

чительно ограничивает жизненную активность, целесообразно предложение согласиться с утратой репродуктивной функции, так как единственным методом лечения в этих случаях является экстирпация матки с придатками. Эту же операцию можно предложить отдельным женщинам в предклимактерическом возрасте, однако, следует иметь в виду, что боли у них могут исчезнуть спонтанно после наступления менопаузы.

6. Для лечения бесплодия неплохие результаты дают индукция овуляции и внутриматочная инсеминация, поэтому эти методы рекомендуются после 3-6 мес выжидательной тактики. При отсутствии эффекта показано применение оплодотворения *in vitro*.

7. На современном этапе принято считать, что ни один из методов лечения Э не является универсальным для ликвидации всех симптомов этого заболевания. Поэтому в каждом конкретном случае необходимо выбирать индивидуальную целенаправленную стратегию и тактику. Не существует алгоритма, дающего возможность выбрать наиболее целесообразный из множества методов лечения. Выбор лечебной тактики остается эмпирическим и базируется на клиническом опыте врача.

Эндометриоз - загадочное заболевание, которое бросает вызов клиницистам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баскаков В.И. Эндометриозы. -Л., 1966.
2. Баскаков П.П. Клиника и лечение эндометриоза. - Л., 1979 - М., 1990.
3. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. - М., 1990.
4. Вишневская Е.Е. Справочник по онкогинекологии. - Минск, 1994.
5. Железнов Б.И., Стрижаков Н.И. Генитальный эндометриоз. - М., 1985.
6. Колосов А.Е. Эндометриоз, эндометриоидные кисты и эндометриоидный рак яичников. - Л., 1985
7. Майоров М.В. Диагностика и лечение альгодисменореи. //Фельдшер и акушерка.-1979. -№2. -С.31-64.
8. Майоров М.В. Альгодисменорея - лечение необходимо //Медицина и... -1998.-№ 2.-С.27-29.
9. Потапова Л.В. Дифференцированные подходы к терапии больных с эндометриозом. //Провизор. - 1998.-№ 6.-С.45.
10. Шамбах Ш. Гормонотерапия. /Пер.с нем. - М., 1988.
11. Шинкарева Л.Ф. Генитальный эндометриоз. - Горький, 1980.
12. Hammond С.В., Rock J.A., Parker R.T. Conservative treatment of endometriosis: the effects of limited surgery in hormonal pseudopregnancy. // Fertil and Steril. -1976.-Vol. 27.-P. 756-766.
13. Peter Y. Lu, Steven J. Dry. Endometriosis: Current Management. // Mago Proc. -1995. -P.453-403.

УДК:618.214:36.616.15

УРОВЕНЬ ПЛАЦЕНТАРНЫХ БЕЛКОВ У БЕРЕМЕННЫХ КАК ФАКТОР РИСКА РОЖЕНИЯ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Рыбка И.Д., Кобец Т.В., Акмодаев Д.С.

Крымский медицинский университет
им. С.И. Георгиевского, кафедра
госпитальной педиатрии, г. Симферополь
Клиническое объединение "Центр охраны
материнства и детства", г. Симферополь

Здоровье матери является важным социально-биологическим фактором, под воздействием которого формируется здоровье плода и ребенка. Многочисленные клинические и экспериментальные исследования показали, что при тяжелых заболеваниях матери и осложненной беременности в первую очередь нарушаются условия питания и газообмена плода, обусловленные нару-

шениями маточно-плацентарного кровообращения и патологическими изменениями в плаценте. Такие нарушения могут явиться причиной развития различного рода патологических состояний у плода и новорожденного [1, 2]. В последнее время выделено около 40 соединений белковой структуры, синтез которых связан с беременностью или осуществляется преимуще-

ственно во время беременности. В ряде работ отмечена высокая диагностическая ценность трех специфических протеинов: плацентарного **a**-1-микроглобулина (ПАМГ-1, PP12), **a**-2-микроглобулина фертильности (АМГФ, PP14), трофобластического **a**-глобулина (ТБГ, SP1) как показателей состояния фетоплацентарной системы.

Выявление связи между уровнем этих белков и массой тела при рождении ребенка позволяет прогнозировать отклонения в состоянии здоровья новорожденного до момента его рождения, что является чрезвычайно актуальным для акушеров, гинекологов и педиатров.

Материалы и методы

Для решения поставленной задачи нами были обследованы 238 женщин в третьем триместре беременности и их новорожденные по специально разработанной программе, которая содержала клинические, анамнестические данные и массу тела при рождении. Все обследованные новорожденные были распределены на три группы: в 1-ю вошли практически здоровые новорожденные с оценкой по шкале Апгар; 2-ю составили больные новорожденные, 3-ю - новорожденные, попавшие в отделение патологии новорожденных и палату интенсивной терапии.

У всех беременных изучали уровень плацентарных белков, которые являются маркерами функции как материнской (PP12, PP14), так и плодовой (SP1) частей плаценты [2].

Результаты и их обсуждение

Анализ связи между уровнем плацентарных белков в сыворотке крови беременных и состоянием здоровья новорожденных позволит выявить следующие закономерности. У 78,5% женщин с концентрацией белка ПАМГ-1 до 35 нг/мл родились здоровые дети (1-я группа) ($p < 0,001$). Лишь один ребенок (1,5%, $p < 0,02$) попал в третью группу с острой асфиксией, которая могла развиваться во время ведения родов. 20% новорожденных вошли во вторую группу. При высоком содержании ПАМГ-1 в сыворотке крови женщины чаще рождались дети, вошедшие в состав 2-й группы (61,4%) и 3-й группы (1,8%) здоровья. У данного контингента чаще встречались внутриутробная гипоксия и внутриутробная гипотрофия ($p < 0,02$, $p < 0,01$ соответственно).

При нормальной концентрации белка АМГФ в сыворотке крови (110–150 нг/мл) у женщин чаще рождались здоровые дети (1-я группа здо-

ровья 84,2%, $p < 0,05$).

При концентрации белка выше физиологической нормы беременность чаще завершалась рождением детей 2-й группы здоровья (68%, $p < 0,05$), и только 32% детей вошли в 1-ю группу. У 14 детей при рождении имелись признаки внутриутробной гипоксии и (или) внутриутробной гипотрофии, что могло явиться проявлением плацентарной недостаточности.

При концентрации у беременных АМГФ ниже нормы, дети достоверно не отличались по состоянию здоровья от группы детей, родившихся от матерей с нормальными показателями АМГФ.

У 83,3% женщин с нормальным содержанием ТБГ в сыворотке крови (150-350 нг/мл) во время беременности родились здоровые дети (1-я группа) ($p < 0,02$). 16,7% новорожденных вошли во 2-ю группу здоровья. При концентрации ТБГ ниже физиологической нормы у матерей чаще рождались дети 2-й группы здоровья (60%, $p < 0,01$), причем, чем ниже был уровень ТБГ в крови беременной, тем чаще рождались дети с признаками внутриутробной гипотрофии и внутриутробной гипоксии плода.

Поскольку одним из главных показателей состояния здоровья ребенка является его масса тела, мы проанализировали связь между уровнем плацентарных белков у беременной и массой тела новорожденного.

Как видно из табл. 1, наиболее часто рождаются дети с низкой массой тела у женщин, во время беременности которых уровень ПАМГ-1 был выше 35 нг/мл, а при уровне до 35 нг/мл достоверно чаще рождались дети со средними массо-ростовыми показателями.

Как видно из табл. 2, наиболее часто дети с низкой массой тела рождаются при уровне АМГФ более 150 нг/мл у женщин во время беременности, а со средней массой тела при уровне АМГФ 110- 50 нг/мл.

По данным табл. 3 дети с низкой массой тела чаще рождаются при уровне ТБГ менее 150 нг/мл у женщин во время беременности, а со средней массой – при уровне ТБГ 150-350 нг/мл.

Выводы

Таким образом, выявлена связь между уровнем плацентарных белков в сыворотке крови матери и состоянием здоровья новорожденного и массой его тела при рождении.

У женщин с физиологическим уровнем в сыворотке крови ПАМГ-1, АМГФ и ТБГ не вы-

Таблица 1. Масса тела детей при рождении в зависимости от уровня плацентарного а-1-микροглобулина в сыворотке крови их матерей во время беременности.

Группа	Уровень ПАМГ нг/мл	дети с массой тела при рождении							
		до 2900г		3000 - 2900г		4000 и более		Всего	
		п	%	п	%	п	%	п	%
I	0-40	7	10,3 P	44	67,70 P	17	25,00	68	100
II	> 40	21	61,80	7	20,30	6	17,60	34	100

Примечание: $P < 0,05$ - 0,001 - достоверность между 1-й и 2-й группами.

Таблица 2. Масса тела детей при рождении в зависимости от уровня а-2-микροглобулина фертильности в сыворотке крови их матерей во время беременности.

Группа	Уровень АМГФ нг/мл	дети с массой тела при рождении							
		до 2900г		3000 - 2900г		4000 и более		Всего	
		п	%	п	%	п	%	п	%
I	<110	11	50,00 P	7	31,80 P1	4	18,20	22	100
II	110-150	2	6,90 P2	17	58,60	10	34,50	29	100
III	>150	6	28,60	9	42,80	6	28,6	21	100

Примечание: $P < 0,05$ - 0,001 - достоверность между 1-й и 2-й группами

$P < 0,05$ - 0,001 - достоверность между 2-й и 3-й группами

Таблица 3. Масса тела детей при рождении в зависимости от уровня трофобластического а-глобулина в сыворотке крови их матерей во время беременности.

Группа	Уровень ТБГ Нг/мл	дети с массой тела при рождении							
		до 2900 г		3000-4000 г		4000 и более		Всего	
		п	%	п	%	п	%	п	%
I	< 150	16	0,00 P1	13	2,50 P1	4	18,20	22	100
II	150 - 350	1	4,8	13	61,90	10	34,5	29	100
III	> 350	-	-	2	66,70	6	28,6	31	100

Примечание: $P < 0,05$ - 0,001 - достоверность между 1-й и 2-й группами

являлось нарушений маточно-плацентарного кровообращения, что привело к рождению здоровых детей со средними показателями. Повышение уровня ПАМГ-1, АМГФ и снижение ТБГ свидетельствовало о нарушениях в маточно-плацентарном кровообращении и сопровождалось рождением детей с низкой массой тела, а также с признаками внутриутробной гипок-

сии и гипотрофии. У женщин со средним уровнем плацентарных белков чаще рождались здоровые дети.

Факторами риска рождения детей с признаками внутриутробной гипоксии и гипотрофии является снижение в сыворотке крови беременной уровня SP1 (маркера плодовой части) и повышение в 1,5–3,7 раза pp 12 9 маркера материнской части плаценты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кудряшов А.В. Перинатальная охрана плода и новорожденного при не вынашивании беременности. - М., 1989. - С. 20-25.
2. Пососеева Л.В. "Новые плацентарные" белки в оценке нормальной и нарушенной репродукции человека: Дис...док. мед. наук - М. - 1991.
3. Кобец Т.В., Ботвиньев О.К., Гуляев Г.К. Взаимосвязь физического развития и гомеостатических возможностей новорожденных // Педиатрия. - 1990. - №3. - С.107-108.