

БЕЛОКРИНИЦКАЯ ТАТЬЯНА ЕВГЕНЬЕВНА



Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов ГОУ ВПО ЧГМА доктор медицинских наук, профессор, Отличник Здравоохранения РФ, врач высшей категории, автор около 300 научных публикаций, 4 монографий, 5 изобретений, более 20 пособий и руководств для практических врачей, студентов и клинических ординаторов. Под её руководством выполнено и защищено 1 докторская и 10 кандидатских диссертаций. Регулярно представляет Читинских ученых и врачей, выступая с докладами на Международных Конгрессах, Российских и межрегиональных научно-практических конференциях.

УДК 618.2/.7:618.1

Белокриницкая Т.Е.

НАУЧНЫЕ ПРИОРИТЕТЫ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ ЗАБАЙКАЛЬЯ

Охрана здоровья семьи, в том числе, репродуктивного, объявлена руководством страны важнейшей государственной задачей и является одной из приоритетных составляющих Национального проекта "Здоровье". Концепция демографической политики до 2015 года, которую утвердил Президент Российской Федерации, является перспективным планом решения проблем воспроизводства населения. Руководство страны считает, что 2008 год - Год семьи - станет основой для подготовки долгосрочной политики государства в этой сфере.

Важнейшим аспектом в демографической политике любого государства является охрана репродуктивного здоровья, которое, по определению ВОЗ, является состоянием полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствием болезней или недугов во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов.

К началу третьего тысячелетия в России сложились устойчивые медико-демографические тенденции, которые включают снижение показателей рождаемости, значительное ухудшение состояния репродуктивного здоровья, как женщин, так и мужчин, здоровья детей и подростков, рост пролиферативных и инфекционных заболеваний органов репродуктивной системы. Особенно пристального внимания заслуживают здоровье молодежи, являющейся основой репродуктивного потенциала любой нации, рост числа онкологических заболеваний у fertильных женщин. Анализ причин неудовлетворительных характеристик

российских медико-демографических показателей выявил, что низкие уровни рождаемости и воспроизводства населения связаны не только с социальными факторами, но и низкими репродуктивными возможностями современных женщин и мужчин.

С другой стороны, здоровье беременной женщины, внутриутробного плода и новорожденного является своего рода интегральным показателем, который, во-первых, характеризует уровень социально-экономического развития общества, медицинской науки и практики; во-вторых, отражает состояние репродуктивного здоровья настоящего поколения; в-третьих, позволяет составить прогноз и перспективы формирования репродуктивного здоровья нации в целом.

Рост числа заболеваний репродуктивной системы и соматической патологии во многом определяет увеличение количества осложнений во время беременности и родов. В результате этого у 70% женщин России беременность протекает с осложнениями, а удельный вес нормальных родов составил в 2007 г. 36,7%, что закономерно повлекло за собой ухудшение состояния здоровья новорожденных. Каждый 2-й младенец (588,4 на 1000 родившихся живыми с массой тела более 1000 г) имеет отклонения в состоянии здоровья, отмечается высокая частота рождения недоношенных и незрелых детей. Несмотря на определенные успехи, в стране в целом еще сохраняется высокий уровень перинатальной (9,07%) и младенческой смертности (9,4%). В структуре мертворождений антенатальная гибель плодов состав-

ляет 81,1%, что также определяется низким индексом здоровья беременных [29].

Медико-демографическая ситуация, сложившаяся в России, определяет актуальность и значимость проблемы охраны репродуктивного здоровья и приоритетные направления наших научных исследований.

Более полувека предметами научной и организационно-методической деятельности кафедры акушерства и гинекологии являются проблемы акушерства, перинатологии и репродуктивного здоровья. В минувшие пять лет коллектив ученых Забайкалья продолжил эти исследования. На протяжении всех лет фундаментальные исследования акушеров-гинекологов проводились при тесном взаимодействии с сотрудниками кафедр нормальной физиологии и биохимии. В последние годы мы интенсивно развиваем междисциплинарный подход к решению актуальных проблем акушерства и гинекологии, активно сотрудничая с хирургами, терапевтами, функциональными диагностами, неонатологами, патоморфологами и представителями других специальностей [11,20,24,25,26].

Известно, что в структуре причин перинатальной смертности плацентарная недостаточность составляет более 20% [28,29]. Фетоплацентарная недостаточность сопровождается нарушением маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока, расстройством всех функций плаценты, нарушением процессов созревания плаценты и внутриутробного развития плода, и обуславливает осложненное течение беременности и родов (невынашивание беременности, поздние гестозы, преждевременные и запоздалые роды, аномалии родовой деятельности и др.) и срыв постнатальной адаптации новорожденных. Многолетние наблюдения за развитием детей, рожденных матерями с нарушением функций плаценты, показали, что указанная патология обусловливает не только увеличение перинатальной смертности, но и вызывает многочисленные изменения в организме ребенка, которые на протяжении первых лет его жизни являются причинами нарушений в его физическом и умственном развитии, а также повышенной соматической и инфекционной заболеваемости [27,28].

Ряд работ, предпринятых нами в этом направлении, вскрыли механизмы формирования фетоплацентарной недостаточности у беременных с гестозами. На основе изучения уровней вазоактивных веществ в различных компонентах системы "мать-плацента-плод" при разных клинико-

морфологических формах плацентарной недостаточности установлено, что по мере утяжеления степени гестоза и плацентарной недостаточности в крови матери, плода, околоплодных водах прогрессивно повышаются уровни вазоконстрикторов ангиотензина и вазопрессина и снижается содержание оксида азота, обладающего вазодilатирующим действием [9,13,21]. Развитие и прогрессирование клинических проявлений хронической фетоплацентарной недостаточности у беременных с гестозами сопряжено с увеличением содержания провоспалительных (ИЛ-1?, ИЛ-8, ФНО-?) и уменьшением концентраций противовоспалительного (ИЛ-4) цитокина во всех компонентах системы "мать-плацента-плод", что позволило заключить о наличии системной воспалительной реакции организма матери [6,13,21,26]. Выявлено, что при хронической плацентарной недостаточности у беременных с гестозами развивается хронический ДВС-синдром, степень выраженности которого напрямую коррелирует с нарушениями в системе гемостаза плода и тяжестью клинических проявлений плацентарной недостаточности [13,21]. Доказана роль цитокинов в возникновении перинатальных поражений центральной нервной системы у новорожденных от матерей с гестозами [25,26].

С позиций региональных особенностей формирования осложнений беременности следует отметить вклад селенодефицита в патогенез позднего гестоза. Забайкалье относится к селенодефицитному региону России, и, следовательно, беременность здесь часто протекает на фоне недостатка микроэлемента. Селен за счёт включения в структуру глутатионпероксидазы способен обеспечивать адекватный ответ со стороны ферментативного антиоксидантного звена. Гипоселенемия проявляется признаками, характерными для окислительной деструкции биологических мембран, что имеет первостепенное значение в стимулировании процессов липопероксидации. При изучении содержания селена в компонентах системы "мать-внезародышевые органы-плод" на разных сроках физиологической и осложнённой гестозом беременности нами выявлено снижение концентраций этого микроэлемента по мере прогрессирования физиологической гестации, а при развитии гестоза - в ещё большей мере, пропорционально его степени тяжести [5]. При этом выраженность гипоселеноза у новорожденных зависит от их гестационного возраста и степени моррофункциональной незрелости [24]. Доказана целесообразность применения неоселена кор-

рекции дефицита биотика и восстановления равновесия в системе "ПОЛ - антиоксиданты" в организмах матери, плода и новорожденного [5, 24].

Успех прикладных работ, как известно, традиционно обусловлен результатами фундаментальных исследований, посвященных патогенезу заболеваний. В этом аспекте следует отметить работы, посвященные проблеме патогенеза и лечения артериальной гипертензии у беременных, которая была и остается актуальной до настоящего времени, несмотря на большое количество исследований и широкий арсенал применяемых в современной клинической практике гипотензивных препаратов.

На основе динамической оценки спектрального анализа вариабельности ритма сердца, типа центральной гемодинамики, профиля суточного мониторирования артериального давления раскрыты особенности формирования дизадаптационных реакций сердечно-сосудистой системы организма беременной при гестозе и определены диагностические гемодинамические критерии напряжения, перенапряжения и срыва адаптационных процессов и поэтапная лечебная тактика. Так, напряжение адаптационных процессов с неустойчивой адаптацией характеризуется гиперсимпатикотонией, развивающейся не только при гиперкинетическом типе центральной гемодинамики, но и при гемодинамических признаках эукинетического типа, и сопровождается преимущественно лабильными профилями артериальной гипертензии. Перенапряжение адаптационных процессов сопровождается снижением доли симпатического влияния при стабильных профилях артериального давления при эукинетическом типе центральной гемодинамики, что является начальными проявлениями угнетения вегетативной регуляции и предвестником срыва процессов адаптации. Срыв процессов адаптации, характеризуется снижением доли низкочастотной (LF) и высокочастотной (HF) компоненты спектра и увеличением доли очень низкочастотной компоненты (VLF), характеризующийся гипокинетическим типом центральной гемодинамики и стабильными профилями артериальной гипертензии, преимущественно с ночным повышением артериального давления. Спектральный анализ вариабельности ритма сердца, наряду с оценкой центральной гемодинамики и суточным мониторированием артериального давления, рекомендован к применению у беременных с гестозами для оценки адекватности проводимой терапии [4]. На основе полученных данных разработан дифференци-

рованный подход при выборе препаратов для гипотензивной терапии у беременных с артериальной гипертензией в зависимости от типа центральной гемодинамики и доказана его клиническая эффективность [11].

Важную роль в формировании сексуальных дисфункций и негативных репродуктивных установок у женщин играют акушерские травмы промежности. Рассечение промежности в родах является распространенным оперативным вмешательством, составляя, по данным статистики, 10,3-39% и не имея тенденции к снижению [29]. Раны промежности имеют ряд особенностей, обусловленных комплексом анатомо-физиологических данных этой области: это высокий риск бактериального загрязнения ран содержимым матки, влагалища, прямой кишки, невозможность иммобилизации раны из-за сокращений мышц промежности. В результате при традиционном лечении травм промежности после родов в 19,3% случаев наблюдается нагноение и расхождение швов, которые, как показали наши исследования, во многом предопределяются тем, что этот метод лечения не устраняет имеющихся нарушений в процессах липопероксидации и регенерации. На презентативном клиническом материале доказано, что применение куриозина для обработки раны промежности нивелирует дисбаланс в процессах липопероксидации и антиокислительной защиты в раневом отделляемом, положительно влияет на бактериологические показатели и факторы неспецифической защиты, содержание уровней цитокинов в раневом отделляемом по сравнению с традиционным методом лечения. Это в конечном итоге приводит к активации процессов регенерации, снижению количества воспалительных осложнений и формированию состоятельно-го и эластичного рубца, сокращает сроки послеродовой реабилитации и длительность пребывания в стационаре родильниц [23].

Среди онкологических заболеваний у женщин рак репродуктивных органов составляет более 30% [29]. Наиболее частым злокачественным новообразованием женских половых органов является рак шейки и тела матки. Вместе с тем отмечено, что эффективность лечения и прогноз злокачественных заболеваний во многом зависят от ранней диагностики, своевременного и адекватного лечения фоновых и предраковых заболеваний женских гениталий.

Проблема профилактики, раннего выявления предраковых заболеваний и рака шейки матки, несмотря на достигнутые очевидные успехи ис-

следователей, является сферой нашего научного интереса. Это связано, во-первых, со стабильно высокой частотой патологии шейки матки; во-вторых, с существенным "омоложением" возраста пациенток: в Российской Федерации ежегодно заболевают раком шейки матки 12 тысяч женщин, а умирают 6 тысяч больных; в настоящее время 47% больных раком шейки матки моложе 35 лет; а с 1993 г. по 2006 г. прирост женщин моложе 35 лет с раком шейки матки составил более 150%.

Другой, не менее важной проблемой, являются пролиферативные заболевания эндометрия. Гиперплазии и предраки эндометрия в большинстве случаев сопряжены с репродуктивными нарушениями и высоким риском прогрессии в рак. Так, по данным статистики, заболеваемость раком эндометрия с 1980 по 2005 год возросла на 79%.

Огромное значение в профилактике рака любой локализации придаётся своевременной диагностике и лечению предраковых состояний. В настоящее время ведутся активные поиски опухолевых маркёров, которые позволят выставить диагноз неоплазии на доклиническом этапе.

Нами изучена стадийность и закономерности механизмов цервикального и эдометриального онкогенеза с позиций взаимосвязи различных иммунобиологических маркеров, показана диагностическая и прогностическая информативность маркеров пролиферации и апоптоза. Выявлено, что развитие пролиферативных заболеваний шейки и тела матки сопровождается изменениями локальной продукции цитокинов, нарушениями регуляции апоптоза, пролиферации клеток и стероидной рецепции. Доказана роль инфекционного фактора и хронического воспаления в патогенезе цервикальных и эдометриальных неоплазий. Установлено, что локальное повышение продукции провоспалительных цитокинов при раке шейки матки, гиперплазиях и раке эндометрия является одним из основных триггеров гиперкоагуляции, приводящей к ишемическим некрозам и аномальным маточным кровотечениям [1,2,3,7,8,10,12,14,18,19,22].

Медико-социологический блок наших исследований посвящен проблемам репродуктивного здоровья и воспроизведения населения. Известно, что Забайкальский край занимает одно из ведущих мест в Восточно-Сибирском регионе по площади территории (450,5 тыс.км²) и одно из последних - по плотности населения (около 3 чел./км²), опережая лишь Эвенкийский и Таймыр-

кий автономные округа и республику Тыва. К настоящему времени в Забайкалье прочно сформировался регressiveный тип воспроизведения населения, чему в немалой степени способствовали значительные миграционные потери, неуклонный рост показателей смертности и традиционная ориентация населения на малодетную семью.

Известно, что важной составляющей репродуктивного потенциала нации является молодёжь. Репродуктивное здоровье подростков, наиболее подверженных негативному влиянию окружающей среды и общества, в современных условиях представляет собой многоаспектную и сложную проблему. К началу XXI века произошли существенные изменения сексуального и репродуктивного поведения подростков, которые, в конечном итоге, способствовали значительному росту их роли в формировании показателей абортов, рождаемости, материнской заболеваемости и смертности, а также прогрессирующему увеличению гинекологической заболеваемости [29].

Состояние здоровья девочек младше 18 лет в современных условиях характеризуется нарастанием уровня инвалидности, в первую очередь инвалидности с детства, замедлением темпов физического развития, нарушением становления репродуктивной системы, значительным увеличением доли заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением и отклонений психосоматического здоровья. Показатель общей заболеваемости девочек-подростков в России за последние 10 лет вырос почти на 20%, патологическая пораженность репродуктивного здоровья выражается цифрой 120 на 1000 человек, т.е. каждая восьмая-девятая девочка страдает тем или иным гинекологическим заболеванием или нарушением полового развития. Согласно данным статистических отчетов детских гинекологов, хронические заболевания органов репродуктивной системы выявляются у каждой 3-4 девочки, начинающей обучение в школе, и у 75% девушек, достигших совершеннолетия. Доля абсолютно здоровых девочек снизилась за 10 лет с 28,6 до 6,3% [29].

Нами проведены многоцентровые медико-социологические исследования факторов, определяющих формирование репродуктивных установок и гендерного поведения подростков и молодых женщин, установлено большое влияние национальной культуры, религии, модели и традиций семьи, в которой воспитывается подросток [15]. Показано, что сексуальное поведение и репродуктивные установки девушек Забайкалья

социально детерминированы и характеризуются ранним сексуальным дебютом (16,2 0,5 лет), низкой степенью психосоциальной готовности к ответственному партнерству, достаточно низкой частотой регулярного использования современных надёжных методов контрацепции, большим числом ранних и нежеланных беременностей, планированием в будущем малодетной семьи [15,16,17]. В связи с этим мы считаем, что в разряд первоочередных социальных мер необходимо включить формирование у молодежи ответственного отношения к собственному здоровью, в том числе, репродуктивному, воспитывать позитивные установки будущей женщины на семью и деторождение, повышать уровень гигиенических навыков и знаний об основных закономерностях становления и функционирования репродуктивной системы не только у подростков, но и у их родителей и педагогов. Тесно взаимодействуя в этом аспекте с Читинским региональным отделением Российской Ассоциации "Планирование Семьи" и получив в 2008 году грант Администрации Забайкальского Края, мы планируем реализовать наши задачи и проекты по воспитанию у молодежи ответственного отношения к репродуктивному здоровью и родительству.

Таким образом, приоритетные направления наших научных исследований в минувшее пятилетие имели многоуровневую тематическую программу и характеризовались интегрированным подходом к решению поставленных задач.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахметова Е.С., Белокриницкая Т.Е., Витковский Ю.А. ИЛ-1 β в ранней диагностике гиперпластических процессов эндометрия // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.- 2006.- №5. - С. 76-77.
2. Ахметова Е.С., Белокриницкая Т.Е., Витковский Ю.А. Диагностическое значение цитокинов в аспирате из полости матки при заболеваниях эндометрия // Дальневосточный мед. журнал. - 2008 г. - №1. - С. 72-74.
3. Ахметова Е.С. Роль цитокинов в патогенезе и диагностике гиперпластических процессов и рака эндометрия.- Автореф. дисс...к.м.н.- Иркутск, 2008.-23 с.
4. Баркан В.С. Особенности дисадаптационных реакций сердечно-сосудистой системы при гестозе.- Автореф. дисс...к.м.н.- Чита, 2008.-23 с.
5. Белозерцева Е.П. Обоснование применения неоселена для коррекции нарушений антиоксидантной системы у беременных с поздними гестозами. - Автореф. дисс...к.м.н.- Улан-Удэ, 2007.-22 с.
6. Белокриницкая Т.Е., Витковский Ю.А., Казанцева Е.В. Роль системного воспалительного ответа в патогенезе хронической фетоплацентарной недостаточности// Бюллетесть ВСНЦ СО РАМН. - 2003. - № 6.- С. 45-48.
7. Белокриницкая Т.Е., Витковский Ю.А., Пономарева Ю.Н. Роль цитокинов в патогенезе нарушений иммунитета и гемостаза у больных тяжелыми дисплазиями и раком шейки матки / / Вопросы онкологии. 2003. Т. 49. № 1. С.51-54.
8. Белокриницкая Т.Е., Витковский Ю.А., Пономарева Ю.Н., Мочалова М.Н. Трансформирующий фактор роста бета при эпителиальной дисплазии // Бюллетесть ВСНЦ СО РАМН.- 2004. -- Т. 1., № 1. С. 174-177.
9. Белокриницкая Т.Е., Казанцева Е.В., Витковский Ю.А. Некоторые патогенетические механизмы развития нарушений в фетоплацентарной системе у пациенток с артериальной гипертензией //Бюллетесть ВСНЦ СО РАМН.- 2005. № 1 (39). - С. 12-16.
10. Белокриницкая Т.Е., Пономарева Ю.Н., Бунина Е.Н., Ладыгина Н.М. Генитальные инфекции и локальная продукция цитокинов при диспластических процессах шейки матки // Сибирский мед. журнал. -2005. - №7. - С. 29-31.
11. Белокриницкая Т.Е., Баркан В.С., Филёв А.П. Дифференцированный подход к лечению артериальной гипертензии у беременных // Российский кардиологический журнал. - 2006. - №2. - С.18-23.
12. Белокриницкая Т.Е., Витковский Ю.А., Пономарева Ю.Н., Мочалова М.Н., Ломнева Г.М. Фактор некроза опухолей альфа и трансформирующий фактор роста бета в регуляции апоптоза и пролиферации клеток при дисплазии и раке шейки матки // Цитокины и воспаление. - 2006. - Т. 5, № 1. - С. 31-33.
13. Белокриницкая Т.Е., Витковский Ю.А., Казанцева Е.В., Чарторижская Н.Н. Роль вазоактивных веществ в формировании нарушений в фетоплацентарной системе у пациенток с Гестозами // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.- 2006. - Том 5.- № 1. - С. 56-60.
14. Белокриницкая Т.Е., Пономарева Ю.Н., Ладыгина Н.М., Бунина Е.Н. Содержание цитокинов в цервикальном секрете при диспла-

- зии шейки матки на фоне генитальных инфекций // Журнал акушерства и женских болезней. - 2006.- Т.LV, Вып.2. - С.64-67.
15. Белокриницкая Т.Е., Мочалова М.Н. Национальная культура как фактор, определяющий сексуальное поведение и репродуктивные установки девочек-подростков // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2006. - №6. - С. 77-80.
16. Белокриницкая Т.Е., Золотарева Н.И., Лобачева Л.Л., Мочалова М.Н. Репродуктивные установки и контрацептивный выбор учащейся молодежи //Международный журнал Планирование семьи. - 2006. - № 1-2. - С. 32-34.
17. Белокриницкая Т.Е., Золотарева Н.И., Мочалова М.Н. Особенности репродуктивного поведения и контрацептивный выбор девушек-студенток // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2007. - №1. - С. 79-82.
18. Белокриницкая Т.Е., Свердлова Е.С., Пономарева Ю.Н. Заболевания шейки матки. Руководство для врачей. - Иркутск-Чита: Издательский дом "Палитра", 2007. - 46 с.
19. Белокриницкая Т.Е., Ахметова Е.С., Мурикова Е.В. Роль цитокинов в возникновении аномальных маточных кровотечений при пролиферативных заболеваниях эндометрия // Сибирское медицинское обозрение. - 2008 г. - Т.49, №2. - С. 43-45.
20. Белокриницкая Т.Е., Богомолов Н.И., Тиханова Л.А., Томских Н.Н. Острый живот у беременных. Руководство для врачей.- Чита, 2008.-68 с.
21. Казанцева Е.В. Роль вазоактивных веществ и цитокинов в формировании хронической фетоплацентарной недостаточности у беременных с гестозами.- Автореф. дисс...к.м.н.- Чита, 2004.-22 с.
22. Мочалова М.Н. Роль воспалительных цитокинов и трансформирующего фактора роста в патогенезе и диагностике заболеваний шейки матки. - Автореф. дисс...к.м.н.- Чита, 2004.-22 с.
23. Некрасова Н.Е. Патогенетическое обоснование применения куриозина для лечения послеродовых ран промежности.- Автореф. дисс...к.м.н.- Чита, 2004.-22 с.
24. Панченко А.С. Значение селенодефицита в возникновении нарушений в системе "мать-плацента-плод-новорожденный".- Автореф. дисс...к.м.н.- Чита, 2000.-22 с.
25. Рогалева Т.Е., Белокриницкая Т.Е., Федосеева Т.А., Терешков П.П. Роль иммунных механизмов в патогенезе перинатальных поражений ЦНС у новорожденных от матерей с гестозами // Сибирский мед.журнал.- №2.-2008.- С.18-23.
26. Рогалева Т.Е., Белокриницкая Т.Е., Гаймоленко И.Н. Значение системных воспалительных реакций в формировании перинатальных поражений ЦНС у новорожденных от матерей с Гестозами // Дальневосточный мед.журнал.- №2.-2008.-С.67-69.
27. Руководство по безопасному материнству / В.И. Кулаков, В.Н. Серов, Ю.И. Барашнев, О.Г. Фролова и др. - М.: Триада-Х. - 1998. - 531 с.
28. Сидорова И.С., Макаров И.О. Фетоплацентарная недостаточность. - М.: Медицина.- 2000.- 128 с.
29. Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка в 2007 МЗ и СР РФ.- Москва, 2008.- 42 с.