Таким образом можно сделать следующие выводы:

Аденомиоз, часто употребляющийся как внутренний эндометриоз, термин ошибочный. Стоит сказать, что по данным исследований, проведённых в США, эндометриоз и аденомиоз одновременно встречаются как сопутствующие заболевания чуть менее чем у 20% женщин и требуют разных тактик ведения. Что более важно, в данной работе наглядно показано, что эндометриоз и аденомиоз – клинически различные заболевания. Их единственная общая черта – наличие эктопических желёз и стромы. В сводной таблице № 1 представлены основные критерии проведения дифференциального диагноза по патогенетическим, возрастным, клиническим и гистологическим показателям.

1. Стрижаков А.Н. Генитальный эндометриоз 2009
2. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации. М.З.Р.Ф. 2013
3. Кондриков Н.И. Патология матки, иллюстрированное руководство, 2010
4. Lobo, Gershenson, Lentz, Valea. Comprehensive Gynecology, 2014. №7
5. Vercellini P., Eskenazi B., Consonni D. et al. Oral contraceptives and risk of endometriosis: a systematic review and meta-analysis // Hum Reprod Update. – 2011. – Vol. 17. – № 2. – P. 159–170.
6. Schweppe K.-W. The Current Place of Progestins in the Treatment of Endometriosis // Expert Rev of Obstet Gynecol. – 2012. – Vol. 7. – № 2. – P. 141–148.

Захарова И.В.¹, Жиликова О.В.², Белова Н.Г.²

Лечение анемии в ранние сроки беременности

¹ ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ

² ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» Томского НИМЦ РАН
(Россия, Томск)

doi:10.18411/spc-15-12-2017-04

idsp: 000001:spc-15-12-2017-04

Одной из важных акушерских проблем является осложнение беременности анемией. Актуальность определяется высокой частотой данной патологии – 40-80 %, а также значительным ростом акушерских и перинатальных осложнений [1,2, 3]. В 75-90 % случаев причиной развития анемии во время беременности является дефицит железа из-за резкого повышения потребности в этом макроэлементе во вторую половину беременности для построения тканей плода и плаценты, не обеспеченного алиментарным поступлением.

Развитие компенсаторно-приспособительных механизмов в плаценте обычно бывает усилено, особенно в ранние сроки беременности. В результате чрезмерной стимуляции компенсаторных механизмов происходит преждевременное созревание плаценты, что приводит к срыву адаптационных реакций. Плод развивается в условиях хронической гипоксии, что приводит к рождению ребёнка с выраженными признаками задержки внутриутробного развития, чаще симметричного характера [4, 5, 6]. Это определило необходимость поиска методов лечения анемии в ранние сроки беременности. Направление поиска представилось наиболее оправданным среди методов универсального неспецифического повышения компенсаторно-приспособительного потенциала организма беременной, основанных на применении регуляторов энергетического обмена.

Регуляторы энергетического обмена оказывают выраженное цитопротекторное действие, препятствуют нарушению энергетического обмена в ворсинах плаценты при развитии гипоксии и ишемии. Обладая антиоксидантной и противогипоксической активностью, потенцируют действие базовой терапии направленной на улучшение кровообращения в системе мать-плацента-плод, уменьшают количество акушерских осложнений при беременности и в родах, связанных с нарушениями функции данного комплекса. Необходимость фармакологической регуляции энергетического обмена

жизненно важна для беременных, у которых энергозатраты увеличиваются пропорционально с ростом плода [7, 8].

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности лечения анемии беременных посредством использования этилметилгидроксипиридина сукцината (мексидол).

Объектом исследования стали 60 беременных женщин со сроком гестации от 12 до 15 недель, имеющие признаки анемии. В зависимости, от лечения указанного состояния наблюдаемые были разделены на 2 группы:

- основную группу составили 30 беременных, которым в 12-15 недель для лечения анемии проводилась медикаментозная терапия 100 мкг железосодержащего препарата и этилметилгидроксипиридин сукцинат (мексидол);
- контрольная группа была образована из 30 женщин с анемией, имеющих аналогичные сроки гестации, где назначалась традиционная терапия препаратом железа в дозе 100 мг в сутки.

Наблюдение за течением беременности проводилось согласно нормативным требованиям (Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», Приказ МЗ РФ от 01.11.2012 № 572н).

В дополнение к этому были выполнены:

- стандартное гематологическое обследование в 16-18, 22-24, 28-30 и 34-36 недель беременности (показатели периферической крови – содержание эритроцитов, гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, лейкоцитарная формула, лимфоциты; показатели обмена железа – концентрация сывороточного железа, общая железосвязывающая способность сыворотки, коэффициент насыщения трансферрина, концентрация сывороточного ферритина);
- оценка адаптационных реакций беременных по методике А. Х. Гаркави с соавт. (2006);
- изучение течения родов (срок родоразрешения, метод родоразрешения, показания к выполнению операции кесарева сечения, длительность родов, объем кровопотери, наличие осложнений в родах);
- оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте после родов, определение массо-ростового коэффициента, наличие заболеваний у новорожденного, продолжительность пребывания ребенка в акушерском стационаре.

Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики. При сравнении двух качественных показателей был использован критерий согласия χ^2 и точный критерий Фишера. Результаты считали достоверными при $p < 0,05$. Количественные значения представлены в виде: средняя $\pm$ среднеквадратичное отклонение ($M \pm \sigma$).

Результаты исследования доказывают, что курс воздействия этилметилгидроксипиридина сукцината (мексидол) в 12-15 недель беременности у женщин, вступивших в беременность с анемией, приводит к более быстрому восстановлению нормальных гематологических показателей (таблица 1).

Таблица 1.

Основные гематологические показатели у беременных с анемией в различные гестационные сроки в основной (I) и контрольной (II) группах, $M \pm \sigma$

Показатель	Срок беременности, недели							
	16-18		22-24		28-30		34-36	
	I	II	I	II	I	II	I	II
Гемоглобин, г/л	93,2 $\pm$ 7,3*	95,4 $\pm$ 7,2*	120,4 $\pm$ 6,5 [~]	106,3 $\pm$ 7,9 [~]	115,41 $\pm$ 7,6 [◇]	104,3 $\pm$ 8,5 [◇]	117,6 $\pm$ 4,8	109,4 $\pm$ 7,6
	$p > 0,05$		$p < 0,001$		$p < 0,001$		$p < 0,001$	
Гематокрит, %	31,2 $\pm$ 3,9	32,4 $\pm$ 4,6	30,2 $\pm$ 5,6 [~]	33,3 $\pm$ 4,7	34,3 $\pm$ 4,8	32,8 $\pm$ 5,3	34,6 $\pm$ 4,8	33,6 $\pm$ 3,1

	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
Железо, мкмоль/л	12,6 ± 2,1 11,3 ± 3,8 $p > 0,05$	11,4 ± 2,6 12,8 ± 2,7 $p < 0,05$	13,4 ± 2,5 12,9 ± 2,6 $p > 0,05$	11,4 ± 3,1 11,2 ± 2,9 $p > 0,05$
ОЖСС, мкмоль/л	66,2 ± 4,5* 62,3 ± 3,8 $p < 0,001$	68,4 ± 5,1 [≈] 65,6 ± 3,9 $p > 0,05$	71,5 ± 3,4 [◇] 69,5 ± 4,1 [◇] $p > 0,05$	78,3 ± 3,8 80,4 ± 4,2 $p > 0,05$

Примечания: * – знак наличия статистических различий между 16-18 и 22-24 неделями беременности в каждой клинической группе; $\approx$ – знак наличия статистических различий между 22-24 и 28-30 неделями беременности в каждой клинической группе; $\diamond$ – знак наличия статистических различий между 28-30 и 34-36 неделями беременности в каждой клинической группе.

Проведена сравнительная оценка распределения адаптаций реакций у беременных с анемией до лечения и через 4-6 недель после его окончания на основе анализа лейкоцитарной формулы.

До лечения адаптационная реакция хронического стресса была диагностирована у 50 % женщин с анемией, реакция тренировки – в 30 % случаев, а реакции спокойной адаптации и повышенной адаптации – в 10 % случаев каждая. В 18-20 недель гестации распределение адаптационных реакций в группе беременных с анемией, не получивших в лечении мексидол, было следующим: реакция тренировки наблюдалась в 30 %, реакция спокойной активации – в 11 % случаев и повышенной активации в 13 % и реакция хронического стресса – в 46 % случаев. В результате применения нового метода лечения анемии беременных в сопоставимые гестационные сроки реакция тренировки определилась у 16,5 % женщин, реакция спокойной активации регистрировалась у 30 % пациенток, повышенной активации – в 26,8 % случаях и реакция хронического стресса – в 26,7 % случаев ($p < 0,001$).

Положительным эффектом применения этилметилгидроксипиридина сукцината (мексидол) является повышение частоты реакции спокойной активации ($p < 0,05$). Проведенное исследование доказывает, что при анемии в первой половине беременности достаточно часто нарушена гестационная адаптация, что может проявляться более высокой частотой акушерских осложнений по сравнению со здоровыми женщинами.

Воздействие этилметилгидроксипиридина сукцината (мексидол) оказало положительное влияние на течение беременности и родов. Так, угроза прерывания беременности у большинства пациенток проявилась во втором триместре гестации, однако на фоне лечения мексидолом угроза невынашивания определена лишь у 20 % женщин, а среди беременных, не прошедших курса лечения – в 56 % человек ($p < 0,01$).

Преэклампсия, появлялись в среднем в $34,1 \pm 2,5$ недели гестации у 23% (7) пациенток контрольной группы и у 13,6 % основной группы ($p < 0,05$). Хроническая плацентарная недостаточность (диагностированная на основе применения кардиотокографии, ультразвуковой фетометрии и доплерометрии сосудов фето-плацентарного комплекса) была обнаружена в третьем триместре беременности у 70 % среди не получавших мексидола при лечении анемии и у 20 % женщин, принимающих помимо традиционного лечения препарат мексидол ($p < 0,05$). Нарушение маточно-плацентарного кровотока IА степени (Стрижаков А.Н. с соавт., 1998) наблюдалось лишь у 6,7% женщин после лечения анемии и у 33,5% пациенток, второй группы ($p < 0,05$). Улучшение функции плаценты явилось залогом оптимального развития плода. Случаи задержки внутриутробного развития плода I

степени (8,5 %) были только у женщин контрольной группы и отсутствовали в основной группе.

У всех женщин беременность завершилась в срок. Сроки и способ родоразрешения в сравниваемых группах были сопоставимыми. Доказано положительное влияние применения препарата мексидол в сочетании с традиционной терапией на частоту снижения развития первичной слабости родовой деятельности (14,6 % в контрольной группе и 4 % – в основной; $p < 0,05$), а также в отношении преждевременного излития околоплодных вод (31,7 % и 10,2 % соответственно; $p < 0,05$). Показатели физического развития новорожденных (массо-ростовые соотношения) в обеих группах существенно не различались, но оценка по Апгар на первой минуте жизни ребенка (наличие асфиксии новорожденного) в контрольной группе была равна $7,45 \pm 0,7$ баллам, а в основной – $8,5 \pm 1,3$ баллам ($p < 0,001$). Удельный вес неонатальной асфиксии в группах существенно не различался.

Таким образом, лечение анемии в ранние сроки беременности на основе применения этилметилгидроксипиридина сукцината (мексидол) повышает компенсаторный резерв организма будущей матери, следствием чего является более активное восстановление нормальных гематологических показателей, усиление функций плаценты и улучшение кровотока в системе «мать-плацента-плод», что определяет более благоприятное течение беременности и родов. Преимуществом данного метода наряду с высокой эффективностью являются отсутствие дополнительной фармакологической нагрузки, что особенно важно в периоды миграции трофобласта, хорошая переносимость и неинвазивность. Препарат энергетического обмена мексидол препятствуют развитию дисфункции плаценты, защищая её от повреждающих факторов, и потенцируют действие базовой терапии.

1. Пересада О.А., Котова Г.С., Солонко И.И. Железодефицитная анемия при беременности // Медицинские новости. - 2013. - № 2. - С. 6-12.
2. Reducing risks, promoting healthy life: report World Health Organization. Geneva: WHO; 2002.
3. Белоцерковцева Л.Д., Буданов П.В. Проблемы эффективности терапии железодефицитной анемии у беременных // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2012. - № 11(3). - С. 80-85.
4. Серов В.Н., Шаповаленко С.А., Флакс Г.А. Диагностика и лечение железодефицитных состояний у женщин в различные периоды жизни // Ат-мосфера. Кардиология. - 2008. - № 2. - С. 17-20.
5. Сорокина А. Анемия у беременных // Врач. - 2015. - № 5. - С. 65-70.
6. Wolfsdorf K. Theriogenology question of the month. Placental insufficiency, probably the result of twin fetuses. // J Am Vet Med Assoc 1996. - Т.208 (№2). - Р. 201–202.
7. Левченкова О.С., Новиков В.Е., Марышева В.В. Антигипоксическая активность соединения ВМ-606 в разные периоды прекондicionирования // Вестник СГМА. - 2013. - Т.12, №4. - С.35-38.
8. Новиков В.Е., Левченкова О.С. Новые направления поиска лекарственных средств с антигипоксической активностью и мишени для их действия // Экспе-рим. и клинич. фармакология. - 2013. - Т.76, №5. - С. 37-47.
9. Павлов А.Д., Морщакова Е.Ф., Румянцев А.Г. Эритропоз, эритропозтин, железо. Молекулярные и клинические аспекты. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 299с.

Иксанов А.В., Сумная Д.Б., Львовская Е.И.
Острые отравления АЛЬФА-RVP («солями для ванн»)

УралГУФК
(Россия, Челябинск)

doi:10.18411/spc-15-12-2017-05

idsp: 000001:spc-15-12-2017-05

Введение

Наркотик Альфа-ПВП (α -pyrrolidinopentiophenone) производится преимущественно в лабораториях Китая, Индии и Пакистана, представляет собой синтетический психостимулятор, при этом он дешево стоит и действует мощно. Вещество быстро попало в поле зрения правоохранительных органов и считается