимо ожирения и НК у 9 пациенток имела место преэклампсия легкой степени, у 16 – фетоплацентарная недостаточность, у 6 – бронхо-легочная патология, у 6 – ИБС.

Всем пациентам выполняли стандартные клинические исследования, включающие в себя сбор жалоб, данные анамнеза, клинико-лабораторно-биохимические исследования, ЭКГ. Центральную гемодинамику изучали методом интегральной реографии по М.И. Тищенко. Рассчитывали разовую (УИ) и минутную производительность сердца (СИ), коэффициент резерва (КР), удельное периферическое сосудистое сопротивление (УПСС). Среднее динамическое давление (СДД), частоту сердечных сокращений контролировали монитором Schiller-argus (Швеция). О функциональном состоянии почек и периферического кровообращения судили по диурезу, который рассчитывали из суточного количества выделенной мочи. Сохранность адаптационно-приспособительных возможностей сердечно-сосудистой системы оценивали по результатам 6 минутной шаговой пробы [7,9] и пробы с задержкой дыхания.

Проводилась комплексная медикаментозная подготовка, включавшая сочетание метаболической поддержки миокарда (Инозие-Ф 400 мг, панангин 10 мл) с применением β-адреноблокаторов пролонгированного действия –метопрололом сукцинатом (12,5-100 мг × 1 раз в сутки) или бисопрололом (1,25-10 мг × 1 раз в сутки), дозы которых определяли величиной ЧСС, величиной пульсового АД, данными ЭКГ и ЭхоКГ (с учетом противопоказания к данной группе препаратов), низкомолекулярного гепарина (эноксапарин 40 мг каждые 12 ч, так называемая «промежуточная доза», которая несколько выше профилактической, однако ниже лечебной), применение которого в обязательном порядке отменяли за 12 часов до операции [5,6,7,10,12]. При признаках застоя в малом круге кровообращения назначали торасемид (5-20 мг). Также с целью профилактики ДВС-

синдрома и предупреждения развития неблагоприятных влияний, связанных с применением низкомолекулярного гепарина назначали фолиевую кислоту в дозе 5 мг в сутки [3].

Исследование проводили до и после курса медикаментозного лечения. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2003 с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение.

Динамика некоторых показателей основных систем жизнеобеспечения до и после проведенной кардиальной терапии представлена в таблице.

Исходное состояние беременных с ожирением характеризовалось клинико-функциональными признаками умеренно выраженной сердечной недостаточности: одышкой и сердцебиением, усиливающимися при малейшей физической нагрузке, цианозом губ. УИ в покое составлял $24,8 \pm 1,6$ мл/м², СИ – $2,24 \pm 0,13$ л/м²/мин, ЧСС – $90,8 \pm 1,6$ в минуту, частота дыхания (ЧД) – $24,9 \pm 0,7$ в минуту, СДД и УПСС были повышены, часовой диурез составлял $0,54 \pm 0,05$ мл/кг/час, что косвенно характеризует умеренный спазм периферических сосудов. У всех наблюдаемых нами женщин регистрировали гипокинетический режим кровообращения. Проведение функциональных проб у данного контингента женщин свидетельствовало о значительном снижении адаптационно-приспособительных возможностей со стороны сердечно-сосудистой системы (см. таблицу).

Анализируя полученные данные можно заключить, что беременных с ожирением и НК можно отнести к лицам высокого операционно-анестезиологического риска, находящихся в состоянии крайне неустойчивого равновесия. Предстоящее родоразрешение вне зависимости от его способа, а также анестезия могут спровоцировать срыв компенсаторных возможностей со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Исследования, проведенные после курса метаболической поддержки миокарда показали незначительное улучшение общего состояния беременных – исчезновение акроцианоза губ, уменьшение выраженности одышки сердцебиения после физической нагрузки.

УИ в покое увеличился на 25,8 %, СИ – на 18,8 % и составил $2,65 \pm 0,11$ л/м²/мин, УПСС снизилось на 19,1 %, составляя $1098,6 \pm 44,2$ дин·с/см⁵/м², что свидетельствует о переходе гипокинетического режима кровообращения в эукинетический. Регистрировали также достоверное урежение ЧСС и ЧД, повышение КР с $0,69 \pm 0,05$ до $0,82 \pm 0,03$ усл. ед, четкую тенденцию к снижению СДД (см. таблицу). Часовой диурез увеличился на 40,7 %, составляя $0,76 \pm 0,05$ мл/кг/час, что свидетельствует об улучшении периферического кровотока и функции почек в целом.

Обращает на себя внимание улучшение результатов функциональных проб (см. таблицу), наглядно свидетельствующих об увеличении коронарных резервов.

Заключение.

Таким образом, применение метаболической поддержки миокарда (Инозие-Ф 400 мг, панангин 10 мл) в сочетании с применением β -адреноблокаторов пролонгированного действия – метопрололом сукцинатом (12,5-100 мг \times 1 раз в сутки) или бисопрололом (1,25-10 мг \times 1 раз в сутки), низкомолекулярных гепаринов (эноксапарин 40 мг каждые 12 ч), фолиевой кислоты и торасемиды уменьшает проявления НК, повышает коронарные резервы, тем самым предотвращая риск развития неблагоприятных исходов беременности для матери и плода.

Литература

1. Айламазян Э.К. Ожирение и репродуктивная система женщин: пособие для врачей. СПб, 2010, стр. 95-109
2. Александров А.А., Поддубская Е.А., Кухоренко С.С., Волкова Н.Г. Геометрия левого желудочка, артериальная гипертензия, ожирение: поиск новых путей профилактики // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. М. Медиосфера, 2003, № 5, стр. 6-11.
3. Зайнулина М.С., Пути снижения материнской и перинатальной смертности при нарушениях системы гомеостаза. Медицинский академический журнал. СПб, 2013 г. Том 13, №1
4. Кадамалиева М. «Течение и исход беременности при ожирении». Автор. дис. к.м.н., Душанбе, 2010
5. Кукес В.Г., Стародубцев А.К. Принципы фармакотерапии у беременных. В кн: «Клиническая фармакология и фармакотерапия». Москва, 2006. Стр 112-124.
6. Лысенков Л.П., Мясникова В.В., Пономарев В.В. «Неотложные состояния и анестезия в акушерстве». Стр 310-312. СПб, 2004
7. Р.Д. Курбанов «Руководство по клинической кардиологии». Стр 362, 371-372. Ташкент, 2007
8. Солов И.А., Маршалов Д.В., Шифман Е.М., Петренко А.П. Особенности обезболивания родоразрешения женщин с преморбидным ожирением // Анестезиология и реаниматология, 2012, № 6, стр. 67-71.
9. Шехтман М.М., Бурдули Г.М., «Болезни органов дыхания и кровообращения у беременных» – Москва, 2002
10. Явелов И.С. Лечение сердечно-сосудистых заболеваний у беременных: рекомендации комитета экспертов Европейского научного общества. Consilium medicum. 2003, №11, Том 05, интернет-версия.
11. Kuo J, Barret- Jones O., Hall J/ Chronic cardiovascular and renal actions of leptin during hyperinsulinaemia. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol 2003. – 284. – R 1037–R1042.
12. Pieper PG; Expected and unexpected cardiac problems during pregnancy. Neth Heart J. 2008 Dec;16(12):403-5.

Таблица. Некоторые показатели основных систем жизнеобеспечения до и после превентивной кардиальной терапии

Изучаемые показатели	Этапы исследования	
	Исходные величины	После курса кардиальной терапии
ЧД, в мин	24,9±0,7	22,6±0,4*
ЧСС, в мин	90,8±1,6	86,4±1,1*
СДД, мм. рт. ст.	103,6±3,8	98,6±1,9*
УИ, мл/м ²	24,8±1,6	31,2±1,2*
СИ, л/ м ² /мин	2,24±0,13	2,65±0,4*
КР, усл. ед	0,69±0,05	0,82±0,03*
УПСС, дин×с/см ⁵ /м ²	1358,7±58,4	1098,6±44,2*
Шаговая проба, м	245,4±18,3	324,3±15,4*
Проба с задержкой дыхания, сек	12,3±1,8	16,9±0,9*
Часовой диурез, мл/кг/час	0,54±0,05	0,76±0,05*
SpO ₂ , %	92,1±0,5	97,2±0,6*
Примечание: * – достоверность различий (p<0,05) относительно исходных величин.		