

проблемами. Для этого предназначены два этапа постреанимационной реабилитации детей: ранняя — в стационаре и поздняя — в условиях соматоневрологического приема.

Из отделения реанимации дети поступают в реабилитационное отделение, где в настоящее время отрабатываются принципы постреанимационной интенсивной терапии для оптимальной коррекции гипоксически-ишемических повреждений органов, а также кардиореспираторных нарушений, поддерживающих гипоксию. После выписки из стационара ребенок продолжает ежеквартально наблюдаться специалистами центра. Наблюдение осуществляется в условиях соматоневрологического приема с совместным осмотром ребенка педиатром и невропатологом. Состояние здоровья детей оценивается по следующим категориям: физическое развитие, неврологические последствия, нейросенсорные нарушения, трудности, связанные с воспитанием, наличие бронхолегочной патологии и заболеваний других органов и систем. Проводится и необходимое лабораторное обследование. На основании полученных результатов ребенку даются рекомендации по индивидуальному режиму, питанию, а также назначается комплекс корригирующей терапии, применяемый под наблюдением участкового педиатра, или, при необходимости, в условиях дневного стационара. Разработанные реабилитационные мероприятия позволяют, по нашим данным, снизить частоту формирования неврологической патологии в два-три раза.

Создание перинатальных центров требует и качественного изменения подготовки специалистов, в частности неонатологов. Кроме владения существующими технологиями, неонатолог должен уметь прогнозировать состояние ребенка до рождения по совокупности перинатальных факторов риска. Считаем обязательным не только присутствие неонатолога при родах у женщин группы высокого риска, но и участие его в консилиумах акушеров в отделении патологии беременных.

Необходима и соответствующая подготовка специалистов среднего звена. Вместе с областным медицинским колледжем в рамках движения «Новые сестры для новой России» разрабатывается программа повышения квалификации и подготовки медсестер для работы с новорожденными в условиях перинатального центра. Такая же работа проводится и по обучению акушеров.

Применение разработанных технологий в условиях перинатального центра привело к снижению перинатальной смертности в г. Екатеринбурге с 21,4‰ в 1986 г. до 12,01‰ в 1994 г. У выживших детей, как уже было сказано выше, значительно снизилась частота тяжелой резидуальной патологии центральной нервной системы. Таким образом, оказание помощи беременным женщинам и новорожденным по программе перинатального центра является сегодня эффективной

мерой для профилактики перинатальных повреждений центральной нервной системы и снижения числа врожденных аномалий развития, лежащих в основе подавляющего большинства случаев детской инвалидности.

УДК 618.11—089.87—08:612.62(084.1)

ПОДСАДКА КОНСЕРВИРОВАННОЙ ПЛАЦЕНТЫ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ

К. М. Н. Д. И. Бенедиктов

Городская клиническая больница № 40, г. Екатеринбург

Рвота, как ранний токсикоз беременности занимает положение, пограничное с неотложной патологией. Это обусловлено тем, что при безуспешности проводимой терапии возникает опасность для жизни больной и требуется срочное прерывание беременности. К сожалению, несмотря на существующие варианты медикаментозной терапии, не найдено достаточно эффективного патогенетического способа воздействия на рвоту при беременности, вероятно потому, что нет единой теории ее происхождения. К примеру, можно перечислить такие концепции, как токсемическая, рефлекторная, эндокринная, аллергическая [1, 2].

Поиски результативных путей решения этой задачи навели нас на мысль использовать приемы, повышающие адаптационный потенциал организма беременных. Токсикоз можно рассматривать как болезнь адаптации. Если адаптационные механизмы неадекватно реагируют на изменения метаболизма и нейро-вегетативной регуляции его, возникающие при беременности, то наступают срыв адаптации и проявления патологической симптоматики в форме раннего токсикоза. В качестве средства, стимулирующего адаптацию, была испытана консервированная плацента, предложенная в тридцатых годах этого столетия В. П. Филатовым. Она относится к группе так называемых биологических стимуляторов [3]. Мы готовили ее следующим образом. Взятая от здоровой роженицы плацента освобождалась от пуповины и оболочки, промывалась от избытка крови в проточной воде и затем помещалась в холодильник, где выдерживалась при температуре +2...+4 °С в течение семи суток. Указанный температурный режим строго соблюдался. В таких условиях анабиоза в тканях плаценты синтезируются вещества, относящиеся

к группе карбоновых кислот. Важно здесь то, что они не разрушаются при последующей термической обработке. Введенные в организм человека, эти биологические стимуляторы содействуют выживанию его в неблагоприятных условиях существования. Через семь суток плацента нарезалась на кусочки размером примерно $1,0 \times 1,5$ см, весом 1,5—2 г, затем плотно закупоривалась во флаконах от пенициллина и стерилизовалась в автоклаве при температуре 120° в течение часа. Хранилась в холодильнике до 6 месяцев.

Сама процедура подсадки плаценты осуществлялась так: в области одного из подреберьев, после местного обезболивания новокаином («лимонная корочка»), делался разрез кожи до 1,5 см и через троакар, введенный в подкожную клетчатку под углом 45° , на глубину 3 см проталкивалось несколько фрагментов измельченного кусочка плаценты. Накладывались один, редко два шва и асептическая повязка.

Было проведено лечение указанным способом 40 беременных с ранним токсикозом. Из этого числа у 10 женщин токсикоз расценивали как легкой степени (рвота до 6 раз в сутки, главным образом, по утрам); у 25 пациенток — средней тяжести и у 5 больных токсикоз оказался тяжелым (рвота почти постоянная, слюнотечение, невозможность удержать всю съеденную пищу). Лечение больных со средней и тяжелой степенью токсикоза начинали с обычных методик — внутривенные вливания глюкозы, физраствора, гемодеза, парентеральное назначение спленина, витамина В₆, церукала, антигистаминных препаратов. В ряде случаев использовали центральную электроанальгезию. Однако клинического улучшения не наступало, падал вес, поэтому возникал вопрос о срочном прерывании беременности. Подсадка плаценты оказала поразительный благоприятный эффект у 38 пациенток. Уже на следующий день после введения консервированной плаценты полностью прекращалась рвота и тошнота, женщины начинали есть и прибавлять вес. Только у двух, самых тяжелых больных, пришлось прервать беременность, так как тканевая терапия не могла дать положительный результат, ибо сделана была слишком поздно.

Для объективной оценки возможного механизма влияния плаценты на адаптацию было исследовано выделение 17-ОКС с мочой и кортизола в крови до подсадки и спустя три-четыре дня после нее. Средние величины 17-ОКС мочи до введения плаценты у 15 пациенток составляли $5,9 \pm 0,17$ ммоль/с, а после подсадки плаценты — $18,6 \pm 0,38$ ммоль/с, то есть произошло достоверное их увеличение. Уровень кортизола в крови у 15 женщин до лечения был в среднем $259,0 \pm 20,41$ нмоль/л, а после лечения — $510 \pm 31,16$ нмоль/с, то есть также достоверно возрос. На этом основании можно предположить, что

подсадка консервированной плаценты стимулирует кортикоидную активность надпочечников, играющих важную роль в проявлениях адаптационного синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска.: Пер. с англ.— М., 1989.
2. Беккер С. М. Патология беременности.— Л., 1975.
3. Тканевая терапия/Под ред. Н. А. Пучковской.— Киев, 1975.

УДК 618.3:616.43

КОРРЕКЦИЯ ОРГАНИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АКУШЕРСТВЕ

Доц. к. м. н. Колпаков Л. Ф.,
врач-интерн Возовик А. В.

Уральская государственная медицинская академия, (ректор — академик РАЕН, профессор Ястребов А. П.), кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. кафедрой — заслуженный деятель науки, доктор мед. наук, профессор Бенедиктов И. И.), г. Екатеринбург

Среди механизмов адаптации организма женщины к беременности, а также новорожденного к новым условиям жизни функция щитовидной железы играет существенную роль. Изучение функционального состояния щитовидной железы в акушерской клинике имеет значение в связи с неблагоприятными влияниями его различных нарушений на мать и плод.

I. Антенатальный и врожденный гипотиреоз. Врожденный гипотиреоз может быть следствием аплазии или гипоплазии щитовидной железы, наследственной передачи ферментативных дефектов, нарушающих синтез тиреоидных гормонов (врожденный зоб с гипотиреозом и глухонемой), трансплацентарного переноса иммуноглобулинов, блокирующих ТТГ-рецепторы, резко выраженного дефицита йода в окружающей среде и пище в эндемичной по зобу местности, избытка йода в результате использования во время беременности йодсодержащих лекарственных средств [1]. Эти же факторы могут быть причиной антенатального гипотиреоза, причем дефицит или избыток йода способны вызывать переходящую форму антенатального гипотиреоза. Причиной транзитного гипотиреоза у новорожденных могут быть: тяжелая