

il orientează pe chirurg în alegerea unei terapii volemice adecvate, precum și efectuarea concomitentă a procedurilor miniinvasive laparoscopice cu viză etiopatogenetică cum ar fi: colecistostomia laparoscopică decompresivă, sanarea și drenarea laparoscopică a cavității abdominale urmată de lavajul fracționat peritoneal, drenarea bursei omentale, iar în caz de necesitate și papilosfincterotomia.

### Concluzii

1. În afară de obiectivele diagnostice și curative, un obiectiv important al laparoscopiei diagnostic-curative este și prognozarea evoluției pancreonecrozei.

2. În pancreonecroza hemoragică și mixtă semnele relevante laparoscopice de prognozare sunt: exsudatul hemoragic, cantitatea lui, culoarea exsudatului (deschisă, închisă), nivelul de amilază în exsudat, răspândirea imbițiției hemoragice retroperitoneale, gradul de răspândire a steatonecrozelor în aria abdominală. Raportul cantitativ și calitativ al acestor indici în dependență de timpul scurs de la debutul bolii influențează direct asupra evoluției bolii.

3. În pancreonecroza lipidică semnele laparoscopice principale de prognozare sunt: cantitatea de lichid seros pancreatic și gradul de răspândire a steatonecrozelor în cavitatea peritoneală, iar corelația lor cantitativă are un răsunet decisiv în evoluția pancreonecrozei.

4. Metoda de prognozare laparoscopică, bazată pe semiologia laparoscopică, are prioritate față de alte scoruri de prognozare.

### Bibliografie

1. Lankisch PG, Mahike R, Blum T, et al. Hemoconcentration. An early marker of severe and or necrotizing pancreatitis. A critical appraisal. *Am. J. Gastroenterol.* 2001;96:2080-2084.
2. Rabenec L, Feinstein A, Horwitz R. A new clinical prognostic staging system for acute pancreatitis. *Amer. J. Med.* 1993;95:61-70.
3. Ranson JH, Rifking KM, Roses DF, et al. Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis. *Surg. Gynec. Obstet.* 1974;139:69-81.
4. Ranson JH. Etiological and prognostic factors in human acute pancreatitis: a review. *Amer. J. Gastroenterology.* 1982;77:9:633-636.
5. Ranson JH. The role of surgery in the management of acute pancreatitis. *Ann. Surg.* 1990;211:4: 382-393.
6. Schneider A, Singer MV. Preoperative Labordiagnostik in der Pankreaschirurgie – Was ist notwendig? *Swiss Surg.* 2000;6:205-210.
7. Ермолов АС, Иванов ПА, Гришин АВ, и др. Патогенетические подходы к диагностике и лечению острого панкреатита. *Хирургия.* 2007;5:4-8.
8. Красногоров ВВ., Костюченко АЛ, Смелянский АИ. Упреждающая тактика лечения тяжелого острого панкреатита. Terra-Medica. 1998;3:59.
9. Лебед НВ, Корольков АЮ. Системы объективных оценок тяжести состояния больных панкреонекрозом. *Хирургия.* 2006;7:61-65.
10. Толстой АД. Острый панкреатит: трудности, возможности, перспективы. СПб: Гиппократ. 1997;136.
11. Толстой АД., Красногоров ВВ., Сория РА. Деструктивный панкреатит и парапанкреатит. СПб: Гиппократ. 1999;126.
12. Толстой АД. Оценка эффективности сандостатина в ферментативной фазе острого панкреатита. *Хирургия.* 2001;12:58-61.
13. Толстой АД., Красногоров ВВ., Гольцов ВР, и др. Концепция «обрыва» панкреонекроза: ключ к решению проблемы деструктивного панкреатита. *Вестник хирургии.* 2001;6:26-30.

Corresponding author

**Ciutac, Ion, dr., conferențiar**

Catedra Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”

USMF „Nicolae Testemițanu”

Chișinău, str. Toma Ciorbă, 1

Tel.: 205316

Manuscript received June 22, 2010; revised manuscript October 07, 2010

## Беременность, гестоз и инсулинзависимый сахарный диабет: современное состояние вопроса

З. Ф. Аббасова

Отделение патологии беременности, Республиканская клиническая больница, Баку, Азербайджан

Z. F. Abbasova

**Pregnancy, Gestosis and Insulin Dependent Diabetes: the Modern Condition of the Question**

The clinical-statistical analysis of a current pregnancy and labors in 169 women with a insulin dependent diabetes, associated with gestosis at the age of 31-35 years was carried out. We made preparations for gravidity, including a number of medical and health-improving actions, such as obstetrical. Monitoring, correction of the revealed abnormalities, gestosis therapy, normalisation biocenosis, which help to authentically improve outcomes of pregnancy and labor in women with diabetes.

**Keywords:** pregnancy in diabetes, gestosis, diabetes mellitus, insulin-dependent, prenatal care.

### Реферат

Был проведен клинико-статистический анализ течения беременности и родов у 169 женщин с инсулинзависимым сахарным диабетом, сочетанным с гестозом в возрасте 31-35 лет. Проведение предгравидарной подготовки, включающей ряд лечебных и оздоровительных мероприятий, акушерский мониторинг, коррекция выявленных нарушений, терапия гестоза и нормализация биоценоза, позволяют достоверно улучшить исходы беременности и родов у женщин с сахарным диабетом.

**Ключевые слова:** беременность при диабете, гестоз, диабет сахарный инсулинзависимый, пренатальный период, уход.

### Введение

Проблема инсулинзависимого сахарного диабета (ИЗСД) и беременности находится в центре внимания акушеров, эндокринологов и неонатологов, так как эта патология связана с большим числом акушерских осложнений, высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью, а также неблагоприятными последствиями для здоровья матери и ребенка [1, 3, 7, 8]. Среди осложнений беременности, наиболее часто сопровождающих сахарный диабет, ведущее место занимает гестоз [2, 4]. Развитие гестоза часто приводит к декомпенсации основного заболевания и необходимости досрочного прерывания беременности, что увеличивает перинатальную заболеваемость и смертность. Несмотря на множество работ, посвященных изучению гестоза, данное осложнение беременности по-прежнему остается «болезнью загадок и предположений». Единой точки зрения на возникновение гестоза нет, в результате чего отсутствует стройная, этиологически обоснованная, тактика предупреждения и лечения этого осложнения беременности [5, 6].

**Цель исследования:** изучение течения беременности и родов у женщин с сахарным диабетом, сочетанным с гестозом.

### Материал и методы

Был проведен клинико-статистический анализ течения беременности и родов у 169 женщин с сахарным диабетом, сочетанным с гестозом. В дальнейшем 82 женщины, которые прошли полный или частичный курс предгравидарной подготовки, были разделены на клинические группы в зависимости от компенсации/декомпенсации ИЗСД. Возраст беременных женщин как с компенсированным ИЗСД, так и декомпенсированным ИЗСД в среднем составил 31-35 лет.

Предгравидарная подготовка проводилась совместно с врачом-эндокринологом и включала соответствующие пункты: информирование больной о риске для нее и для плода; планирование беременности; идеальная компенсация уровня глюкозы в крови за 3-4 месяца до зачатия; использование только генно-инженерных человеческих инсулинов; соблюдение диеты, богатой витаминами, железом, фолиевой кислотой; лечение ретинопатии; антигипертензивная терапия; прекращение курения.

Рекомендованные госпитализации осуществлялись с целью углубленного исследования в круглосуточный или в дневной стационар. В качестве гипотензивного препарата использовался допегит, по 250 мг 2-3 раза в день. Лечение диабета генно-инженерными человеческими инсулинами проводилось по результатам, как самоконтроля, так и лабораторной диагностики гликемии натощак и после еды.

Материалы исследования обрабатывали методами непараметрической статистики (U-критерий Манна-Уитни-Вилкоксона) с использованием прикладных статистических программ, входящих в пакет Microsoft Excel 2000.

### Результаты и обсуждение

Все страдающие диабетом женщины были отягощены экстрагенитальными заболеваниями даже в отсутствии гестоза: 0,8 болезней на каждую женщину с компенсированным ИЗСД и 1,1 – с декомпенсированным ИЗСД. Гестоз достоверно чаще развивался у женщин с ИЗСД, отягощенных большим количеством экстрагенитальных заболеваний: 1,2 на каждую женщину с гестозом в сочетании с компенсированным ИЗСД и 1,3 – при декомпенсированном ИЗСД. Присоединение гестоза происходило у женщин с большей частотой гинекологических заболеваний – почти по одному на каждую женщину с компенсированным ИЗСД и гестозом и 1,65 – при декомпенсированном ИЗСД, с присоединившимся впоследствии гестозом.

Присоединение гестоза коррелировало с уровнем гликированного гемоглобина HbA1c в первом триместре гестации. Практически у каждой пятой беременной с ИЗСД в сочетании с гестозом имела хроническая декомпенсация течения диабета в ранние сроки гестации. Очевидно, что ранняя диагностика беременности и соответственно своевременная коррекция инсулинотерапии – факторы адекватного контроля углеводного обмена и профилактики такого акушерского осложнения как гестоз.

Угроза прерывания была достаточно частым осложнением в ранние сроки беременности – 36,6%. Чаще угрожающее невынашивание отмечалось при ИЗСД с присоединившимся впоследствии гестозом. Патология околоплодной среды в виде полигидрамниона была отмечена у 23,3% женщин с компенсированным ИЗСД и у 37,1% - с декомпенсированным ИЗСД. Олигогидрамнион осложнил беременность 18,3% женщин с ИЗСД; 12,8% - при компенсированном ИЗСД и 25,7% - при декомпенсированном ИЗСД. Задержка развития плода имела место у 14,6% обследованных женщин, но с отличиями, в зависимости от компенсации диабета: 12,8% при компенсированном ИЗСД и 17,1% - при декомпенсированном ИЗСД. Макросомия была отмечена у 19,1% женщин с компенсированным ИЗСД и 27,5% - с декомпенсированным ИЗСД.

Дородовое излитие вод осложнило завершение беременности у 27,3% женщин с возрастающей частотой при декомпенсации ИЗСД и присоединении гестоза. Слабость родовой деятельности была отмечена у 19,5% женщин с явным преобладанием в группах с компенсированным ИЗСД и присоединившимся гестозом. Гипоксия плода во время родов была зафиксирована у 19,1% женщин с компенсированным ИЗСД и у 40% - с декомпенсированным ИЗСД. Кровотечения в последовом и послеродовом периоде у женщин с диабетом составили 10,6% с компенсированным ИЗСД и 20% - с декомпенсированным ИЗСД.

Под наблюдением находились 82 новорожденных, 5 из них родились недоношенными от матерей с декомпенсированным ИЗСД, особенно при сочетании с гестозом. В структуре причин перинатальной заболеваемости доношенных новорожденных, рожденных от матерей с

ИЗСД, 11,7% составили хроническая внутриутробная гипоксия и асфиксия новорожденного; в 9,1% - нарушение мозгового кровообращения.

Прогнозирование развития гестоза и диагностика ранних признаков плацентарной недостаточности у беременных, страдающих ИЗСД, наиболее информативны при одновременном определении ряда лабораторных и функциональных показателей.

Определение уровня гликированного гемоглобина HbA1c проводилось всем женщинам с ИЗСД в I триместре беременности, что позволяет ретроспективно оценить уровень гликемии в течение предшествующих 6-8 недель. Уровень HbA1c, определяемый в первом триместре беременности показал, что подавляющее большинство беременных с ИЗСД (84,2%) находилось в состоянии адекватного контроля, в то же время среди беременных с ИЗСД и гестозом таковых было в 1,4 раза меньше.

Ультразвуковые исследования с применением доплерометрии проводились в сроки от 5-6 до 16-17 недель гестации. У 20,7% женщин с ИЗСД при оценке структуры была выявлена неоднородность хориона, характеризующаяся наличием гипоэхогенных зон различной величины: у 12,8% - при компенсированном и 25,7% - при декомпенсированном сахарном диабете. Оценка функции фетоплацентарной системы у беременных с ИЗСД по результатам ультразвукового исследования показала, что наиболее ранние проявления плацентарной недостаточности диагностируются уже к концу II триместра у всех женщин как с компенсированной, так и с декомпенсированной формой ИЗСД. При компенсированном ИЗСД с присоединившимся гестозом отмечена тенденция к уменьшению фетометрических показателей, а при декомпенсированном ИЗСД с присоединившимся гестозом - к их увеличению. Нарушения в сосудистом русле у беременных с ИЗСД, выявленные с помощью ультразвуковой доплерометрии, являются отражением нарушений инвазии цитотрофобласта и неполной конверсии спиральных артерий в эндометрий, что ведет к развитию плацентарной недостаточности.

Изучение особенностей типов кровообращения у обследованных беременных с ИЗСД в сроки 22-31 недели гестации показало, что среди беременных как с компенсированным, так и с декомпенсированным типом ИЗСД встречались эукинетический, гиперкинетический и гипокинетический типы гемодинамики. При этом среди беременных с ИЗСД в 1,9 раза снижалась доля женщин с гиперкинетическим типом кровообращения за счет возрастания беременных с гипокинетическим типом: до 21,7% с компенсированным ИЗСД и до 26,7% - с декомпенсированным ИЗСД. В целом, у беременных с ИЗСД, независимо от фазы компенсации, в той или иной мере возникали нарушения показателей центральной гемодинамики, сократительной функции миокарда, мозгового кровотока, внутрипочечной гемодинамики, выраженность которых нарастала при присоединении к ИЗСД в фазе декомпенсации гестоза.

При анализе свертывающей системы крови было установлено, что активация гемостаза наблюдалась практически у всех пациенток. При компенсированном ИЗСД с сочетанным гестозом наиболее часто наблюдалось увеличение протромбинового индекса, а при беременности на фоне компенсированного ИЗСД без гестоза отмечалось снижение данного показателя до 80,45%.

Проведение микробиологического исследования показало, что у женщин с ИЗСД в I триместре беременности, независимо от фазы компенсации, микробиоценоз гениталий был оценен как нормоценоз, бактериальный вагиноз и кольпит. Нормоценоз был выявлен у 17,5% женщин с компенсированным ИЗСД. У остальных женщин имел место бактериальный вагиноз (40%) и вагинит (42,5%).

При бактериологическом исследовании материала из цервикального канала отмечалось различное сочетание факультативных анаэробов и аэробов. Наиболее часто встречались анаэробные микроорганизмы с преобладанием *Bacteroides fragilis*, а также *Staphylococcus aureus*, *Gardnerella vaginalis*. Титр *E. Coli* более  $10^5$  был выявлен у всех женщин с бактериальным вагинозом и у 57,3% - с вагинитом.

Различные аспекты этиологии, патогенеза и клинико-морфологической диагностики заболеваний эмбриона, плода и новорожденного находятся в неразрывной связи с патологией плаценты, плодных оболочек, пуповины и плацентарного ложа матки.

Проведение морфометрического исследования плацент у пациенток с хорошо контролируемым течением ИЗСД показало, что плацента содержала на большей своей площади фетальные капилляры (19-45%), что являлось свидетельством усиления фетоплацентарного ангиогенеза. Изучение плаценты у женщин с ИЗСД показало, что плаценты имели малую массу, часто выявлялись участки фибриноидного некроза. Исследование особенностей плацент и плацентарного ложа при сахарном диабете, показало, что поражения спиральных артерий эндометрия и маточных артерий носят системный характер, по типу диабетической облитерационной ангиопатии.

В целом, морфологическое исследование плацент как с компенсированным так и с декомпенсированным ИЗСД показало, что характерными особенностями их строения являются: патологическая незрелость ворсинчатого дерева, гипоплазия плацент, ангиопатия пупочного канатика, частое выявление участков псевдоинфарктов и афункциональных зон, отсутствие типичных синтициокапиллярных мембран и компенсаторного ангиоматоза.

Основные положения программы «Сахарный диабет и беременность» внедрены в Азербайджане с 2004 года, с момента создания Национального специализированного центра на базе Республиканской клинической больницы. На фоне проведения полной или частичной предгравидарной подготовки, анализ течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с сахарным диабетом, показал гораздо лучшие результаты по сравнению с предыдущими годами, когда подобные

мероприятия не проводились. Полученные данные по прекоцепционной подготовке показали, что если в 2002-2003 годах ни одна беременная с диабетом не прошла курс планирования беременности, то в 2004-2006 годах таковых было 34,6%, в том числе 56,5% - прошли полный курс, а 43,9% - частичный.

Все женщины с ИЗСД прошли курс противомикробного лечения без использования антибиотиков, с применением разрешенных в первом триместре дезинфектантов (3% перекись водорода, бетадин) и антимикотиков (залин). Всем женщинам были проведены мероприятия по восстановлению нормоценоза: усиление мер по профилактике и лечению запоров, дотация кисломолочных продуктов, содержащих лактобактерии (йогурт, биокефир пониженной жирности), дотация лактобактерий назначением эубиотиков (хилак-форте, флоралдофилус, лактобактерин). Анализ бактериологического исследования родовых путей у женщин с ИЗСД показал, что после лечения у женщин с компенсированным ИЗСД обсемененность влагалища снизилась до 26%, а женщин с декомпенсированным ИЗСД – до 25%.

#### Заключение

Таким образом, предгравидарная подготовка, оздоровление женщин с использованием предложенных нами дополнительных мероприятий по акушерскому мониторингу, коррекции выявленных нарушений, терапии гестоза, нормализации биоценоза гениталий позволяют достоверно улучшить исходы беременности и родов у

женщин с сахарным диабетом, прежде всего, в компенсированной фазе в сочетании с гестозом I-II степени. Лечение выявленных нарушений фетоплацентарного гомеостаза тем эффективнее, чем более компенсированный ИЗСД и полноценно проведено оздоровление женщины до и во время беременности.

#### Литература

1. Арбатская НЮ, Демидов ИЮ. Сахарный диабет типа I и беременность. *Consilium medicum*. 2003;5(9):41-45.
2. Блощинская ИА, Пестрикова ТЮ, Давидович ИМ, и др. Микроциркуляция при беременности: возможности доклинического прогнозирования гестоза. *Рос. Вестник акушера-гинеколога*. 2003;3(6):4-7.
3. Вернигородский ВС, Вдовиченко НН. Современные проблемы сахарного диабета и беременности. Винница, 2003;128.
4. Межевитинова ЕА. Репродуктивное здоровье и контрацепция у женщин с сахарным диабетом I типа: Автореф. Дис. докт. мед. наук. Москва, 2006;41.
5. Павлов ОГ, Иванов ВП. Генетические аспекты гестозов (история и состояние проблемы). *Акушерство и гинекология*. 2005;3:8-10.
6. Evers IM, Nikkels PG, Sikkema JM, et al. Placental pathology in women with type 1 diabetes and in a control group with normal and large-for-gestational-age infants. *Placenta*. 2003;24(8-9):819-25.
7. Forsbach-Sanchez G, Tamez-Perez HE, Vazquez-Lara J. Diabetes and pregnancy. *Arch. Med. Res*. 2005;36(3):291-299.
8. Geronooz I. Pregnancy in a diabetic woman: practical recommendations to prevent complications. *Rev. Med. Liege*. 2005;60(5-6):344-349.

Corresponding author

**Abbasova, Zara Farhad gizi, M. D., Ph. D.**

Department of Pathologic Pregnancy

Republican Clinical Hospital

Baku, 1012, Azerbaijan

District 3165, Tbilisi Avenue

Tel.: (994 50) 312 97 99

E-mail: nauchnaya@rambler.ru

Manuscript received August 10, 2010; revised manuscript October 07, 2010

## Применение препаратов нейромедиаторного действия у девочек-подростков с олигоменореей

У. К. Асланова

Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, Баку, Азербайджан

U. K. Aslanova

### Application of Neurotransmitters for Adolescent Girls with Oligomenorrhea

An examination of 87 girls between the ages of 13 and 18 found 67 girls having contracted oligomenorrhea. Follow-up study consisted of clinical, hormonal, and gynecologic research, pelvic ultrasounds, and brain electric activity registrations. An examination of each girl was conducted before the course of treatment and three months following, demonstrating the effectiveness of neurotransmitters for the regulation of hypothalamic-pituitary mutual relations and the restoration of a normal cycle of menstrual rhythm.

**Key words:** oligomenorrhea, neuroregulators, adolescent.

#### Реферат

Были обследованы 87 девушек в возрасте 13-18 лет. Из них 67 девушек были с олигоменореей. Проведено клиническое, гормональное, гинекологическое, ультразвуковое исследование органов малого таза, регистрация электрической активности головного мозга. Обследование проводили до и после 3-х месячного курса лечения препаратами нейромедиаторного действия. Сравнительный анализ полученных данных убеждает в целесообразности использования этих препаратов для регуляции гипоталамо-гипофизарных взаимоотношений и восстановления нормального ритма менструального цикла у девочек-подростков с олигоменореей.

**Ключевые слова:** олигоменорея, нейромедиаторы, подростки.