

Давыдкина Юлия Владиславовна

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ
ГРУППЫ РИСКА ПО НЕВЫНАШИВАНИЮ
В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ**

14.01.01 – Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Самара 2015

Работа выполнена в государственном бюджетном образовательном учреждении
высшего профессионального образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
профессор, Заслуженный врач РФ
Линёва Ольга Игоревна

Официальные оппоненты:

Тетелютина Фаина Константиновна – доктор медицинских наук, профессор, государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки, заведующая кафедрой.

Хасанов Албир Алмазович - доктор медицинских наук, профессор, государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра акушерства и гинекологии № 1, заведующий кафедрой.

Ведущая организация: государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград.

Защита диссертации состоится «18» декабря 2015 г. в 10.00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.085.04 при государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (443079, г. Самара, пр. К. Маркса, 165 Б).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке (443001, г. Самара, ул. Арцыбушевская, 171) и на сайте (<http://www.samsmu.ru/science/referats>) государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Автореферат разослан «2» ноября 2015 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, доцент

Жирнов Виталий Александрович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Первостепенной задачей на государственном уровне в Российской Федерации является охрана репродуктивного потенциала нации, социальная и медицинская поддержка женщины во время беременности и рождение здорового ребенка. Одной из актуальных проблем практического акушерства, существенно влияющей на показатели перинатальной и младенческой смертности, является невынашивание беременности [Гогуа М.С., 2009; Мартиросян Н.Т., 2010; Липатов И.С. и соавт., 2013; Аржанова О.Н., 2013; Радзинский В.Е., 2014; Башмакова Н.В., 2014].

Из всех желанных беременностей от 15 до 23% прерывается досрочно, и данный показатель не имеет тенденции к снижению [Подзолкова Н.М. и соавт., 2010; Аржанова О.Н., 2013]. Мертворождение при преждевременных родах наблюдается в 8-13 раз чаще по сравнению с родами в срок. На недоношенных детей приходится 60-70% случаев ранней неонатальной и 65-75% детской смертности [Савельева Г.М., 2010; Царькова М.В., 2010].

Основным способом лечения угрозы прерывания беременности в настоящее время являются схемы, основанные на применении лекарственных препаратов согласно приказу № 572н от 1 ноября 2012 года «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» [Гарант.РУ Информационно–правовой портал].

Особенно важной задачей на современном этапе развития акушерской науки является отказ от полипрагазии, ятрогении, методов агрессивного акушерства [Радзинский В.Е., 2011]. С целью уменьшения фармакологической нагрузки на систему «мать-плацента-плод» перспективным является более широкое применение немедикаментозных методов в комплексной терапии угрозы прерывания беременности.

Нелекарственные методы лечения являются более адекватными при беременности, так как не вызывают аллергии, отсутствует эмбриотоксический и тератогенный эффекты [Владимиров А.А. и соавт., 2004; Стругацкий В.М., 2005; Воронина Л.З. и соавт., 2007]. Лечебные эффекты физиотерапевтических факторов возникают благодаря направленным изменениям в самом организме без введения каких-либо препаратов извне [Родкина Ю.М., Лашкина А.А., 2008].

У беременных женщин комплексное применение немедикаментозных методов терапии с проведением полного и эффективного курса лечения возможно осуществить только в специализированном отделении санатория.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области № 220 от 9.02.2010г «О порядке направления и медицинском отборе работающих граждан непосредственно после стационарного лечения на долечивание (реабилитацию) в санатории Самарской области» установлен порядок направления и медицинский отбор работающих беременных женщин непосредственно после стационарного лечения на долечивание в санатории Самарской области [Гарант.РУ Информационно–правовой портал].

Однако публикаций на тему санаторного долечивания беременных непосредственно после стационарной терапии угрозы прерывания гестации нет. Вышеизложенное определяет актуальность выбранной темы и является поводом для выполнения данного исследования.

Степень разработанности темы исследования. По данным различных авторов [Гильмутдинова Л.Т. и соавт., 2006; Диамант И.И. и соавт., 2006; Фоляк Е.В. и соавт., 2007; Воронина Л.З. и соавт., 2007; Пересыпкина Е.А., 2007; Касютин Л.А. и соавт., 2007; Осокина А.А. и соавт., 2008; Лившиц Н.В. и соавт., 2009; Кузыева Л.Р. и соавт., 2009;

Наврузова З.Т., 2010] имеется положительный опыт лечения беременных в условиях санатория с различной патологией: хроническая плацентарная недостаточность, железодефицитная анемия, заболевания почек и сердечно-сосудистой системы.

Однако методики, основанные на применении физических факторов, в период гестации широко не используются, являются дискуссионными и мало изученными [Владимиров А.А. и соавт., 2004; Стругацкий В.М., 2005; Садретдинова Т.Л., 2014].

В доступной нам литературе не было указаний на исследования о долечивании беременных в условиях санатория после стационарного лечения угрозы прерывания беременности. Не разработана программа санаторного долечивания этой группы беременных.

Цель исследования: повысить результативность комплексного лечения беременных с угрозой прерывания гестации с помощью санаторных методов терапии.

Задачи исследования:

1. Изучить факторы риска развития угрозы прерывания беременности во II триместре гестации с учетом социальных и психологических характеристик беременных.
2. Разработать программу санаторного долечивания беременных после стационарной терапии угрозы прерывания гестации и изучить влияние комплексного лечения на биологическую систему «мать-плацента-плод» с помощью лабораторных и инструментальных методов исследования: лабораторные тесты, ультразвуковое исследование, ультразвуковая доплерография, кардиотокография, гистологическое исследование плацент.
3. Изучить динамику психоэмоционального статуса, адаптационных реакций и показателей неспецифического иммунитета у беременных в результате комплексного лечения, используя специальные диагностические методы.
4. Провести сравнительный анализ клинического течения беременности, родов, состояния плода и новорожденного при стационарной терапии угрозы прерывания беременности и комплексного лечения с включением санаторного этапа с применением методов доказательной медицины.
5. Разработать и доказать эффективность алгоритма ведения беременных с угрозой прерывания гестации с позиции преемственности и последовательности оказания медицинской помощи.

Научная новизна исследования. В результате выполненной научной работы проведено ретро- и проспективное исследование эффективности комплексного лечения беременных с угрозой прерывания гестации с включением стационарного и санаторного этапов. Впервые доказана необходимость и безопасность санаторного долечивания беременных с угрозой прерывания гестации.

Впервые разработана и апробирована методика водолечения беременных с использованием аэрированного фитодуша (патент № 2397748 от 11.01.2009) и внедрена в практику применения у беременных группы риска по невынашиванию Детензор-терапия (рационализаторское предложение № 52 от 18.11.2009).

Выявлены патогенетические механизмы развития процессов адаптации в биологической системе «мать-плацента-плод-новорожденный» при проведении комплексного лечения угрозы прерывания беременности, состоящего из стационарного и санаторного этапов.

Теоретическая и практическая значимость работы. Полученные результаты позволили повысить эффективность лечения угрозы прерывания беременности и научно

обосновать целесообразность использования санаторных методов в комплексной терапии угрозы прерывания беременности.

Внедрены в клиническую практику методика водолечения с использованием аэрированного фитодуша и Детензор-терапия у беременных после стационарного лечения угрозы прерывания гестации.

На федеральном уровне даны рекомендации по коррекции показаний и противопоказаний для направления беременных на санаторное долечивание непосредственно после стационарной терапии.

Разработан алгоритм ведения беременных с угрозой прерывания гестации, который предусматривает четкую последовательность, преемственность и взаимосвязь между каждым этапом оказания помощи беременным с данным акушерским осложнением.

Методология и методы диссертационного исследования. Методология диссертационного исследования построена на изучении и обобщении литературных данных по невынашиванию беременности и санаторному лечению беременных женщин, оценке степени разработанности и актуальности темы. В соответствии с поставленной целью и задачами был разработан план выполнения всех этапов диссертационной работы; выбраны объекты исследования и подобран комплекс современных методов исследования. Объектами исследования стали пациентки с угрозой прерывания беременности во II триместре. В процессе исследования использованы методы: клинико-статистический, лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, серологические, бактериологические исследования), инструментальные (кардиотокография, ультразвуковое исследование, ультразвуковая доплерография), гистологическое исследование плацент, психологическое тестирование, исследование общего реактивного потенциала и адаптационных реакций организма беременных. Математическая обработка данных проводилась с использованием современных компьютерных технологий.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Категория беременных с угрозой прерывания гестации характеризуется неблагоприятными социальными и психологическими факторами, отягощенным акушерским анамнезом, высокой частотой экстрагенитальной и гинекологической патологии, что создает изначально неблагоприятный фон для развития настоящей беременности.
2. Положительная динамика клинической картины и лабораторно-инструментальных показателей у беременных свидетельствует об эффективности комплексного лечения угрозы прерывания беременности.
3. Улучшение психоэмоционального состояния, положительная динамика адаптационных реакций и показателей неспецифического иммунитета у беременных доказывает эффективность комплексного лечения угрозы прерывания беременности.
4. Механизм благоприятного влияния комплекса санаторных методов лечения характеризуется мультифакторным воздействием на биологическую систему «мать-плацента-плод-новорожденный».
5. Комплексное лечение беременных с угрозой прерывания гестации, состоящее из рациональной медикаментозной терапии в условиях стационара и методов санаторного долечивания, повышает благоприятные исходы беременности для матери и плода.

Апробация научных результатов. Материалы научной работы доложены и обсуждены на Всероссийском форуме «Здравница-2007» (Москва, 2007), на межрегиональной научно-практической конференции «Новые технологии физиотерапии в

акушерстве и гинекологии» (Санкт-Петербург, 2010); на Всероссийской конференции молодых учёных «Аспирантские чтения» (Самара, 2011, 2013), на XV Всероссийском научном форуме «Мать и дитя» (Москва, 2014).

Личный вклад автора. Автором изучалась и анализировалась медицинская документация отделений патологии беременных, родильных отделений и женских консультаций, где оказывалась медицинская помощь женщинам в период гестации за время проведения исследования. Аспирантом проведена оценка клинико-anamnestических, социальных и психологических характеристик беременных с угрозой прерывания гестации во II триместре. Самостоятельно автор выполнял специальные методы обследования: психологическое тестирование, исследование неспецифической иммунологической реактивности и адаптационных возможностей организма беременных, а также проводил статистическую обработку полученных материалов.

Соответствие заявленной специальности. Диссертация соответствует шифру специальности 14.01.01 - Акушерство и гинекология. Материалы научной работы соответствуют следующим областям исследований согласно паспорту специальности: «Физиологические и осложненные беременность, роды и послеродовой период у женщины» и «Разработка и усовершенствование методов диагностики и профилактики осложненного течения беременности и родов».

Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации: «Клинические аспекты и медико-организационные технологии сохранения репродуктивного здоровья семьи» (номер государственной регистрации: 01201053583).

Внедрение в практику. Материалы научной работы внедрены в практическую деятельность государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области «Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова», государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области «Санаторий Поволжье», санатория-профилактория федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Самарский государственный технический университет». Полученные результаты исследования используются в учебном процессе при чтении лекций и проведении семинарских занятий на кафедре акушерства и гинекологии института профессионального образования государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Степень достоверности результатов проведенных исследований. Достоверность полученных в ходе исследования научных результатов определяется использованием достаточного объема современных методов исследований с применением критериев доказательной медицины. Комиссия по проверке первичной документации (председатель – д.м.н., профессор Т.И. Каганова, члены комиссии: д.м.н., профессор Л.С. Целкович, д.м.н., профессор Е.П. Шатунова, д.м.н., профессор Д.В. Печкуров) пришла к выводу, что все материалы диссертационной работы достоверны и получены лично автором, который принимал непосредственное участие на всех этапах проведенного исследования. Текст диссертации также написан лично аспирантом.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 24 печатные работы, 4 из которых в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

Получен патент РФ на изобретение № 2397748 от 11.01.2009 «Способ лечения беременных женщин с фетоплацентарной недостаточностью» и рационализаторское предложение № 52 от 18.11.2009 «Способ лечения беременных групп риска с использованием Детензор-терапии».

Объем и структура диссертации. Материалы диссертации изложены на 181 странице машинописного текста. Данная научная работа состоит из списка сокращений, введения, основной части, заключения, списка литературы, приложения. Список литературы состоит из 220 литературных источников, из них 152 российских и 68 иностранных авторов. Диссертация иллюстрирована 20 рисунками и 37 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Исследование было проведено в 2012-2013 годы на базе 18, 20 и 21 отделений государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области «Самарская городская клиническая больница № 1 имени Н.И. Пирогова», государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области «Санаторий Поволжье».

Для достижения поставленной в работе цели и решения задач проведено ретро- и проспективное исследование 260 беременных женщин, из которых были сформированы 3 группы: основная, сравнения и контрольная.

I группа (основная) - 105 беременных с угрозой прерывания гестации во II триместре, которые после стационарного лечения проходили долечивание в условиях санатория;

II группа (сравнения) - 105 беременных с угрозой прерывания гестации во II триместре, которые после лечения в условиях стационара были выписаны на амбулаторное долечивание под наблюдение врача женской консультации;

III группа (контроля) – 50 беременных без признаков угрозы прерывания, благодаря которым мы выявили факторы риска развития данного осложнения гестации и провели сравнение по исходам беременности для матери и плода.

Направление беременных на санаторное долечивание непосредственно после стационарного лечения угрозы прерывания согласовано с Министерством здравоохранения Самарской области.

При формировании беременных в группы исследования мы использовали критерии включения и исключения. Критерии включения для всех групп: жительницы г. Самары; работающие женщины. Критерии исключения для всех групп: привычная потеря плода; беременность, наступившая с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО, ИКСИ); многоплодная беременность; кровотечения во время настоящей беременности.

При формировании I и II групп исследования мы применили дополнительные критерии включения: стационарное лечение угрозы прерывания беременности не менее 10 дней; срок беременности 12-22 недели. А также дополнительные критерии исключения: противопоказания для долечивания беременных женщин групп риска в санатории согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области № 220 от 09.02.2010г «О порядке направления и медицинском отборе работающих граждан непосредственно после стационарного лечения на долечивание (реабилитацию) в санатории

Самарской области», кроме угрозы прерывания беременности; общие противопоказания для санаторного лечения.

Беременных I и II групп подбирали по принципу «копи-пара» и рандомизированным методом по региону проживания, семейному положению, возрасту, паритету, трудовой занятости. Отсутствие статистически достоверной разницы по этим параметрам позволяет считать группы сопоставимыми.

Все беременные прошли клинико-лабораторное и инструментальное обследование согласно «Отраслевым стандартам объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и перинатологии» (1999г) с учетом их коррекции на региональном уровне и приказу Министерства здравоохранения и социального развития № 572н от 1 ноября 2012 года «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Общеклиническое обследование включало в себя сбор анамнеза, общий осмотр и специальное акушерское обследование, которое проводилось на всех этапах исследования: в стационаре, санатории и роддоме.

С целью изучения факторов риска развития угрозы прерывания беременности проводили анализ перенесенных до и во время беременности экстрагенитальных заболеваний, изучали репродуктивную функцию женщин и акушерско-гинекологический анамнез. Особое внимание уделяли социальным характеристикам беременных и наличию профессиональных вредностей.

При проведении ультразвукового исследования мы оценивали соответствие размеров плода гестационному сроку. Степень зрелости плаценты, ее толщина и соответствие этих показателей сроку беременности также определяли при ультразвуковом исследовании.

Цветное доплеровское картирование и импульсную доплерометрию проводили беременным с целью оценки маточно-плацентарно-плодового кровообращения.

В условиях родильного отделения проводили кардиотокографию и фетомониторный контроль состояния плода во время родового акта. Функциональное состояние плода изучали с помощью бесстрессовой кардиотокографии - определение реакции сердечно-сосудистой системы плода в ответ на движения. При исследовании пользовались мониторами Oxford TEAM S 8000 и АСП-4 с автоматическим анализом регистрируемых параметров сердечной деятельности плода по критериям Dawes-Redman и показателю состояния плода по В.Н. Демидову (1983).

Из основной группы и группы сравнения методом случайной выборки были отобраны по 30 беременных женщин, у которых дополнительно были проведены специальные методы исследования.

С целью выявления астении у беременных мы применяли субъективную шкалу оценки астении (MFI – 20). Для характеристики психоэмоционального состояния пациенток использовали тест САН.

Адаптационные возможности организма обследуемых беременных изучали с помощью определения неспецифических адаптационных реакций организма по оценке изменения лейкограмм [Гаркави Л.Х. и соавт., 1998; Стрюк Р.И. и соавт., 2004].

С целью оценки иммунологической реактивности организма беременных проводили расчет индексов неспецифической иммунологической резистентности организма по данным гемограмм [Бурая О.Н., 1993].

Гистологическое исследование плацент было проведено после родов у 80 женщин (по 30 в первой и второй группе, 20 – в третьей группе) в соответствии с приказом N 82 МЗ и МП РФ от 29.04.94 г. «О порядке проведения патологоанатомических исследований». При этом мы оценивали плаценты по соответствию срокам беременности, компенсаторным реакциям, нарушениям созревания ворсин, стенозу сосудов, наличию инфекционно-воспалительных и инволютивно-дистрофических процессов.

Объем выполненных исследований демонстрирует таблица 1.

Таблица 1 - Объем выполненных исследований у беременных

№ п/п	Методы исследования	I группа n=105	II группа n=105	Всего n=210
1.	Клинико-статистический	105	105	210
2.	Общий анализ крови с расчетом НАРО, ИНИР	365	260	625
3.	Общий анализ мочи	210	210	420
4.	Биохимические исследования	105	105	210
5.	Серологические методы	105	105	210
6.	Бактериологические методы	105	105	210
7.	ЭКГ, определение типа гемодинамики	105	105	210
8.	Кардиотокография (в динамике)	105	105	210
9.	УЗИ	260	240	500
10.	УЗДГ	82	58	140
11.	Гистологическое исследование плаценты	30	30	60
12.	Тест САН (в динамике)	30	30	60
13.	Субъективная шкала оценки астении (в динамике)	30	30	60

Стационарная коррекция угрозы прерывания беременности включала в себя терапию, направленную на сохранение беременности, согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 572н от 1 ноября 2012 года «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Беременные I группы были направлены на санаторное долечивание в государственное бюджетное учреждение Самарской области «Санаторий «Поволжье». Угроза прерывания беременности согласно действующим нормативным документам является противопоказанием для санаторного лечения, однако мы считаем, что в комплексной терапии, после предшествующего стационарного этапа лечения, долечивание в условиях санатория возможно. Это не относится к начавшемуся выкидышу (кровянистые выделения из половых путей) и угрозе при предлежании плаценты. В связи с этим беременные с указанной патологией были исключены из нашего исследования.

Общее санаторное лечение, которое назначали беременным, принявшим участие в нашем исследовании, включало в себя: лечебно-охранительный режим; полноценное дробно-витаминное питание; кислородные коктейли № 10 ежедневно в первой половине дня; фиточай по показаниям – успокоительный, общеукрепляющий, урологический; климатотерапия: воздушные ванны, дозированные солнечные ванны отраженным светом, аэротерапия; терренкур и дозированная ходьба ежедневно в лесопарковой зоне санатория;

лечебная гимнастика в помещении с элементами дыхательной гимнастики № 10 через день; электрофорез на матку с новокаином, MgSO₄ №5 через день при сохранении тянущих болей внизу живота; бальнеотерапия – аэрированный фитодуш через день № 10; сеансы Детензор-терапии через день № 10; ароматомыкотерапия через день № 10; применение поляризованного света от аппарата «Биоптрон»; психотерапия – индивидуальные и групповые занятия с медицинским психологом.

Нами предложен новый способ водолечения беременных групп риска с использованием аэрированного фитодуша (патент РФ № 2397748), для проведения которого мы использовали вихревой гидропульсатор ДМ-1 (проф. Ю.А. Кныш, патент СССР на изобретение № 1276340).

После 3-5 минут общего душа, проводили воздействие фитодушем с отваром трав, обладающим спазмолитическим эффектом. Струи воды спиралевидными движениями перемещали по передней брюшной стенке по часовой стрелке с расстояния 15 - 20 см, температуре воды 37 °С, в течение 3-5 мин. Кожу легко промокали полотенцем с целью сохранения на теле «фитоплаща». Процедуры проводили через день, курс лечения составил 10 процедур.

В комплекс санаторного лечения была включена Детензор-терапия, разработанная и запатентованная в Германии профессором К.Л. Кинляйном в 1978 году [Капустин А.В., 2008]. Согласно предложенному нами рационализаторскому предложению (№ 52 от 12 ноября 2009 г) под контролем медицинского персонала беременная женщина укладывается на Детензор-маты в специально оборудованной комнате с очищенным воздухом комфортной температуры в сопровождении релакс-музыки. При таком сочетании Детензор- и музыкотерапии кроме мышечного расслабления и тракции позвоночника, мы достигаем психоэмоциональной релаксации. Процедуры мы проводили через день № 10 в течение 30-40 минут.

Методической основой данной научной работы являются принципы доказательной медицины [Петри А., 2003; Чуприлина И.П., 2005; Котельников Г.П., Шпигель А.С., 2012]. Математическая обработка материала диссертации произведена на персональном ноутбуке K50Jseries фирмы Asus в среде Windows XP с помощью пакета компьютерных программ и электронных таблиц Microsoft Office Excel. В своей работе мы применяли методы вариационной статистики, основанные на определении средней арифметической (M), среднего квадратичного отклонения (δ), средней арифметической ошибки (m). Достоверность различий в динамике лечения и между различными группами больных определяли с помощью критерия Стьюдента. Достоверными считали различия при степени доверительной вероятности, принятой для медицинских исследований, 95% и выше [Котельников Г.П., Шпигель А.С., 2012]. По специальным расчетным формулам мы определяли следующие показатели: повышение относительной пользы (ПОП), повышение абсолютной пользы (ПАП), снижение относительного риска (СОР), снижение абсолютного риска (САР).

Результаты исследования и их обсуждение

Под нашим наблюдением находились пациентки в возрасте от 19 до 43 лет. Средний возраст в первой и второй группах составил соответственно 28,22 и 26,54 года, в группе контроля - 27,4. Однако следует отметить, что среди беременных с угрозой прерывания гестации были самые возрастные женщины. В группе контроля беременных старше 40 лет не было.

Подавляющее число женщин находились в официальном браке: 80,1% в основной группе и 81,9% в группе сравнения. Беременность вне брака имела место у 18,6% женщин с угрозой прерывания гестации во II триместре. Следует отметить, что в группе контроля в незарегистрированном браке находились только 6% беременных ($p < 0,001$).

Проведенное исследование показало, что большинство беременных по трудовой деятельности являлись служащими: 65,7% пациенток с угрозой прерывания беременности и 76,0% женщин без данного акушерского осложнения.

Среди вредных производственных факторов большинство беременных указали на работу за компьютером (69,0% - в I и II группах в целом и 52,0% - в III группе; $p < 0,05$) и эмоциональные нагрузки (56,2% в I и II группах в целом и 36,0% - в III группе; $p < 0,01$).

При анализе паритета выявлено, что большинство женщин с угрозой прерывания беременности были повторнобеременными (58,6% против 44% в группе контроля), но первородящими (69,0% против 24,0% в группе контроля). Такая ситуация свидетельствует об отягощенном акушерском анамнезе у пациенток, период гестации которых осложнился угрозой прерывания во II триместре.

Наши данные по основным социальным характеристикам беременных с угрозой прерывания гестации совпадают с результатами исследований С.В. Потаповой (2008), И.С. Кияшко (2011), Л.Д. Солововой (2014), Е.В. Мелкадзе (2014).

Высокий индекс соматической патологии отражает низкий уровень адаптационных возможностей организма беременных, что создает изначально неблагоприятный фон течения гестации у данной категории беременных.

В нашем исследовании установлено, что частота встречаемости соматической патологии в обеих группах с угрозой прерывания во II триместре высокая: на 100 обследованных беременных в основной группе диагностировано 160,9, а в группе сравнения – 114,3 экстрагенитальных заболеваний. Наиболее значимыми среди соматической патологии можно выделить 5 групп заболеваний: почек и мочевыводящих путей (по 29,5% в I и II группах), ЛОР органов (25,7% и 13,3%), желудочно-кишечного тракта (22,8% и 16,2%), нейроциркуляторная дистония (27,6% и 17,1%) и органов зрения (24,8% и 13,3%). Первые три группы заболеваний могут свидетельствовать о наличии очага хронической инфекции в организме женщины, что в свою очередь реализуется в осложнения беременности. Количество экстрагенитальных заболеваний в первой и второй группах на 100 обследованных составил 117,1, что в 2 раза больше, чем в группе контроля (56 на 100 женщин).

Нами изучена частота и структура гинекологических заболеваний у женщин с угрозой прерывания беременности. На 100 обследованных пациенток количество данной патологии составило 97,1 и 94,3 соответственно в первой и второй группах, что в 1,8 раза больше по сравнению с группой контроля (54 на 100 женщин).

Высокий процент среди перенесенных гинекологических заболеваний без статистически достоверной разницы между I и II группами имели заболевания, передающиеся половым путем (37,1% против 28% в группе контроля; $p < 0,05$), хронический сальпингоофорит (26,7% против 6,0% в группе контроля; $p < 0,001$), хроническая неспецифическая генитальная инфекция (7,6% против 2,0% в группе контроля; $p < 0,05$), доброкачественные опухоли матки и придатков (11,4% против 4,0% в группе контроля; $p < 0,05$), эктопии шейки матки (13,8% против 16,0% в группе контроля без статистически значимой разницы).

Наши данные совпадают с результатами других отечественных ученых, изучавших факторы риска и этиологию невынашивания беременности [Амельхина И.В., 2007; Мельников В.А., 2007; Корнилова Т.Ю., 2008; Потапова С.В., 2008; Сидельникова В.М., 2008; Гогоу М.С., 2009; Доброхотова Ю.Э., 2010; Кияшко И.С., 2011; Лигидова А.Т., 2011; Соловова Л.Д., 2014].

Проведенный анализ социальных характеристик, экстрагенитальной патологии и акушерско-гинекологического анамнеза беременных с угрозой прерывания во II триместре (210 наблюдений) и женщин с физиологично протекающей беременностью (50 наблюдений) позволил выявить следующие потенциальные факторы риска развития угрозы прерывания беременности: возраст старше 30 лет, беременность вне брака, стрессовые ситуации на работе и дома, высокий индекс соматической и гинекологической патологии, отягощенный акушерский анамнез, наличие угрозы прерывания беременности до 12 недель гестации. Полученные данные доказывают достаточно неблагоприятный исходный фон для развития настоящей беременности в обеих группах с угрозой прерывания гестации во II триместре (рисунок 1).



Рисунок 1 - Потенциальные факторы риска развития угрозы прерывания беременности.

Нами установлено, что у беременных обеих групп клиническое течение угрозы прерывания было представлено ноющими болями внизу живота и в поясничной области, повышенным тонусом матки. Пациентки с кровянистыми выделениями из половых путей были исключены из исследования, так как данный симптом является противопоказанием для санаторного лечения. Наши данные совпадают с описанными проявлениями угрозы прерывания гестации в трудах В.М.Сидельниковой (2005), Н.М.Подзолковой и соавт. (2010), Г.М.Савельевой (2010), М.В.Царьковой (2010), О.Н.Аржановой, Н.Г.Кошелевой (2013).

Обращает на себя внимание высокий удельный вес железодефицитной анемии, которая была выявлена у 45,7% беременных основной группы и у 48,6% женщин группы сравнения ($p > 0,05$). Основными жалобами у беременных с анемией были утомляемость, нарушение сна, слабость, эмоциональная неустойчивость, снижение работоспособности.

При дальнейшем наблюдении за беременными, входящими в наше исследование, в основной группе было констатировано меньшее количество повторных госпитализаций по сравнению с группой беременных без санаторного лечения (рисунок 2). В основной группе 59,1% беременных после комплексного лечения угрозы прерывания беременности больше не нуждались в госпитализации, в группе сравнения – 44,8% женщин ($p < 0,05$). Повторно получали терапию в условиях стационара 31,4% и 33,3% пациенток соответственно в I и II группах ($p > 0,05$). Три раза возникла необходимость в госпитализации у 9,5% беременных

основной группы и 19,0% - группы сравнения ($p<0,05$). Во II группе 2,9% женщин проходили терапию в круглосуточном стационаре четыре раза за период гестации, в I группе таких пациенток не было.

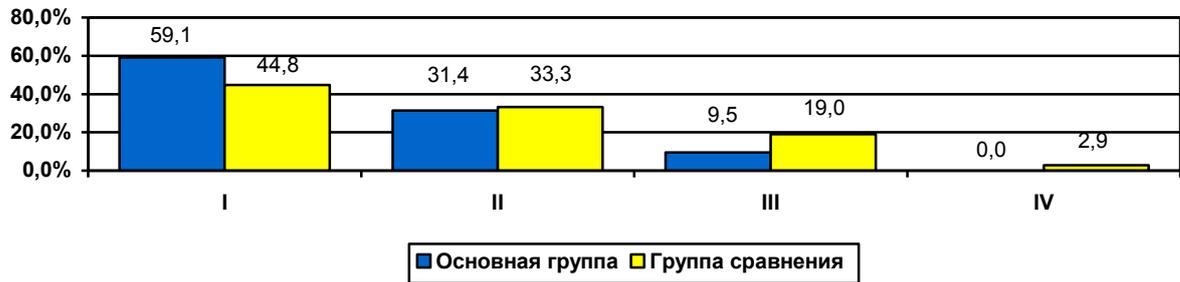


Рисунок 2 - Количество госпитализаций беременных за период гестации.

Повторная госпитализация по поводу рецидива угрозы прерывания беременности имела место у 24,8% женщин группы сравнения и 7,6% беременных основной группы ($p<0,001$). Хроническая плацентарная недостаточность, как причина госпитализации, достоверно чаще встречалась у беременных группы сравнения: 9,5% и 21,0% соответственно в I и II группах исследования ($p<0,05$). Преэклампсия была диагностирована у 17,1% беременных первой группы и 30,5% женщин второй группы ($p<0,05$).

При включении в комплекс лечения санаторных методов терапии выявлена положительная динамика в общеклинических анализах крови. Исходный уровень гемоглобина в первой группе составил $115,6\pm 0,8$ г/л, во второй – $114,2\pm 0,9$ г/л. После стандартного лечения в условиях стационара данный показатель снизился как в первой ($112,3\pm 0,8$ г/л), так и во второй группе ($111,8\pm 1,1$ г/л; $p>0,05$). После санаторного этапа лечения беременных основной группы содержание гемоглобина стало достоверно выше ($119,2\pm 0,6$ г/л) по сравнению с уровнем данных показателей до начала лечения ($p<0,001$) и в сравнении с беременными II группы исследования через 21 день амбулаторного лечения ($113,6\pm 0,8$ г/л; $p<0,001$). Количество тромбоцитов в результате полного курса лечения у беременных основной группы увеличилось на $68,3\times 10^9$ л, уровень общего белка на 3,71 г/л.

Благодаря комплексному лечению угрозы прерывания беременности, включающего в себя стационарную и санаторную терапию, происходит повышение адаптационных возможностей организма беременных за счет перехода на более благоприятные стадии НАРО (рисунок 3).

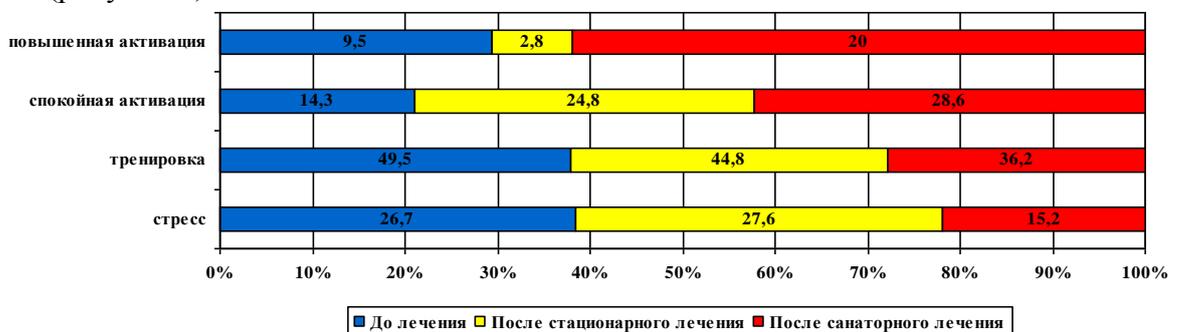


Рисунок 3 - Динамика стадий НАРО в основной группе.

Самый высокий процент благоприятных стадий неспецифических адаптационных реакций организма, к которым относятся спокойная и повышенная активация, наблюдался в основной группе беременных после комплексного лечения угрозы прерывания гестации. Разница по данным показателям до и после полного курса терапии достоверна. Следует

отметить, что исходный уровень изучаемых адаптационных реакций у беременных обеих групп практически не отличался ($p>0,05$).

К неблагоприятной стадии адаптационных реакций организма относится реакция стресса, которая расценивается как основа болезни. Данная реакция при поступлении на стационарное лечение была выявлена у 28 и 22 беременных соответственно в первой и второй группах и сохранилась на том же уровне после стационарной терапии без статистической разницы между группами. Однако после долечивания в санатории пациенток основной группы данный показатель снизился на 11,5% по сравнению с исходным уровнем при госпитализации в стационар ($p<0,05$). Во II группе реакция стресса увеличилась после полного курса лечения (стационар + амбулаторный этап) на 4,7% по сравнению с исходным уровнем.

При поступлении на стационарное лечение беременных обеих групп состояние эмоциональной сферы пациенток можно оценить как неблагоприятное, так как средние показатели теста САН не превышают 4 баллов, разница между группами недостоверна.

В результате стационарного лечения наметилась тенденция к улучшению изучаемых показателей без достоверной разницы между группами ($p>0,05$). После проведенного комплексного лечения угрозы прерывания беременности в основной группе произошло улучшение и гармонизация в эмоциональной сфере по всем трем составляющим шкалы: показатели сна улучшились в 1,92 раза, повышение активности и настроения отмечено в 1,5 раза (рисунок 4).

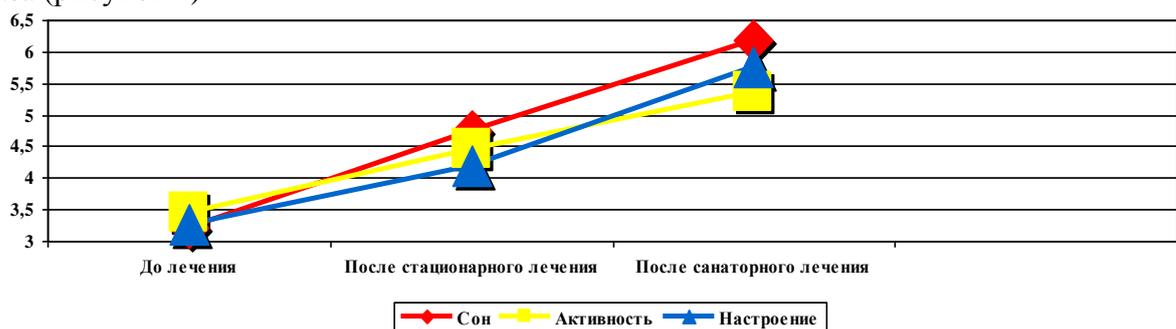


Рисунок 4 - Динамика показателей теста САН в основной группе.

В группе сравнения также произошло улучшение психо-эмоционального статуса беременных после полного курса лечения, однако в сравнении с пациентками первой группы изучаемые показатели были менее выражены с достоверной разницей между группами ($p<0,001$).

После полного курса лечения (стационарный и санаторный этапы) у беременных основной группы симптомы астении изменились следующим образом: снижение общей астении произошло в 1,98 раза; физической и психической – в 1,5 раза; мотивация и активность повысились в 1,5 раза. Разница при этом достоверна - $p<0,001$. В группе сравнения мы также наблюдали уменьшение количества женщин с симптомами астении, однако снижение изучаемых показателей произошло в среднем в 1,3 раза, что является статистически значимой разницей при сравнении с основной группой.

На этапе поступления беременных на стационарное лечение угрозы прерывания гестации показатели иммунологической неспецифической реактивности организма в обеих группах исследования статистически достоверной разницы не имели. В процессе комплексного лечения (стационарный + санаторный этапы) беременных основной группы такие показатели неспецифического иммунитета, как специфический иммунный лимфоцитарно-моноцитарный потенциал и индекс клеточно-фагоцитарной защиты

снизились, что свидетельствует об отсутствии напряженности иммунной системы при адекватной терапии. В группе сравнения данные значения также имеют тенденцию к уменьшению в результате стационарной и амбулаторной терапии.

Аллергическая настроенность организма у пациенток основной группы в результате комплексного лечения осталась на прежнем уровне, тогда как в группе сравнения данный показатель в результате стационарной медикаментозной терапии значительно вырос (на 53,5 у.е.), что свидетельствует об активации иммунной системы при введении аллергена извне.

Лейкоцитарный индекс интоксикации изначально имеет тенденцию к уменьшению в обеих группах, но более выражен в I группе со статистически значимой разницей по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,01$).

Представленные в работе данные свидетельствуют о более выраженной компенсаторной реакции сердечно-сосудистой системы плода в сроке 38-40 недель у беременных, проходивших комплексное лечение угрозы прерывания во II триместре гестации, включающее в себя стационарный и санаторный этапы. Проведя комплексный анализ кардиотокографической кривой, который включал в себя оценку основных параметров с применением нестрессового теста, мы определили нормальный тип КТГ у 74,3% беременных основной группы и 43,8% женщин группы сравнения ($p < 0,001$). Патологический тип кардиотокограмм, который мы диагностировали при отклонении более двух основных параметров, был зарегистрирован у 11,4% и 20,0% беременных соответственно в I и II группах исследования. При этом получена статистически достоверная разница - $p < 0,001$.

При эхографическом исследовании после завершения курса лечения беременных основной группы показатели патологических изменений в плаценте уменьшились: диффузные изменения, инфаркты и экзогенные включения - без статистической достоверности, по наличию кальцификатов в плаценте разница между группами достоверна.

Преждевременное созревание плаценты перед родоразрешением было диагностировано у 17,1% беременных основной группы и 32,4% женщин группы сравнения ($p < 0,01$). Достоверно реже были диагностированы такие признаки нарушений в плаценте, как диффузные изменения и наличие кальцификатов, в группе женщин, получавших во время беременности санаторное лечение ($p < 0,05$). Данные представлены на рисунке 5.

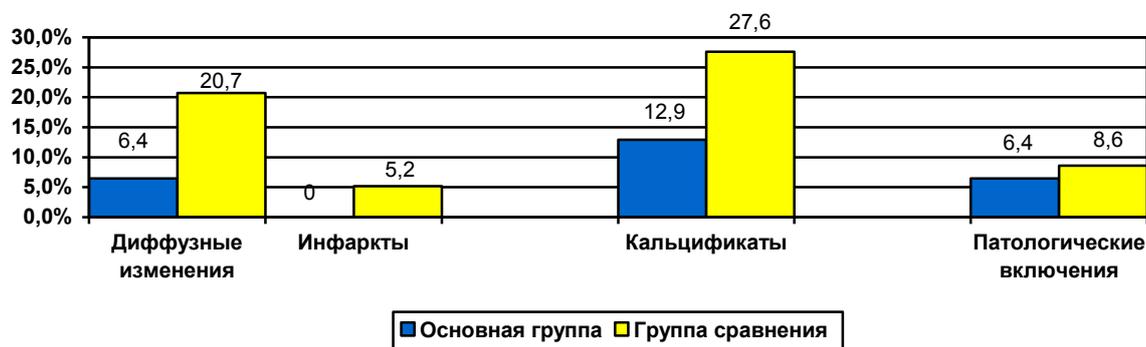


Рисунок 5 - Патологические изменения в плаценте по УЗИ перед родоразрешением.

При поступлении беременных на стационарное лечение по УЗИ была диагностирована хроническая фетоплацентарная недостаточность в виде IA степени у 29,0% и 32,7% беременных соответственно первой и второй групп ($p > 0,05$). Нарушений кровотока в системе «мать-плацента-плод» II и III степени в нашем исследовании выявлено не было.

В основной группе после комплексного лечения, включающего в себя стационарный и санаторный этапы, произошло достоверное улучшение показателей плодового кровотока. Так, количество пациенток с IА степенью плацентарной недостаточности уменьшилось на 19% ($p<0,01$). В группе сравнения также произошло улучшение изучаемых показателей УЗДГ, но без статистически значимой разницы.

У всех женщин, входящих в наше исследование, был проведен анализ исходов беременности. Полученные данные представлены на рисунке 6.

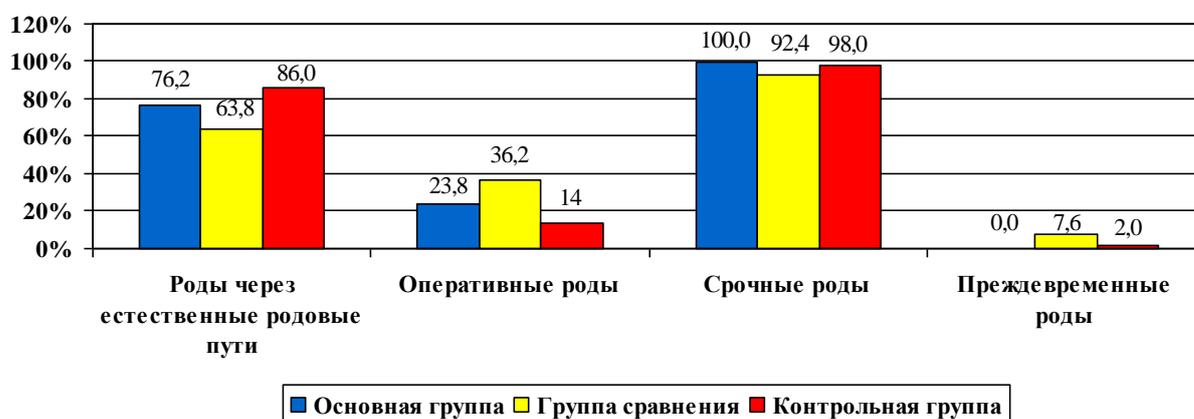


Рисунок 6 - Исходы беременности по группам исследования.

Представленные на диаграмме данные наглядно демонстрируют, что роды через естественные родовые пути чаще встречались у пациенток контрольной группы, но без статистически значимой разницы по сравнению с основной группой. У пациенток со стандартной терапией угрозы прерывания во II триместре самопроизвольные роды имели место достоверно в меньшем проценте наблюдений, чем у женщин с санаторным долечиванием во время беременности ($p<0,05$).

Количество оперативного родоразрешения на 12,4% меньше у пациенток основной группы, чем в группе сравнения ($p<0,05$) и на 10,2% больше, чем в группе контроля ($p>0,05$).

У пациенток первой группы все роды были срочными (37 - 41 неделя), во второй группе у 7,6% и в третьей у 2% женщин роды наступили преждевременно ($p<0,05$).

Патоморфологическая оценка структурно-функционального состояния последа отражает степень развития компенсаторно-приспособительных механизмов [Глуховец Б.И. и соавт., 2002]. В соответствии с нашими исследованиями удовлетворительные компенсаторные реакции отмечены в последах у пациенток основной группы в 53,3%, группы сравнения - 16,6%, группы контроля - 66,7%. Инволютивно-дистрофические изменения в плацентах и инфекционные поражения достоверно чаще имели место во второй группе - 76,7% против 20% в первой и 26,7% в третьей. Разница между I и II группами по изучаемым показателям достоверна ($p<0,001$).

Физические параметры развития новорожденных, находящихся под динамическим наблюдением, представлены в таблице 2.

Средняя масса тела новорожденных в основной группе составила $3472,27\pm 33,8$ г, что достоверно выше, чем в группе сравнения - $3312,95\pm 35,85$ г. По длине тела новорожденных также получена статистически достоверная разница: $53,84\pm 0,14$ см и $52,11\pm 0,16$ см соответственно в I и II группах. Кроме того, следует отметить, что по изучаемым антропометрическим показателям новорожденных между основной и контрольной группами не было получено статистической разницы. Синдром задержки развития был диагностирован

у 3,8% новорожденных второй группы, у детей первой и третьей групп данная патология отсутствовала.

Таблица 2 - Основные физические параметры новорожденных по группам исследования

Параметры физического развития	I группа (основная) n=105	II группа (сравнения) n=105	III группа (контроля) n=50	p между I и II группами
	M±m	M±m	M±m	
Масса тела при рождении, г	3472,27±33,8	3312,95±35,85	3556,5±52	p<0,001
Длина тела при рождении, см	53,84±0,14	52,11±0,16	53,25±0,3	p<0,001

Более высокая оценка по шкале Апгар наблюдалась у детей, рожденных у женщин из первой и третьей групп исследования, что свидетельствует о лучших компенсаторных возможностях новорожденных. Так, в основной и контрольной группах на первой минуте жизни средняя оценка составила 7,8±0,04 баллов, а в группе сравнения – 7,39±0,06 баллов (p<0,001). На пятой минуте жизни состояния новорожденных в первой группе были оценены в среднем на 8,64±0,06 баллов, в третьей – на 8,62±0,3 баллов, а во второй группе – на 8,2±0,06 баллов (p<0,001).

На II этап выхаживания в отделение патологии новорожденных переведен 1 ребенок из первой группы с диагнозом: «Перинатальное поражение центральной нервной системы». Во второй группе в ГБУЗ СО «СГДКБ №1 им. Н.Н.Ивановой» переведены 11 новорожденных: 8 - в отделение недоношенных, 2 - в отделение патологии новорожденных.

Основные механизмы благоприятного влияния комплекса физических факторов, воздействующих на беременных при долечивании в условиях санатория наглядно представлены на рисунке 7, где учтены как литературные данные, так и собственные исследования.

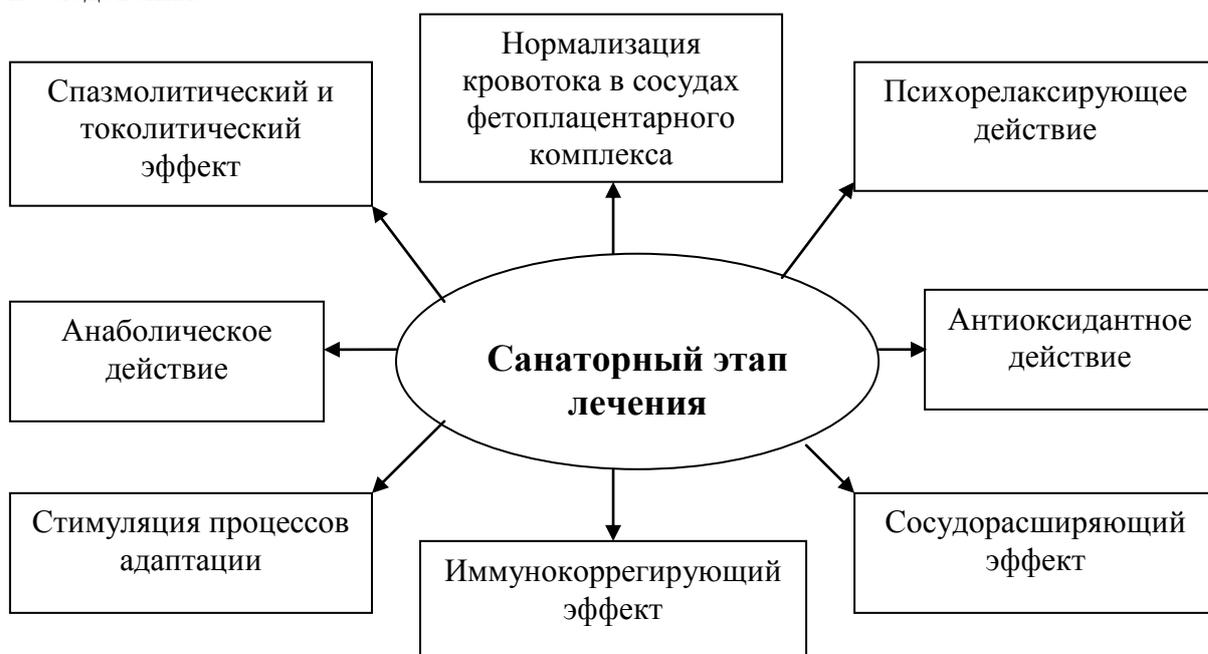


Рисунок 7 - Основные механизмы благоприятного влияния на беременных санаторного этапа лечения.

Полученные нами в ходе исследования значимые эффекты влияния комплексного лечения угрозы прерывания беременности, состоящего из стационарного и санаторного

этапов, на биологическую тетра-систему «мать-плацента-плод-новорожденный» по сравнению со стандартным лечением представлены на рисунке 8.

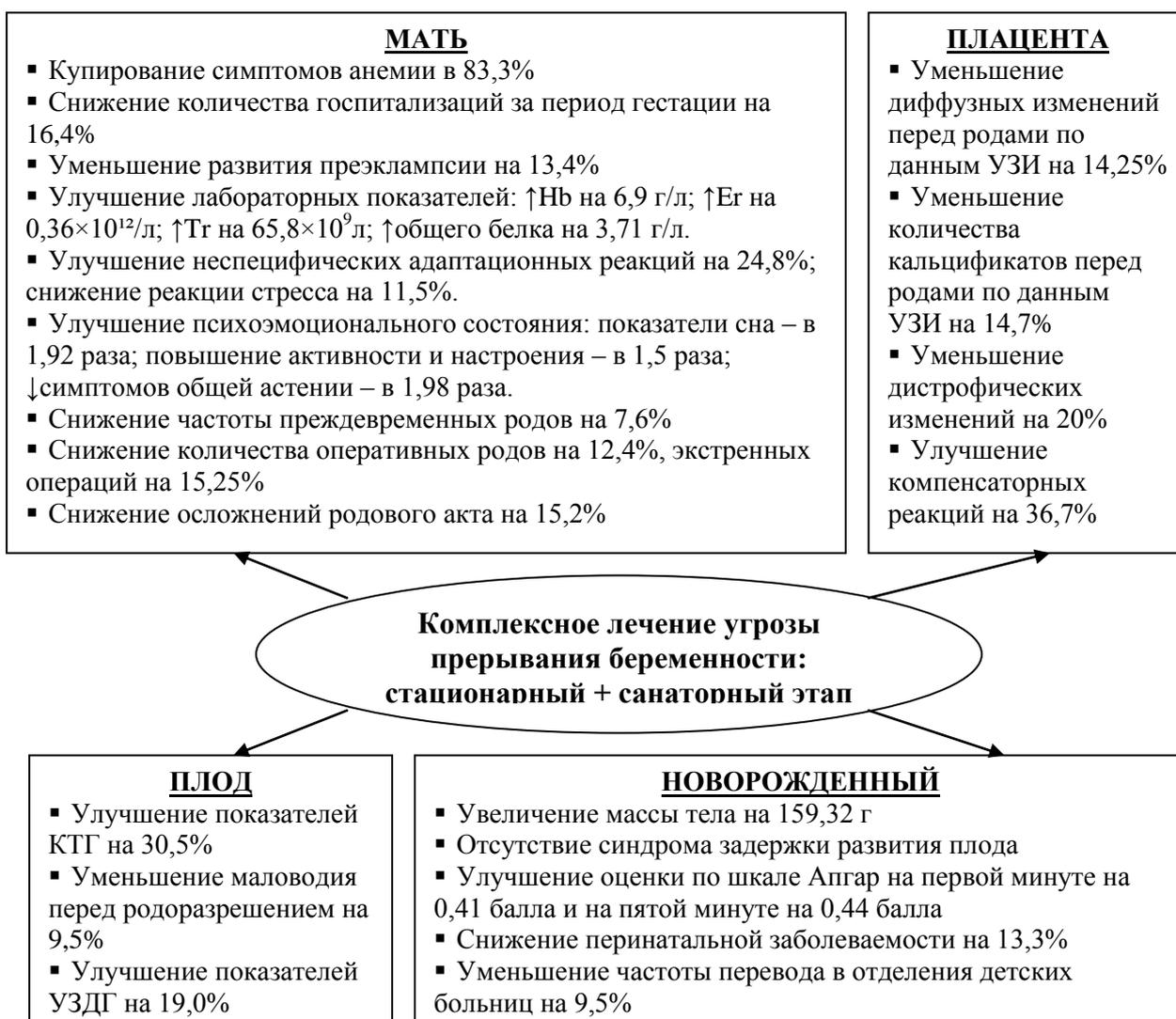


Рисунок 8 - Значимые эффекты влияния комплексного лечения угрозы прерывания беременности на систему «мать-плацента-плод-новорожденный» по сравнению со стандартным лечением.

На основе методов доказательной медицины по параметрам преждевременного родоразрешения, перинатальной заболеваемости и перевода новорожденных в детскую больницу нами подтверждена эффективность комплексного лечения угрозы прерывания беременности. Так, снижение относительного риска от 46,7% до 100% соответствует выраженному клиническому эффекту, так как значимый диапазон составляет от 15 до 100%. Снижение абсолютного риска от 7,6% до 14,0% также подтверждает эффективность комплексного лечения, так как значимый диапазон – 6-44%.

Суммируя результаты проведенного исследования с учетом приказа № 572н от 1 ноября 2012 года «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», нами предложен следующий порядок оказания медицинской помощи беременным с угрозой прерывания гестации (рисунок 9). Представленная схема предусматривает четкую последовательность, преемственность и взаимосвязь между

каждым этапом оказания помощи беременным с угрозой прерывания гестации, что важно учитывать в практической деятельности врачей акушеров-гинекологов женских консультаций, отделений невынашивания беременности, специализированных санаториев.

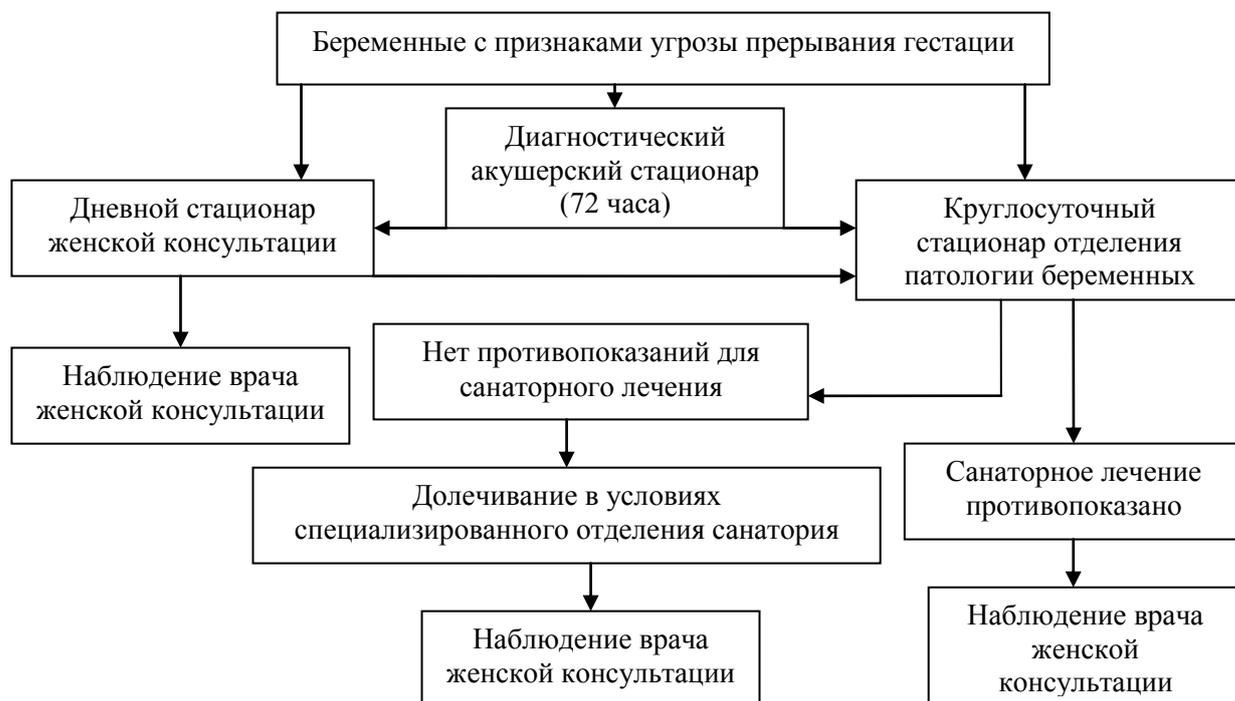


Рисунок 9 - Порядок оказания медицинской помощи беременным с угрозой прерывания гестации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итоги данного исследования

(выводы):

1. Беременные с угрозой прерывания гестации во II триместре характеризуются социальным неблагополучием: беременность вне брака – 18,6% (против 6%), возраст старше 30 лет – 32,4% (против 24%), профессиональные вредности – 98,1% (против 76%), стресс, связанный с обстановкой в семье и на работе, – 56,2% (против 36%); отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (41,4% против 24%), а также высокой частотой соматической (117,1 против 56 на 100 беременных) и гинекологической (95,7 против 54 на 100 беременных) патологии.
2. После проведенного комплексного лечения угрозы прерывания беременности, состоящего из стационарного и санаторного этапов, происходит улучшение лабораторных показателей крови беременных (повышение уровня гемоглобина на 6,9 г/л, количества эритроцитов – на $0,36 \times 10^{12}/л$, тромбоцитов – на $65,8 \times 10^9/л$, уровня общего белка – на 3,71 г/л), купирование симптомов анемии в 83,3%, повышение компенсаторно-защитных механизмов в фетоплацентарном комплексе по сравнению с результатами при медикаментозной терапии в условиях стационара: нормализация показателей КТГ на 30,5%, уменьшение маловодия перед родоразрешением на 9,5% и патологических изменений в плацентах по УЗИ на 20%, улучшение гистологических характеристик

плацент на 71,4%, улучшение показателей маточно-плацентарной гемодинамики по УЗДГ на 19,0% и отсутствие синдрома задержки развития плода в I группе.

3. После прохождения курса санаторной реабилитации происходит повышение неспецифических адаптационных реакций организма беременных на 24,8%, нормализация психоэмоционального состояния (улучшение показателей сна в 1,92 раза, повышение настроения и активности – в 1,5 раза); достоверное снижение симптомов астении (общей - в 2 раза, физической – в 1,5 раза, психической – в 1,65 раза); улучшение показателей неспецифического иммунитета (снижение ЛИИ в 1,7 раза, КФЗ в - 1,3 раза).
4. Комплексное лечение беременных с угрозой прерывания гестации, состоящее из стационарного и санаторного этапа, позволяет улучшить следующие клинические показатели течения беременности по сравнению с медикаментозной терапией: снизить количество госпитализаций за беременность на 16,4%, рецидива угрозы прерывания беременности на 17,2%, развитие преэклампсии на 13,4%, осложнений родового акта на 15,2%, частоты преждевременных родов на 7,6%, количество оперативных родов на 12,4%, экстренных операций на 15,2%.
5. По частоте преждевременных родов, перинатальной заболеваемости и числу новорожденных, переведенных в отделения детской больницы, получены значимые клинические эффекты: повышение относительной пользы – от 8,7% до 14,3%; повышение абсолютной пользы – от 8% до 10%; снижение относительного риска – от 46,7% до 100%, снижение абсолютного риска – от 7,6% до 14,0%.

Практические рекомендации:

1. При формировании групп риска по развитию угрозы прерывания беременности следует учитывать социальные и психологические характеристики беременных, помимо высокой экстрагенитальной, гинекологической патологии и отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза.
2. Беременные с угрозой прерывания гестации во II триместре относятся к группе риска по развитию плацентарной недостаточности, что обуславливает необходимость назначения таким пациенткам соответствующего обследования и при подтверждении диагноза – лечения.
3. Угроза прерывания беременности в сроке до 30 недель после рациональной медикаментозной терапии в условиях стационара в течение не менее 10 дней при отсутствии кровянистых выделений из половых путей (O20.0) и исключении общих противопоказаний для санаторного лечения является показанием для направления беременной на долечивание в местные специализированные санатории.
4. Для получения максимальной эффективности лечения угрозы прерывания беременности, где определяющим звеном является преемственность и последовательность в ведении женщин в период гестации, в практической работе врачей акушеров-гинекологов женских консультаций, отделений патологии беременных, санаториев необходимо использовать разработанный нами алгоритм оказания помощи беременным с данным акушерским осложнением.
5. Для направления беременных женщин на долечивание в санаторий врачам акушерам-гинекологам отделений патологии беременных необходимо придерживаться представленным в работе показаний и противопоказаний для санаторного лечения.

6. В практическом здравоохранении Самарской области рекомендуется продолжить проведение санаторного этапа долечивания беременных непосредственно после стационарного лечения и включить в приказ беременных с угрозой прерывания гестации.

Перспективы дальнейшей разработки темы

В качестве перспектив дальнейшей разработки темы мы предполагаем создание методологии санаторного долечивания беременных с различной акушерской и экстрагенитальной патологией, развитие междисциплинарного взаимодействия, изучение патогенетических механизмов воздействия преформированными факторами на биологическую систему мать-плацента-плод. С целью снижения фармакологической нагрузки на организм беременной и плода, исключения полипрагмазии и ятрогении необходимо расширение немедикаментозного воздействия при различных осложнениях беременности и научное обоснование возможности использования данных методов лечения у женщин в период гестации.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Давыдкин, Н.Ф. Эко-терапия – как основа санаторно-курортного лечения больных [Текст] / Н.Ф. Давыдкин, О.И. Денисова, Е.Г. Тыщенко, Ю.В. Давыдкина // Мат. науч.-практ. конф. по восстановительной медицине, курортологии и физиотерапии, посвящ. 30-летию санатория «Бирюсинка плюс». – Самара, 2007. - С. 53-56.
2. Тыщенко, Е.Г. Питьевой режим беременных женщин [Текст] / Е.Г. Тыщенко, Е.А. Пересыпкина, Ю.В. Давыдкина // Мат. науч.-практ. конф. по восстановительной медицине, курортологии и физиотерапии, посвящ. 30-летию санатория «Бирюсинка плюс». – Самара, 2007. - С. 96-97.
3. Давыдкин, Н.Ф. Проведение антенатальной церебропротекции преформированными факторами [Текст] / Н.Ф. Давыдкин, А.А. Лашкина, О.И. Линева, С.В. Цуркан, Н.В. Лазарева, Ю.В. Давыдкина // Мат. междунар. конгресса «Здравница – 2007». Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии. – М., 2007. – С. 87.
4. Давыдкин, Н.Ф. Социологический и акушерско-гинекологический анализ беременных женщин, поступивших на лечение в санаторий «Поволжье» [Текст] / Н.Ф. Давыдкин, Е.Г. Тыщенко, Ю.В. Давыдкина, О.И. Денисова, Г.П. Украинцева // Сб. науч. трудов, посвящ. 25-летию кафедры акушерства и гинекологии ИПО «Охрана репродуктивного здоровья семьи: медико-организационные технологии XXI века». – Самара, 2008. – С. 103 – 106.
5. **Давыдкин, Н.Ф. Санаторная эко-терапия женщин с осложненной беременностью [Текст] / Н.Ф. Давыдкин, О.И. Денисова, Ю.В. Давыдкина [и др.] // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. Спец. выпуск «XIII конгресс «Экология и здоровье человека». – 2008. – Т. I. - С. 46 – 48.**
6. Линева, О.И. Общая характеристика беременных женщин и методов их санаторного лечения [Текст] / О.И. Линева, Ю.В. Давыдкина, Е.Г. Тыщенко, О.И. Денисова, Г.П. Украинцева // Мат. V междунар. конгресса «Восстановительная медицина и реабилитация 2008». – М., 2008. - С. 104 – 105.
7. Линева, О.И. Исходы беременности у женщин, проходивших лечение в санатории «Поволжье» [Текст] / О.И. Линева, Ю.В. Давыдкина, О.И. Денисова, Г.П. Украинцева, Е.Г. Тыщенко // Межрегион. науч.-практ. конф. по вопросам восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии, посвящ. 175-летию ФГУ «Санаторий «Сергиевские минеральные воды». - Серноводск, 2008. – С. 31 – 33.

8. Денисова, О.И. Особенности санаторного лечения беременных женщин с фетоплацентарной недостаточностью [Текст] / О.И. Денисова, Н.Ф. Давыдкин, Ю.В. Давыдкина, Г.П. Украинцева // Мат. науч.-практич. конф., посвящ. 10-летию санатория «Надежда» ОАО «Тольяттиазот». -Тольятти, 2009. – С. 53 – 56.
9. Давыдкин, Н.Ф. Методики физиотерапии на этапах лечения беременных женщин группы риска [Текст] / Н.Ф. Давыдкин, О.И. Линева, Ю.А. Артюх, О.В. Бренерова, О.И. Денисова, Ю.В. Давыдкина // Нелекарственная медицина. – 2010. - №1. - С. 18 – 21.
10. Давыдкин, Н.Ф. Наш вклад в исследование лечебных свойств природных физических факторов Среднего Поволжья [Текст] / Н.Ф. Давыдкин, М.И. Хмара, И.У. Меркулова, А.А. Савельев, Е.А. Пересыпкина, Х.Х. Денисова, О.И. Денисова, Ж.В. Осокина, Ю.В. Давыдкина, Е.Г. Тыщенко // Актуальные вопросы медицинской реабилитации, восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии. - Самара, 2010. – С. 85-88.
11. Давыдкин, Н.Ф. Природные лечебные факторы среднего Поволжья [Текст] / Н.Ф. Давыдкин, М.И. Хмара, И.У. Меркулова, А.А. Савельев, Е.А. Пересыпкина, Х.Х. Денисова, О.И. Денисова, Ж.В. Осокина, Ю.В. Давыдкина, Е.Г. Тыщенко // Сб. трудов XVII межрегион. науч.-практич. конф. памяти академика Н.Н. Бурденко «Актуальные проблемы современного практического здравоохранения». - Пенза, 2010. – С. 97 – 98.
12. Линева, О.И. Развитие детей первого года жизни, родившихся от матерей, проходивших во время беременности лечение в санатории «Поволжье» [Текст] / О.И. Линева, Ю.В. Давыдкина // Сб. статей, посвящ. 70-летию основания акушерско-гинекологического отделения ММУ ГП №9 «Амбулаторно-поликлиническая помощь – платформа женского здоровья». - Самара, 2010. – С. 43 – 44.
13. **Давыдкин, Н.Ф. Предикторы риска формирования внутриутробной гипоксии плода как основной причины церебральной ишемии у детей первых месяцев жизни [Текст] / Н.Ф. Давыдкин, О.И. Денисова, Ю.В. Давыдкина // **Фундаментальные исследования. – 2011. - № 10 (3). - С. 488 – 491.****
14. Давыдкина, Ю.В. Санаторный этап лечения невынашивания беременности [Текст] / Ю.В. Давыдкина // Мат. Всерос. конф. с междунар. участием «Молодые ученые – медицине». - Самара, 2011. – С. 138 – 141.
15. Давыдкина, Ю.В. Преемственность в лечении беременных с угрозой невынашивания [Текст] / Ю.В. Давыдкина // Мат. Всерос. Конгресса с междунар. участием «Амбулаторно-поликлиническая практика – в эпицентре женского здоровья». – М., 2012. – С. 26 – 28.
16. Давыдкина, Ю.В. Влияние санаторного лечения на психоэмоциональное состояние беременных с угрозой невынашивания [Текст] / Ю.В. Давыдкина, И.С. Кияшко // Мат. XIII Всерос. науч. форума «Мать и дитя». – М., 2012. -С. 38 – 39.
17. Давыдкина, Ю.В. Изменения в психоэмоциональном статусе беременных с угрозой невынашивания после санаторного лечения [Текст] / Ю.В. Давыдкина // Мат. Всерос. конф. с междунар. участием «Молодые ученые – медицине». - Самара, 2012. - С. 95-97.
18. **Денисова, О.И. Антенатальная церебропротекция физическими факторами при санаторном лечении беременных женщин с хронической плацентарной недостаточностью [Текст] / О.И. Денисова, Н.Ф. Давыдкин, Ю.В. Давыдкина // **Вестник новых медицинских технологий. - Тула, 2012. - Т. XIX, №2. – С. 35 – 37.****
19. Давыдкина, Ю.В. Эффективность санаторной экотерапии у беременных женщин группы высокого риска [Текст] / Ю.В. Давыдкина, Л.Д. Соловова, Г.Н. Кривошеева [и др.] // Мат.

- VI Рос. науч.-практич. конф. с междунар. участием «Высшее сестринское образование в системе российского здравоохранения». - Ульяновск, 2012. – С. 86-87.
20. Давыдкина, Ю.В. Влияния санаторного лечения на адаптационные возможности беременных женщин с угрозой невынашивания / Ю.В. Давыдкина, О.И. Линева, Л.Д. Соловова, Н.Г. Денисова [и др.]// Сб. науч. трудов, посвящ. 30-летию образования каф. акушерства и гинекологии ИПО СамГМУ «Междисциплинарный подход к сохранению репродуктивного здоровья». - Самара, 2013. – С. 60-63.
 21. Давыдкина, Ю.В. Эффективность санаторного этапа лечения при угрозе прерывания беременности [Текст] / Ю.В. Давыдкина // Мат. Всерос. конф. с междунар. участием «Молодые ученые – медицине». - Самара, 2013. - С. 113-116.
 22. Линева, О.И. Роль дидрогестерона в купировании клиники угрозы невынашивания беременности [Текст] / О.И. Линева, Л.Д. Соловова, С.А. Нестеренко, Ю.В. Давыдкина // Сб. науч. трудов, посвящ. 40-летию образования каф. акушерства и гинекологии №2 СамГМУ «Инновационные технологии в акушерстве и гинекологии: междисциплинарное взаимодействие в сохранении репродуктивного здоровья». - Самара, 2014. – С. 43-51.
 23. Давыдкина, Ю.В. **Комплексный подход к лечению угрозы невынашивания [Текст] / Ю.В. Давыдкина // Аспирантский вестник Поволжья. – 2014. - № 1-2. – С. 92-95.**
 24. Линева, О.И. Применение методов физиотерапии – оптимальный вариант борьбы с полипрагмазией в акушерской практике [Текст] / О.И. Линева, Ю.В. Давыдкина, С.В. Михальченко, Ю.А. Артюх, О.В. Буханова // Мат. XV Всерос. науч. форума «Мать и Дитя». – М., 2014. - С. 103-104.

ПАТЕНТЫ И РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ:

1. Патент на изобретение «Способ лечения беременных женщин с фетоплацентарной недостаточностью» № 2397748 от 11.01.2009г, зарег. 27.08.2010г. (Заявители и патентообладатели: Н.Ф.Давыдкин, О.И.Денисова, Ю.А.Кныш, Е.Г.Тыщенко, Г.П.Украинцева, Ю.В.Давыдкина).
2. Рационализаторское предложение «Способ лечения беременных групп риска с использованием Детензор-терапии» № 52 от 12.11.2009г, опубл. 18.11.2009.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АНО – аллергическая настроенность организма
 ИНИР – индекс неспецифической иммунологической резистентности
 КТГ – кардиотокография
 КФЗ – клеточно-фагоцитарная защита
 ЛИИ – лейкоцитарный индекс интоксикации
 НАРО – неспецифические адаптационные реакции организма
 ОАА – отягощенный акушерский анамнез
 СИЛМП – специфический иммунный лимфоцитарно-моноцитарный потенциал
 УЗИ – ультразвуковое исследование
 УЗДГ – ультразвуковая доплерография
 ХПН – хроническая плацентарная недостаточность
 ЭКГ – электрокардиограмма
 ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение

Давыдкина Юлия Владиславовна

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ
ГРУППЫ РИСКА ПО НЕВЫНАШИВАНИЮ
В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ**

14.01.01 – Акушерство и гинекология

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**