

*Секция молодых ученых**Медико-биологические науки***АНАЛИЗ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ У ЮНЫХ МАТЕРЕЙ**

Байрашева В.К., Дудниченко Т.А.

*Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И. Мечникова
Санкт-Петербург, Россия*

Беременность в юном возрасте протекает в условиях функциональной незрелости организма и неадекватности механизмов адаптации, что создает высокий риск развития акушерских и перинатальных осложнений у матери и плода.

Целью исследования явилось изучение ранней неонатальной смертности (РНС) у 13-18 летних женщин, родивших на базе 10 и 15 родильных домов г. Санкт-Петербурга за последние 20 лет.

Проведён ретроспективный анализ 56 случаев РНС у юных матерей. Изучение структуры непосредственных причин смерти детей в первые 7 дней после рождения (патологоанатомический диагноз) показало следующее: ведущее место занимает внутриутробная генерализованная инфекция (в 30 случаях – 53,6%), второе место – асфиксия (11-19,6%), третья – последствия родовой травмы (8- 14,3%). Далее следуют пневмонии (у 5-8,9%) и врождённые аномалии (у 2-3,6%). В структуре основных причин смертности (клинико-анатомический диагноз) также лидирует внутриутробная инфекция – у 11 (19,6%) новорожденных.

В структуре заболеваемости юных матерей инфекционный фактор продолжает оставаться ведущим: инфекции, передающиеся половым путём, отмечены у 50 женщин (89,3%), простудные заболевания – у 48 (85,7%), ангины – у 25 (44,6%), пиелонефрит – у 15 (26,8%), хронический сальпингоофорит – у 11 (19,6%) юных матерей. Высокая частота анемии (у 21 женщины – 37,5%) свидетельствует о неправильных условиях питания, образа жизни, что также неблагоприятно для гестационного процесса. Из социально-бытовых факторов следует отметить, что у 83,9% (47) женщин брак не зарегистрирован, поэтому у большинства беременность была случайной и нежеланной. 18 чел. (32,1%) проживают в неудовлетворительных жилищных условиях. Курили во время беременности 16 женщин (28,6%), 5 из них (8,9%) также употребляли алкоголь и наркотические вещества.

Существенным фактором риска РНС, согласно полученным данным, является гестоз беременных, который наблюдался у 78,6% (44 чел.): отёки – у 33 чел. (58,9%), лёгкая преэклампсия – у 10 (17,8%), тяжёлая – у 1 женщины. Угроза прерывания беременности выявлена у 23 женщин (41%).

48 детей (85,7%) родились недоношенными, из них 35 (62,5%) – с оценкой по шкале Апгар 1-6 баллов. Большинство детей (55,6% – 30) погибли в первые 2 суток, на 3-4 день – 10 чел. (17,9%), на 5-6 сутки – 12 (21,4%), на 7 сутки – 4 чел. (7,1%). Нами отмечено, что среди причин РНС частота асфиксии и родовой травмы убывает от 1-го дня жизни новорожденного к последующим, тогда как частота внутриутробной инфекции возрастает к 3-4 дню жизни.

Ручное пособие по Цовьянову сопровождалось РНС детей в 6 случаях (10,7%). Быстрые и стремительные роды привели к гибели 21 ребёнка (37,5%), длительные роды у 6 женщин закончились неблагоприятно.

Вывод: анализ причин и факторов риска постнатальных потерь (социально-бытовые условия, состояние здоровья женщины, особенности течения беременности и родов) показал, что все они в различной степени оказывают влияние на состояние новорожденного, однако первостепенное значение среди причин РНС имеет инфекционный фактор. В связи с этим профилактика РНС у юных матерей должна включать санацию очагов инфекции.

РОЛЬ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ОСНОВНЫХ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Байрашева В.К.

*Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова
Санкт-Петербург, Россия*

Метаболический синдром (МС) – комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, предшествующих возникновению сердечно-сосудистой патологии и сахарного диабета 2 типа (СД2) – заболеваний, являющихся сегодня основными причинами повышенной смертности населения.

Цель исследования: оценить значимость абдоминального ожирения в формировании основных клинико-патогенетических проявлений МС (инсулинорезистентность (ИР), гиперинсулинемия (ГИ), дислипидемия (ДЛ), артериальная гипертензия (АГ)).

Материал и методы: для исследования была отобрана группа из 34 человек (22 женщины и 12 мужчин) в возрасте: 26-40 лет – 4 чел., 40-45 лет – 12 чел., 45-50 лет – 14 чел., 50-55 лет – 4 чел., с диагнозом МС, поставленным на основании следующих критериев (по IDF, 2005):

1) обязательный – абдоминальное ожирение (окружность талии более 94 см для мужчин и

более 80 см для женщин); и наличие как минимум двух из нижеперечисленных:

2) повышение триглицеридов (ТГ) более 1,7 ммоль/л;

3) снижение ЛПВП менее 1,03 ммоль/л у мужчин и менее 1,29 ммоль/л у женщин;

4) повышение АД более 130/85 мм рт. ст.;

5) повышение глюкозы венозной плазмы натощак более 5,6 ммоль/л или ранее выявленный СД2.

Оценка индекса массы тела (ИМТ) проводилась по методу Кетле (масса тела, кг/длина тела, м²), распределение жировой ткани – по данным денситометрии (Total Body), базальная концентрация инсулина (БКИ) – на иммуноферментном анализаторе «Униплан». Глюкозу венозной крови определяли ферментативным колориметрическим методом. Всем 34 пациентам была выполнена развернутая липидограмма. Для оценки ИР использовался косвенный показатель НОМА-ИР (глюкоза натощак, ммоль/л × БКИ, мкЕД/мл)/22,5). ИР подтверждалась при НОМА-ИР > 2,77. Для установления взаимосвязей признаков использовался корреляционный анализ с помощью критерия Пирсона, вычислялся коэффициент корреляции (r).

Результаты исследования и их обсуждение: абдоминальное ожирение I степени было выявлено у 20 чел. (58,8%), II степени – у 9 чел. (26,5%), III степени – у 3 чел. (8,8%). У 2 пациентов (5,9%) – ожирение 0 степени (нормальный ИМТ), но с тенденцией к абдоминальному отложению жира. По данным Total Body только у 1 пациентки ожирение по гиноидному типу, тогда как у всех остальных 33 человек (97,05%) – андроидный тип ожирения. Давность абдоминального ожирения у обследованных больных составила $12,6 \pm 2,0$ лет и колебалась от 4 до 38 лет.

Самым распространенным признаком МС в группе оказалась АГ (у 32 чел. 94,1%), АГ I степени – у 16 чел. (47%), II степени – у 12 чел. (35,3%), III степени – у 4 чел. (11,8%). Систолическое АД в выборке составило $156,4 \pm 4,63$ мм рт. ст., диастолическое АД – $96,5 \pm 3,52$ мм рт. ст. Давность АГ у больных МС – от 2 до 32 лет и составила в среднем $7,1 \pm 1,85$ лет. Уровень глюкозы в группе составил $6,74 \pm 1,26$ ммоль/л. Нарушение гликемии натощак зарегистрировано у 15 человек (44,1%), СД2 – у 12

чел. (35,3%), в тоже время ИР выявлена почти в 2 раза чаще, чем СД2 – у 23 чел. (67,6%). У 82,3% больных (28 чел.) обнаружены липидные нарушения: гипертриглицеридемия – у 23 чел. (67,6%), средний уровень триглицеридов – $2,96 \pm 0,42$ ммоль/л; гиперхолестеринемия – у 25 чел. (73,5%), холестерин в группе составил $6,05 \pm 0,39$ ммоль/л; снижение антиатерогенных липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) – у 7 чел. (20,6%), средний показатель в группе – $1,21 \pm 0,18$ ммоль/л.

В данном исследовании обнаружены сильные положительные корреляции между ИМТ и уровнем триглицеридов ($r + 0,72$, $p < 0,01$), ИМТ и уровнем холестерина ($r + 0,76$, $p < 0,01$), ИМТ и БКИ ($r + 0,7$, $p < 0,01$), ИМТ и уровнем ИР (НОМА-ИР) – $r + 0,7$, $p < 0,01$. Существовала достоверная корреляционная связь длительности абдоминального ожирения и АГ ($r + 0,57$, $p < 0,01$). Не выявлено значимой корреляции между ИМТ и уровнем ЛПВП ($r + 0,19$, $p > 0,05$), что, возможно, связано с относительно небольшой численностью выборки.

Выводы:

1. Степень выраженности гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии, ГИ, ИР при МС зависят от степени выраженности абдоминального ожирения.

2. Наиболее ранним характерным компонентом МС у больных абдоминальным типом ожирения является АГ.

3. Проявления МС могут наблюдаться и при нормальном весе, но преимущественно абдоминальном накоплении жира.

4. Такие заболевания, как атеросклероз, ИБС, СД2 (в патогенезе которых ключевую роль играют ДЛ, ГИ, ИР, АГ) являются естественными и закономерными осложнениями абдоминального ожирения.

Таким образом, профилактика и лечение заболеваний, объединяющихся в понятие МС, в обязательном порядке должны включать меры, направленные на нормализацию массы тела: расширение физической активности, гипокалорийная диета (< 1800 ккал/сут.), медикаментозная коррекция ожирения.