

ЛИТЕРАТУРА

1. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии / А.В. Балахонов [и др.] // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2009. — Вып. 3, сер. 11. — С. 57–71.
2. Distressed doctors: a hospital-based support program for poorly performing and «at-risk» junior medical staff / A. J. Dwyer [et al.] // Medical Journal of Australia. — 2011. — Т. 194, № 9. — С. 466–469.
3. Health and wellbeing of doctors and medical students / Australian Medical Association Limited ABN AMA Position Statement [Электронный ресурс]. — 2013. — Режим доступа: <https://ama.com.au/position-statement/health-and-wellbeing-doctors-and-medical-students-2011>. — Дата доступа: 06.10.2014.
4. Iversen, A. How to handle stress and look after your mental health / A. Iversen, B. Rushforth, K. Forrest // British Medical Journal. — 2009. — Т. 338. — С. 1139–1142.
5. Lindo, J.L.M. Health status and health maintenance practices among doctors and nurses at two hospitals in Jamaica / J.L.M. Lindo [et al.] // West Indian Med. J. — 2009. — Т. 58, № 6. — С. 539–545.
6. Sansone, R. A. Physician Suicide / R. A. Sansone, L. A. Sansone // Psychiatry (Edgmont). — 2009. — № 6(1). — С. 18–22.

УДК 618.39-07-08-084

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ, ВЕДЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКУ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Крот И. Ф., Захаренкова Т. Н., Эйныш Е. А.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Преждевременными называют роды, наступившие на сроке беременности 22–37 недель с массой плода более 500 грамм. Недонашивание беременности является актуальной акушерской патологией, частота которой, несмотря на все проводимые профилактические и лечебные мероприятия, остается стабильной и составляет около 4 % в структуре родов в Республике Беларусь. Подходы к диагностике и лечению данной патологии в последние годы претерпевают значительные изменения. В статье мы приводим современные тенденции в практике диагностики и ведения преждевременных родов, основанные на данных доказательной медицины.

Цель

Выявить современные тенденции ведения преждевременных родов с позиции доказательной медицины.

Материалы и методы исследования

Проведена систематизация основных позиций диагностики, ведения и профилактики преждевременных родов по данным научных статей за последние 10 лет с оценкой качества научных доказательств (таблица 1).

Таблица 1 — Качество научных доказательств и надежность клинических рекомендаций

| Градация достоверности рекомендаций | Уровень убедительности доказательств | Вид исследования |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| A | 1 a | Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований (испытаний) |
| | 1 b | Отдельное рандомизированное контролируемое исследование |
| B | 2 a | Систематический обзор когортных исследований |
| | 2 b | Отдельное когортное исследование |
| | 3 a | Систематический обзор исследований «случай – контроль» |
| | 3 b | Отдельное исследование «случай – контроль» |
| C | 4 | Исследование серии случаев |
| D | 5 | Мнение эксперта, не подвергавшееся прицельной критической оценке либо основанное на физиологии, результатах пробного исследования или на «основных принципах» |

Результаты исследования и их обсуждение

Преодоление проблемы преждевременных родов должно начинаться в прегравидарном периоде. На этом этапе у женщин с невынашиванием беременности в анамнезе является эффективным ограничение повторных внутриматочных манипуляций (выскабливания полости матки) (уровень доказательности С-4), информирование пациентов о повышенном риске преждевременных родов после применения вспомогательных репродуктивных технологий и, следовательно, ограничение количества переносимых эмбрионов (уровень доказательности В-3а). Неэффективным, по данным рандомизированных исследований, оказалось применение поливитаминов до зачатия и на протяжении первых 2-х месяцев беременности (уровень доказательности А-1b) [1, 2].

С целью вторичной профилактики у женщин высокого риска эффективными являются отказ от курения (уровень доказательности А-1а), назначение вагинальных форм микронизированного прогестерона у беременных с короткой шейкой матки или преждевременными родами в анамнезе (уровень доказательности А-1b) [3].

Наложение швов на шейку матки при ее длине менее 15 мм и дополнительном интравагинальном введении прогестерона достоверно снижает частоту преждевременных родов (уровень доказательности А-1b). В ряде случаев альтернативой шву на шейку матки может явиться установка разгружающего акушерского пессария. В Республике Беларусь в настоящее время проходят клинические испытания новые пессарии из гибкого силикона, произведенные фирмой «Симург». Они имеют форму чаши и отличаются по внешнему диаметру и по высоте искривления. Разные размеры позволяют подобрать пессарий индивидуально. Зарубежные исследования (степень доказательности В) с аналогичными пессариями Dr. Arabin показали эффективность их использования у пациенток с длиной шейки матки менее 25 мм (ОШ по риску преждевременных родов составило 0,18; $p < 0,0001$).

Многоцентровые рандомизированные исследования доказывают эффективность применения производных прогестерона в группе высокого риска преждевременных родов (снижение повторных преждевременных родов на 35 %, уровень доказательности А-1а) [4].

Одной из наиболее важных причин наступления преждевременных родов является инфекционный процесс. Доказал свою эффективность в плане профилактики преждевременных родов скрининг и лечение бессимптомной бактериурии при наличии бактерий в посевах мочи более 10^5 КОЕ (уровень доказательности А-1а), скрининг и лечение сифилиса и гонококковой инфекции (уровень доказательности В-2а), бактериального вагиноза и хламидийной инфекции.

С целью прогнозирования начала наступления преждевременных родов в настоящее время рекомендовано использовать определение длины шейки матки с помощью УЗИ (при длине шейки матки 25 мм и менее риск преждевременных родов в 6 раз выше популяционного) и определение маркера преждевременных родов фетального фибронектина в шейечно-влагалищном секрете на сроке беременности до 35 недель. Этот тест имеет высокую прогностическую значимость при отрицательном результате (вероятность родов в течение 1 недели после теста составляет 1 %).

При высоком риске преждевременных родов доказана эффективность применения антенатальной кортикостероидной терапии с целью снижения риска развития респираторного дистресс-синдрома (РДС), внутрижелудочковых кровоизлияний и неонатальной смерти недоношенных новорожденных при сроке беременности 24–34 недели (уровень доказательности А-1а).

Наибольшие изменения в последние годы претерпели представления о токолитической терапии при преждевременных родах. Основной целью токолиза по современным представлениям является подготовка плода к преждевременным родам (профилактика

РДС плода) и транспортировка беременной в перинатальный центр того уровня, где могут оказать помощь новорожденному. С целью токолиза эффективно использовать селективные β_2 -адреномиметики (гексопреналин, фенотерол), однако поддерживающая пероральная терапия доказала свою неэффективность (уровень доказательности А–1а) и имеет целый ряд побочных эффектов [5]. Принципиально новым классом токолитической терапии является пока не используемый в Республике Беларусь антагонист окситоциновых рецепторов атозибан (Трактоцил). Препарат является препаратом первой линии в Европейских странах, в 2012 г. зарегистрирован в качестве токолитика в Российской Федерации. Опыта применения данного препарата у нас, к сожалению, нет. С целью токолиза также успешно используются блокаторы кальциевых каналов, наиболее эффективным из них является нифедипин (уровень доказательности А–1а). Однако поддерживающая терапия, также как у гинипрала, оказалась неэффективной (уровень доказательности А–1а). Эффективность использования сульфата магния в качестве токолитика не доказана, однако в связи с его нейропротективным эффектом и снижением частоты церебрального паралича у недоношенных новорожденных он может быть использован в комплексном лечении угрожающих преждевременных родов.

При развившейся родовой деятельности спорным и сложным является выбор метода родоразрешения, который зависит от состояния матери и плода, срока беременности, предлежания, состояния родовых путей, наличия возможностей для выхаживания недоношенного новорожденного в стационаре. Убедительных данных в пользу кесарева сечения в плане более благоприятного течения неонатального периода при преждевременных родах нет (уровень доказательности В–2а). В последние годы на всероссийском научном форуме «Мать и дитя» постоянной является секция по преждевременным родам. Ведущие российские и европейские акушеры докладывают о результатах своей работы и новых технологиях родоразрешения. Одной из таких технологий является извлечение недоношенного новорожденного во время операции кесарева сечения в целом плодном пузыре. Из-за амортизирующего действия околоплодных вод максимально снижается возможность травматизации головки, и, следовательно, снижается риск развития внутрижелудочковых кровоизлияний в неонатальном периоде. На клинической базе кафедры в ГКБ №3 данный метод внедрен. В 4 случаях произведено успешное извлечение плода на сроках 27–34 недели беременности. У всех извлеченных таким образом детей в раннем неонатальном периоде внутрижелудочковых кровоизлияний зафиксировано не было.

Дородовое излитие околоплодных вод является еще одним краеугольным камнем современного акушерства. Еще около 10 лет назад вопрос о продолжении такой беременности не ставился, показано было родоразрешение. Сейчас накопился достаточный опыт, позволяющий проводить выжидательную тактику на сроке беременности 24–34 недели при отсутствии хориоамнионита (уровень доказательности В–3а). Диагностика преждевременного излития околоплодных вод должна осуществляться на основании определения плацентарного α -микроглобулина-1 во влажной среде отделяемого (тест AmniSure). Проведенные разными авторами исследования доказывают, что при сроке до 34 недель беременности и при отсутствии противопоказаний для пролонгирования беременности выжидательная тактика целесообразна (уровень доказательности В–3а), токолитики показаны только на период не более 48 ч. для перевода в перинатальный центр и проведения курса кортикостероидов (уровень доказательности В–2а), проведение амниоинфузии для профилактики легочной гипоплазии неэффективно, хориоамнионит — абсолютное показание для родоразрешения и не является противопоказанием для кесарева сечения, при отсутствии родовой деятельности методом выбора родоразрешения является кесарево сечение. На клинических базах кафедры накоплен опыт пролонгирования беременности при излитии околоплодных вод на сроках беременно-

сти 27–34 недели. Максимальный срок пролонгирования беременности составил 25 суток. Грамотный, взвешенный, консилиарный подход позволяет улучшить перинатальные исходы при таких беременностях.

Вывод

Накопленный мировой опыт диагностики, ведения и профилактики преждевременных родов, обобщенный в рандомизированных исследованиях и систематических обзорах, позволяет врачу в своей работе использовать данные доказательной медицины, совмещая их с собственным клиническим опытом. Данные доказательной медицины не являются основополагающими для принятия решения врачом, однако позволяют задуматься и переосмыслить некоторые устойчивые и не всегда научно обоснованные подходы к диагностике, лечению и профилактике заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 105–133.
2. Кокрановское руководство: беременность и роды / Д. Ю. Хофмейр [и др.]; под общ. ред. Г. Т. Сухих. — М.: Логосфера, 2010. — С. 149–183.
3. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy / J. Lumley [et al.] // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2004. — Issue 4. — CD 001055.
4. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and meta-analysis of individual patient data / R. Romero [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2012. — Vol. 206. — P. 124. e1–124 e19.
5. *Dodd, J. M.* Oral betamimetics for maintenance therapy after threatened preterm labour / J. M. Dodd, M. R. Crowther Dare, P. Middleton // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2006. — Issue 1. Art. No.: CD 003927. DOI: 10.1002/14651858.

УДК 612.822.8:796.8

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗЕРВЫ ОРГАНИЗМА СПОРТСМЕНОВ-БОРЦОВ В ПРЕДСОРЕВНОВАТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Кругленя В. А., Бутько Л. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение здравоохранения

«Гомельский областной диспансер спортивной медицины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Для достижения высоких результатов в соревновательный период спортсменам необходимо поддерживать функциональное состояние организма на предельно высоком уровне. Поэтому наиболее важным тренировочным циклом является предсоревновательный период, когда выполняемые нагрузки постепенно возрастают, достигая наибольшей величины незадолго до его окончания. При подготовке борцов особое значение имеет развитие выносливости и умения рационально расходовать энергию, необходимую для восстановления работоспособности во время схватки и соревнований в целом. Контроль за функциональным состоянием и резервами организма позволит наиболее эффективно спланировать тренировочный процесс, учитывая возможности спортсмена в определенный отрезок времени и специфику воздействия на его организм отдельных комплексов упражнений. Это также даст возможность определить особенности адаптации организма к тренировочным и соревновательным нагрузкам [1].

Процесс адаптации и система реактивности организма являются основой развития дискретных состояний многоуровневой регуляции гомеостаза. Некоторые из механизмов адаптации возникают за счет напряжения нервно-гуморальной, сердечно-сосудистой систем организма и уровня метаболизма. При этом одни системы увеличивают свою деятельность, обеспечивая выполнение мышечной нагрузки, а другие — за-