

6. Характеристика биологического возраста женщин-якуток разных возрастных групп [Электронный ресурс] / А.Б. Гурьева [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №6. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23818> (дата обращения 19.04.2021).
7. Кононова, Н.Ю. Оценка биологического возраста и темпа старения у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / Н.Ю. Кононова, Т.Е. Чернышова, Р.М. Загртинова // Архив внутренней медицины. – 2017. – Т.7, №4. – С. 287-291.
8. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению дискинезии желчевыводящих путей / В.Т. Ивашкин [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2018. – Т.28, № 3. – С. 63-80.
9. Полунина, Т.Е. Дискинезия желчевыводящих путей. Римский консенсус IV / Т.Е. Полунина // Терапия. – 2017. – №6. – С. 100-112.
10. Гастроэнтерология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 480 с.
11. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни / В.Т. Ивашкин [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2016. – Т.26, №3. – С. 64-80.
12. Взаимосвязи психоэмоционального состояния и биохимического состава желчи у лиц молодого возраста с билиарной патологией [Электронный ресурс] / Л.В. Волевач [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №6. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28314> (дата обращения 19.04.2021).
13. Личностно ориентированная образовательная программа у пациентов с желчевыводящей патологией / Л.В. Волевач [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. – №2. – С. 79-83.

REFERENCES

1. Samorodskaya I.V., Starinskaya M.A. Biological age and the rate of aging as a risk factor for non-communicable diseases and deaths. The Russian journal of preventive medicine. 2016;19(5):41-6 (in Russ.). doi: 10.17116/profmed201619541-46.
2. Johnson L.C. [et al.]. The plasma metabolome as a predictor of biological aging in humans. Geroscience. 2019;41(6):895-906 (in Engl.). doi: 10.1007/s11357-019-00123-w.
3. Krut'ko V.N. [et al.]. Biological age as an index of human health level, aging and ecological well-being. Aviakosm Ekolog Med. 2014;48(3):12-9. (in Russ.).
4. Roslyakova E.M. [et al.]. Sravnenie nekotorykh pokazatelei, kharakterizuyushchikh biologicheskii vozrast (Comparison of some indicators characterizing biological age). International journal of experimental education. 2015;(4-2):430-31. (in Russ.).
5. Kasatkina Y.I., Petrova E.A. Comparative characteristics of methods on the determination of the biological age of a person by V.P. Voytenko and by A.G. Gorelkin [Electronic resource]. European student scientific journal. 2018(5). URL: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=18656> (accessed 19.04.2021) (in Russ.). doi: 10.17513/msnv.18656.
6. Guryeva A.B. [et al.]. Characteristic of biological age of yakut women of different age groups. [Electronic resource]. Modern problems of science and education. 2015;(6). URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23818> (accessed 19.04.2021) (in Russ.).
7. Kononova N.Yu., Chernyshova T.E., Zagrtinova R.M. Assessment of biological age and rate of aging of patients with undifferentiated connective tissue dysplasia. Archive of internal medicine. 2017;7(4):287-91. (in Russ.). doi: 10.20514/2226-6704-2017-7-4-287-291.
8. Ivashkin V.T. [et al.]. Diagnostics and treatment of biliary dyskinesia: clinical guidelines of the Russian gastroenterological association. Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol. 2018;28(3):63-80. (in Russ.). doi: 10.22416/1382-4376-2018-28-3-63-80.
9. Polunina T.E. Biliary dysfunction. Rome Consensus IV. Therapy. 2017;(6):100-12. (in Russ.).
10. Gastroenterologiya. Standarty meditsinskoi pomoshchi. Kriterii otsenki kachestva. Farmakologicheskii spravochnik (Gastroenterology. Medical standards. Quality assessment criteria. Formulary). Moscow: GEOTAR-Media. 2020. 480 p. (in Russ.).
11. Ivashkin V.T. [et al.]. Gallstone disease diagnosis and treatment: guidelines of the Russian gastroenterological association. Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol. 2016;26(3):64-80. (In Russ.).
12. Volevach L.V. [et al.]. The relationship of emotional status and biochemical composition of bile in young patients with biliary pathology [Electronic resource]. Modern problems of science and education. 2018;(6). URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28314> (accessed 19.04.2021) (in Russ.).
13. Volevach L.V. [et al.]. The personal oriented educational program in the management of patients with biliary pathology. Experimental and clinical gastroenterology. 2019;(2):79-83. (in Russ.). doi: 10.31146/1682-8658-ecg-162-2-79-83.

УДК 616.3 – 06

© Коллектив авторов, 2021

И.Б. Фаткуллина, А.Ю. Лазарева, Ю.Н. Фаткуллина,
Н.А. Стеценко, Л.А. Садыкова, С.А. Галеева
**МЕКОНИАЛЬНО-ОКРАШЕННЫЕ ВОДЫ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ**
*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

В статье представлен ретроспективный анализ течения беременности и перинатальных исходов у пациенток с мекониально-окрашенными водами.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности и перинатальные исходы при мекониально-окрашенных водах.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 108 историй родов и обменных карт женщин в возрасте от 18 до 38 лет. Исследуемые были разделены по признаку наличия мекония в околоплодных водах на основную группу с мекониальными околоплодными водами и контрольную со светлыми водами. При анализе медицинской документации были выделены анамнестические, клинические, лабораторные и инструментальные факторы, которые могли оказать влияние формирование мекониальных околоплодных вод.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования было подтверждено, что мекониальная окраска околоплодных вод может быть маркером внутриутробной гипоксии плода, указывающим на увеличение удельного веса детей с низкой оценкой по шкале Апгар при рождении, нуждающихся в респираторной поддержке.

Ключевые слова: внутриутробная гипоксия, асфиксия новорожденного, меконий, мекониальная окраска вод, аспирационная пневмония.

I.B. Fatkullina, A.Yu. Lazareva, Yu.N. Fatkullina,
N.A. Stetsenko, L.A. Sadykova, S.A. Galeeva
**MECONIUM-STAINED LIQUOR: FEATURES OF PREGNANCY
AND LABOR AND PERINATAL OUTCOMES**

The article presents a retrospective analysis of the course of pregnancy and perinatal outcomes in patients with meconium-stained liquor.

Objective: to study the features of the course of pregnancy and perinatal outcomes with meconium-stained liquor.

Material and methods. A retrospective analysis of 108 birth histories and prenatal records of women aged 18 to 38 was carried out. The subjects were divided according to the presence of meconium in the amniotic fluid into the main group with meconium amniotic liquor and the control group with light water, respectively. When analyzing the medical records, a large number of anamnestic, clinical, laboratory and instrumental factors were identified that were related to the formation of meconium amniotic fluid.

Results and discussion. The study revealed that meconium staining of amniotic fluid can be a marker of intrauterine fetal hypoxia, indicating the increase in the proportion of children with a low Apgar score at birth, who, as a rule, need respiratory support.

Key words: intrauterine hypoxia, asphyxia of a newborn, meconium, meconium-stained liquor, aspiration pneumonia.

Младенческая смертность – это важнейший демографический показатель, характеризующий как социальное, так и экономическое благополучие государства в целом [4,6]. Несмотря на постоянное совершенствование методов фетального мониторинга, внутриутробная гипоксия и асфиксия новорожденного по-прежнему занимают лидирующие позиции в структуре причин перинатальных потерь (85%) [6,7]. Косвенным маркером внутриутробной гипоксии плода принято считать патологическую окраску околоплодных вод меконием [7]. Этиология появления первородного кала в амниотической жидкости не установлена и по сей день. Ряд исследователей связывают мекониальную окраску вод с гипоксией плода. Общеизвестно, что в условиях кислородного голодания кровотоков в сердце, головном мозге и надпочечниках поддерживается централизацией кровообращения и снижением кровоснабжения таких органов, как мышцы, кишечник, почки. Вазоконстрикция сосудов брыжейки кишечника вызывает усиление перистальтических движений и расслабление анального сфинктера, что сопровождается проникновением мекония в амниотическую жидкость [2]. Существуют также исследования, в которых выделение мекония рассматривается как физиологический процесс [7]. По литературным данным эвакуация первородного кала в амниотическую жидкость чаще происходит после 37 недель беременности, что этиологически обоснованно с процессами миелинизации нервных волокон, усилением влияния парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и увеличением концентрации полипептидного гормона мотилина, который вырабатывается эпителием тонкого кишечника и является мощным стимулятором его моторики [4]. Сторонники того, что отхождение мекония в амниотическую жидкость – это физиологический процесс дефекации, в качестве доказательства своей теории приводят тот факт, что, несмотря на значительный процент родов с мекониаль-

ными водами, аспирация меконием была отмечена у небольшого количества детей [2,4]. На данный момент особый интерес представляют возможность прогнозирования мекониальной аспирации и выявления факторов, которые могут к ней привести [3,5].

Материал и методы

Исследование проводилось на базе ГБУЗ РБ РД № 3 г. Уфы. Были ретроспективно проанализированы 108 историй родов и обменных карт женщин в возрасте 18–38 лет, родоразрешенных в ГБУЗ РБ РД № 3 г. Уфы в период с января 2016 по сентябрь 2018 гг. В качестве основной группы было выбрано 58 истории родов, основным признаком в которой было наличие в родах мекониальной окраски амниотической жидкости [6]. В качестве контрольной группы на данном этапе исследования было проанализировано 50 историй родов у условно здоровых пациенток, у которых околоплодные воды в родах были светлыми. При анализе историй родов нами был выделен ряд анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных факторов. Среди этих факторов при последующем анализе были идентифицированы только те, которые имели отношение к формированию мекониальных вод [1]. Статистический анализ проводили с помощью программного обеспечения STATISTICA 10.0 (Stat-SoftInc, США). Для сравнительного анализа номинальных признаков по независимым выборкам, для сравнения частот встречаемости определенного признака в выборке был использован критерий χ^2 . Для сравнения измеряемых в числовых значениях признаков в основной группе исследования и в контрольной группе использовали критерий Манна-Уитни. Статистическую значимость различий определяли при уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Средний возраст женщин в группах был практически равным: $27,8 \pm 0,86$ года в основной группе и $27,06 \pm 0,86$ в контрольной. Сред-

ние показатели роста и массы тела пациенток составлял $164,18 \pm 0,78$ см и $77,645 \pm 1,6$ кг, $163,32 \pm 0,86$ см и $72,808 \pm 1,6$ кг в основной и контрольной группах соответственно, достоверных различий между этими показателями не было ($p=0,056$). Общая прибавка в весе во время беременности составила $10,379 \pm 0,9$ кг и $11,238 \pm 0,9$ кг соответственно в основной и контрольной группах, достоверные различия не выявлены ($p=0,054$). Был проанализирован паритет и социальный статус рожениц обеих групп, однако достоверных различий в этом выявлено не было. При исследовании паритета статистически значимых различий выявлено не было. В браке состояли 82% женщин основной группы и 86% женщин контрольной группы. При анализе экстрагенитальной заболеваемости наиболее часто в обеих группах встречалась анемия (24% в основной и 23% в контрольной группах) ($p=0,793$), далее – заболевания почек (7% в основной и 4,5% в контрольной группах) ($p=0,513$) и заболевания сердечно-сосудистой системы (2,3% в основной и 3% в контрольной группах) ($p=0,648$). Течение процесса гестации осложнилось в основной группе ранним токсикозом в 6% и 4% в основной и контрольной группах ($p=0,758$), угрозой прерывания беременности в первом и втором триместрах – 24% в основной и 15% в контрольной группах ($p=0,185$).

Отмечалось присоединение преэклампсии умеренной в 4% случаев в основной группе и в 6% в контрольной группе ($p=0,530$). случаев тяжелой преэклампсии не было в обеих группах. Были проанализированы и показатели ультразвуковых исследований, в 54% случаев в основной группе беременность осложнилась плацентарными нарушениями I степени, верифицированными доплерометрией кровотоков; в контрольной группе плацентарные нарушения выявлены в 34% случаев ($p=0,043$). Следует отметить, что задержка роста плода встречалась в основной группе лишь в 3% случаев, в контрольной – в 6% ($p=0,693$). Гестационный сахарный диабет встречался в основной группе в 7% случаев, в контрольной – в 3,5% ($p=0,228$). Проведено сравнение лабораторных показателей – общего анализа крови в группах. Установлены различия между количеством моноцитов в лейкоцитарной формуле. Так, соотношение моноцитов в основной группе составляет $7,018 \pm 2,4\%$, что достоверно ниже, чем в контрольной – $10,525 \pm 2,4\%$ ($p=0,044$). Моноциты являются одними из основных факторов клеточного иммунитета и обеспечивают фагоцитоз. Возможно более низкое содержание данных клеток у пациенток

основной группы обуславливает персистенцию инфекционных агентов. Эти данные согласуются с исследованиями, свидетельствующими о более высокой частоте перенесенных инфекционных заболеваний у женщин с меконияльно-окрашенными водами [1]. Беременные основной группы (48%) были госпитализированы в родильный дом до родов, а в контрольной группе 31% ($p=0,032$). Основными показаниями к госпитализации были плацентарные нарушения и гипоксия плода, а также тенденция к перенашиванию. Роды в головном предлежании произошли в основной группе в 95%, а в контрольной группе в 93% ($p=0,852$). Роды были срочные в основной группе в 87% случаев, в 13% запоздалые, в контрольной группе срочные в 97% случаев ($p=0,080$), запоздалые – в 3% ($p=0,028$).

Течение родов в основной группе осложнилось ранним излитием околоплодных вод в 43% случаев, в контрольной – в 28% ($p=0,104$). У 67% рожениц наблюдалась зеленая окраска околоплодных вод с самого начала родового акта, у 24% рожениц зеленые воды обнаружены в активной фазе родов, у остальных меконияльно-окрашенными были задние околоплодные воды. Частота развития слабости родовых сил составила в основной группе 28%, в контрольной – 19% ($p=0,239$). В основной группе был диагностирован патологический тип КТГ в первом периоде родов в 6% случаев, а сомнительный – в 4%. Похожая ситуация наблюдалась во втором периоде родов: 4% – сомнительный тип КТГ, патологический – в 6% родов. Что касается контрольной группы, то в первом периоде родов сомнительный тип КТГ диагностировался в 4% ($p=0,880$), а патологический тип – также в 4% ($p=0,773$), а во втором периоде – сомнительный тип КТГ в 4% родов ($p=0,880$), патологический тип не диагностировался ни разу ($p=0,103$).

Все женщины и основной, и контрольной групп были с низким риском перинатальных осложнений по шкале В.Е. Радзинского. Согласно данным диагностики околоплодных вод, по мере наступления родовой деятельности степень риска перинатальных осложнений значительно увеличивалась у женщин основной группы по сравнению с контрольной.

В активную фазу родов в основной и контрольной группах проводилось исследование лактата крови плода из предлежащей головки. У женщин основной группы с меконияльной окраской околоплодных вод, частота выявления ацидоза у плода (лактат свыше 4 ммоль/л) была в 2 раза выше, чем в контрольной. Имеются достоверные различия между оценкой новорожденного на 1- и 5-й минутах

по шкале Апгар. Оценку по шкале Апгар менее 6 баллов имели 32% детей основной группы, брадикардию при рождении, составляющую менее 120 в минуту – 26%, в контрольной соответственно 11% и 16% ($p=0,005$). Были проанализированы основные средние антропометрические показатели новорожденных у женщин обеих групп – масса и длина тела, окружности головы и груди. Статистически значимых различий выявлено не было.

Частота операций кесарево сечение составила в основной группе 73%, в контрольной – 37% ($p=0,001$) (см. рисунок).

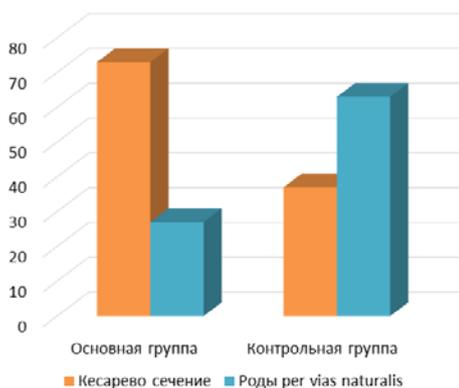


Рис. Частота родоразрешений путем операции кесарево сечение и через естественные родовые пути в основной и контрольной группах

Объем общей кровопотери в основной группе составил $336 \pm 1,2$ мл и $286 \pm 1,2$ мл. Это, вероятно, связано с тем, что в основной группе роды чаще заканчивались оперативным родоразрешением.

При морфологическом исследовании последствий от женщин основной группы выявлены гистологические маркеры хронической дисфункции плаценты различной степени тяжести в 87% случаев, у женщин контрольной группы – в 28% ($p=0,001$). В основной группе в 48% случаев дисфункция последа сочеталась с его воспалительными изменениями, в 3% случаев выявлен тромбоз пуповинных сосудов, в контрольной группе воспалительные изменения встречались в 7% случаев ($p=0,001$), тромбозов не было ($p=0,186$).

Были также проанализированы лабораторные показатели у новорожденных в обеих исследуемых группах. Наибольший интерес представляет достоверные различия в количественных значениях тромбоцитов в крови новорожденных $265,74 \times 10^9 \pm 2,92$ в основной и $230 \times 10^9 \pm 2,92$ в контрольной группе ($p=0,134$).

Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС у новорожденных встречалось в основной группе в 28% случаев, а в контрольной – в 12% ($p=0,045$). В основной группе достоверно чаще (8%) использовалась респираторная поддержка новорожденного с использованием традиционной ИВЛ по поводу аспирационной пневмонии, и в 12% случаев – по поводу мекониальной аспирации, тогда как в контрольной группе не встречалось ни разу ($p=0,034$). Восстановление функции внешнего дыхания после респираторной поддержки на ИВЛ достигнуто у 97% новорожденных, среднее количество часов на ИВЛ составило 56 часов. Перинатальной смертности не было в обеих группах. Выписано домой 67% детей основной группы, остальные переведены на 2-й этап лечения.

Заключение

В ходе приведенного нами ретроспективного анализа было выявлено что роды, осложненные присутствием мекония в околоплодных водах, характерны для доношенных и переношенных сроков гестации, чаще встречаются у первородящих женщин группы риска (крупный плод). Зеленая окраска околоплодных вод может быть сформирована антенатально или развиться во время родового акта. Зеленая окраска вод приводит к увеличению частоты кесаревых сечений в родах. Она может быть маркером гипоксии плода или его внутриутробного инфицирования, способствует росту удельного веса новорожденных с ишемическо-гипоксическим поражением ЦНС и низкой оценкой по шкале Апгар. Окрашенные мекониальные воды указывают на увеличение детей, нуждающихся в респираторной поддержке, и приводят к росту случаев аспирационной пневмонии на 8%. Кроме того, при мекониальной окраске вод в родах может повыситься объем кровопотери роженицы, что связано с увеличением вероятности оперативного родоразрешения. Интранатальная гипоксия плода является одной из главных проблем современного акушерства. Одним из ее проявлений является мекониальная окраска околоплодных вод. Это явление не является единственным критерием установления данного диагноза и требует детального изучения. Поиск новых методов оценки состояния плода позволит избежать ненужных оперативных вмешательств в родах и снизит частоту перинатальных осложнений.

Сведения об авторах статьи:

Фаткуллина Ирина Борисовна – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ИДПО ФГОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: fib1971@mail.ru.

Лазарева Анна Юрьевна – клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ИДПО ФГОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: lazarevaayu@mail.ru.

Фаткуллина Юлия Наилевна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом ИДПО ФГОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: fatjul@mail.ru.

Стеценко Наталья Алексеевна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом ИДПО ФГОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: natali.polyudova@yandex.ru.

Садыкова Лилиана Артуровна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом ИДПО ФГОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: Liliانا.92@inbox.ru.

Галеева Светлана Алексеевна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом ИДПО ФГОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: svetagaleeva04@gmail.com.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амизян, Н.М. Факторы риска развития синдрома аспирации мекония и особенности его клинического течения у новорожденных с различными сроками гестации / Н.М. Амизян, О.И. Бородина, С.Э. Юнусова // Врач-аспирант. – 2013. – № 6.1.(61). – С.210-216.
2. Бебешко, О.И. Перинатальные исходы при меконийной окраске околоплодных вод / О.И. Бебешко, Н.Ф. Хворостухина, С.А. Камалян [и др.] / Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26843> (дата обращения: 07.04.2021).
3. Буштырева И.О. Синдром аспирации мекония / И.О. Буштырева, В.В. Чернавский, А.А. Колганова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 6, № 6. – С. 378-383.
4. Пестрикова Т.Ю. Меконийно-окрашенные воды: современные аспекты тактики ведения родов / Т.Ю. Пестрикова, Е.А. Юрасова // Лечение и профилактика. – 2016. – №2 (18). – С. 55-60.
5. Ремнева, О.В. Социальные и акушерские факторы риска гибели плода в срочных родах / О.В. Ремнева, Т.В. Буркова: тезисы докл. X Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контрверсии» (9-12/IX 2017, Сочи). – М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2017. – С.19-20.
6. Савельева Г.М. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М.Савельевой, Г.Т.Сухих, В.Н.Серова, В.Е.Радзинского. -2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1080 с.
7. Фаткуллина И.Б. Анализ течения беременности и родов, перинатальных исходов при синдроме меконийной аспирации / И.Б. Фаткуллина, Л.М. Жовтун, Л.Л. Алексеева, Э.В. Раднаева, О.А. Халудорова, Э.Б. Бандеева // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2009. – №2. – С. 76-78.

REFERENCES

1. Amizyan N.M. Faktory riska razvitiya sindroma aspiratsii mekoniya i osobennosti ego klinicheskogo techeniya u novorozhdennykh s razlichnymi srokami gestatsii / N.M. Amizyan, O.I. Borodina, S.E. Yunusova /Vrach-aspirant. -2013. -№ 6.1.(61). -S.210-216 (In Russ.).
2. Bebesko O.I. Perinatal'nye iskhody pri mekonial'noi okraske okoloplodnykh vod / Bebesko O.I., Khvorostukhina N.F., Kamalyan S.A., Trushina O.V., Gribova S.N. / Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. – 2017. – № 5. (In Russ.).
3. Bushtyрева I.O. Sindrom aspiratsii mekoniya. / I.O. Bushtyрева, V.V. Chernavskii, A.A. Kolganova. Saratovskii nauchno-meditsinskii zhurnal, 2010 god, tom 6, № 6, s. 378-383. (In Russ.).
4. Pestrikova T.Yu. Mekonial'no okrashennye vody: sovremennye aspekty taktiki vedeniya rodov / T.Yu. Pestrikova, E.A. Yurasova // Lechenie i profilaktika. 2016. №2 (18). S55-60. (In Russ.).
5. Remneva, O.V. Sotsial'nye i akusherskie faktory riska gibeli ploda v srochnykh rodakh / O.V. Remneva, T. V. Burkova // Tezisy X Obshecherossiiskogo seminar «Reproduktivnyi potentsial Rossii: versii i kontraversii» (9-12/IX 2017, Sochi). – M., izd-vo zhurnala StatusPraesens, 2017. – S.19-20. (In Russ.).
6. Savel'eva G.M. Akusherstvo: natsional'noe rukovodstvo / pod red. G.M.Savel'evoi, G.T.Sukhikh, V.N.Serova, V.E.Radzinskogo. -2-e izd., pererab. i dop. -M.: GEOTAR-Media, 2019. -1080 s. (In Russ.).
7. Fatkullina I.B. Analiz techeniya beremennosti i rodov, perinatal'nykh iskhodov pri sindrome mekonial'noi aspiratsii. / I.B. Fatkullina, L.M. Zhovtun, L.L. Alekseeva, E.V. Radnaeva, O.A. Khaludorova, E.B. Bandedeva - Byulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra Sibirskogo otdeleniya Rossiiskoi akademii meditsinskikh nauk. 2009. №2, s. 76-78 (In Russ.).

УДК 616.853.5-053.4-072.7

© М.Е. Фарносова, Р.Г. Гамирова, 2021

М.Е. Фарносова¹, Р.Г. Гамирова^{1,2,3}

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ВЕСТА

¹ГАУЗ «Детская городская больница № 8 им. А.Ю. Ратнера», г. Казань

²ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», г. Казань

³КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань

Цель. Сравнить изменения электроэнцефалограммы (ЭЭГ) при лечении синдрома Веста (СВ) с применением тетракозактида и без него.

Материал и методы. У 150 пациентов с СВ оценена ЭЭГ до и через 6 месяцев после начала лечения. Группа I состояла из 90 детей, получавших тетракозактид для купирования инфантильных спазмов, а группа II включала 60 детей, в лечении которых использовали любые другие противоэпилептические средства без применения гормонов. Показатели отношения рисков рассчитывали с использованием программы RevMan 5.3. Благоприятными исходами лечения считали: клиническую ремиссию – купирование приступов и исчезновение гипсаритмии на ЭЭГ.

Результаты. Через 6 месяцев от начала лечения в I группе приступы были купированы у 77%, а во II группе – у 60%, $p=0.04$. В I группе через 6 месяцев от начала лечения изменения на ЭЭГ в виде гипсаритмии сохранились у 3% пациентов, имевших гипсаритмию до начала лечения, во II группе гипсаритмия сохранялась у 20%, $p=0.02$.

Выводы. Лечение СВ с включением тетракозактида эффективнее купирует гипсаритмию и инфантильные спазмы, чем терапия без него.

Ключевые слова: синдром Веста, тетракозактид, инфантильные спазмы, электроэнцефалограмма, эффективность гормональной терапии.