

Компенсированная фетоплацентарная недостаточность, согласно результатам ультразвуковой диагностики, имело место у 49 (38,05%) обследованных первой и 37 (63,8%) второй группы; субкомпенсированная – у 14 (19,44%) и 10 (17,24%) соответственно.

Маркеры внутриутробного инфицирования по данным ультразвукового исследования, а именно: множественные гиперэхогенные включения в структуре плаценты, расширение межворсинчатого пространства, гиперплазия плаценты, многоводие, маловодие, преждевременное созревание плаценты, зарегистрированы у беременных первой группы в 80,55% случаев (58 человек), второй – в 81% (47 человек).

Синдром задержки внутриутробного развития неродившегося ребенка имел место у 27 (37,5%) пациенток первой группы и у 20 (34,4%) - второй.

По данным доплерографии у 45 (62,5%) беременных первой группы и 35 (60,3%) -второй показатели маточно-плацентарной гемодинамики были нарушены.

Начальное или умеренное нарушение реактивности сердечно-сосудистой системы неродившихся детей по результатам кардиотокографии обнаруживалось у 22 (30,5%) беременных первой и 20 (34,4%) - второй групп.

Лечение урогенитального хламидиоза проводилось нами комплексно, этиотропно и включало коррекцию сопутствующих инфекций, дисбактериоза кишечника, нарушений иммунной системы и системы гемостаза, было направлено на сохранение беременности, лечения фетоплацентарной недостаточности (ФПН) и хронической внутриутробной гипоксии неродившихся детей. Этиотропная терапия проводилась ровамицином (спиромицином) по 3 млн ЕД 3 раза в сутки в течение 10 дней внутрь или вильпрафеном (джозамицином) по 500 мг 2 раза в сутки в течение 15 дней. Для коррекции нарушений иммунной системы применялись свечи “киферон” 2 раза в сутки интравагинально и свечи “имунофан” per rectum 1 раз через 2 дня на третий №5. После окончания антибиотикотерапии и исключения кандидозного поражения влагалища назначали эубиотики для восстановления влагалищной флоры (ацилакт, бифидумбактерин, лактобактерин). Курс лечения 10 дней. В качестве сохраняющей терапии при угрожающем прерывании беременности использовался гинипрал. С целью профилактики и лечения ФПН применялся актовегин по 1 драже 3 раза в день по 20-30 дней с последующими курсами внутривенного капельного введения по 5 мл в чередовании с инстеноном в дозе 2 мл на 250 мл 5% раствора глюкозы по 5 внутривенных инфузий. Кроме перечисленного в комплексной терапии первой группы женщин был применен ферментный препарат Вобэнзим, обладающий противовоспалительным, противоотечным, тромболитическим, анальгетическим, иммуномодулирующим, противовирусным действием, улучшающий реологию крови, мобилизующий иммунные комплексы, по 5 драже 3 раза в день в течение 14 дней.

Для оценки эффективности комплексной терапии в первой и второй группах проведено повторное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование. Согласно результатам исследования ПЩР и ИФА, нивелирование возбудителя произошло у 92,7% пациенток первой и 79,3% второй групп ($p < 0,05$). По данным ультразвукового исследования выявлена положительная динамика в состоянии ФПС: субкомпенсированная форма ФПН имела место у 7 (9,7%), компенсированная у 56 (77,8%) беременных первой группы. Во второй группе эти показатели выглядели так: субкомпенсированная форма ФПН была у 8 (16,6%) пациенток, компенсированная у 39 (67,2%). При доплерометрическом контроле нарушение маточно-плацентарного кровотока зарегистрировано у 20,8% беременных первой группы и 39,6% второй ($p < 0,05$).

Улучшение состояния ФПС нашло отражение в результатах КТГ: лишь в 14% наблюдений имели место нарушения реактивности сердечно-сосудистой системы неродившихся детей у женщин первой группы, тогда как во второй группе этот показатель был выше (29,3%; $p < 0,05$).

Осложнения в родах, влияющие на состояние рождающегося ребенка во время родового акта (несвоевременное излитие вод, пато-

логический прелиминарный период, аномалии родовой деятельности, угрожающая и начавшаяся асфиксия неродившегося ребенка) имели место у 20,8% рожениц первой группы и у 29,3% второй.

Больше операций и пособий в родах проводилось у женщин второй группы (34,3%), тогда как в первой группе операции и пособия встречались в 19,4% случаев.

Из 72 беременных первой группы у 69 (95,8%) произошли своевременные роды, у 3 (4,2%) – преждевременные роды в сроки 35-37 недель беременности с рождением живых детей. Во второй группе своевременные роды имели место у 51 женщины (87,9%), преждевременно родили 7 человек (12,1%).

Перинатальная заболеваемость у новорожденных от матерей с хламидийной инфекцией была значительной и характеризовалась хронической внутриутробной гипоксией детей (1 гр. – 13,9%, 2 гр. – 15,5%), гипоксически-ишемическим поражением центральной нервной системы (1 гр. – 2,8%, 2 гр. – 3,4%), внутриутробной гипотрофией (1 гр. – 9,7%, 2 гр. – 12,0%), асфиксией различной степени тяжести в родах (1 гр. – 5,55%, 2 гр. – 6,9%), недоношенностью (1 гр. – 4,2%, 2 гр. – 12%, $p < 0,05$), морфофункциональной незрелостью (1 гр. – 6,9%, 2 гр. – 5,1%), внутриутробной пневмонией (2 гр. – 1,7%), врожденным везикулезом (1 гр. – 2,8%).

Таким образом, шансы рождения живого и здорового ребенка у женщин с хламидийной инфекцией могут быть увеличены в случае комплексной терапии урогенитального хламидиоза с применением Вобэнзима.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТЕЙ, РОДОВ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН В РАЙОНАХ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ С НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ РАДИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКОЙ

Пахомов С.П. (Орел)

Проблема здоровья человека в регионах с повышенной радиационной нагрузкой, сохраняющейся после аварии на Чернобыльской АЭС, является высоко актуальной до настоящего времени. Особенно эта проблема касается беременных женщин, поскольку в данной ситуации неблагоприятному воздействию ионизирующего излучения подвергаются сразу два организма – мать и плод, и они являются наиболее уязвимыми. В условиях низкой рождаемости в России этот вопрос становится наиболее значимым в здравоохранении.

Целью настоящего исследования явилось изучение характера течения беременностей и родов у женщин, а так же состояние новорожденных в районах Орловской области, подвергшихся наибольшему загрязнению после аварии на ЧАЭС, где и по сей день сохраняется повышенный уровень радиации.

Материалом исследования являлись истории родов в северо-западных районах (Болховский, Мценский, Хотынецкий) Орловской области за последние десять лет. Изучались осложнения течения первой и второй половины беременности, осложнения в родах. В качестве контрольных районов использовались юго-восточные (Должанский, Малоархангельский, Колпнянский), с минимальным уровнем загрязнения после аварии на ЧАЭС.

В качестве подтверждения уровня радиационного загрязнения производились замеры излучения в Беккерелях на килограмм (Бк/кг) в основных продуктах питания – картофель, хлеб, молоко, мясо. Уровни излучения колебались от 5,55 до 8,8 Бк/кг (в среднем 5,95 Бк/кг) в северо-западных районах, и 1,15 – 3,08 Бк/кг (среднее 2,3 Бк/кг) в контрольных, юго-восточных.

Во время беременности в опытных районах был выявлен более высокий уровень гестозов второй половины беременности от 1848 до 2093 на 10000 беременных. В контроле этот показатель составлял

460 – 1600 на 10000 ($p < 0,05$). Средний показатель по области составлял 1277,81. Число презклямсий и эклямсий так же в два – три раза превышало число в контрольных районах – 134-156 и 45-57 соответственно ($p < 0,05$), среднее по области – 87,83 на 10000 родов.

Более часто наблюдались заболевания мочеполовой системы (1262 и 470 на 10000 родов, соответственно), анемии беременных (3235 и 1401 на 10000 родов), патология щитовидной железы (1020 и 548) ($p < 0,05$).

Число преждевременных родов превышало такие в контрольных районах более чем в 1,5 – 2 раза (512 и 279 на 10000 родов). Количество аномалий родовой деятельности (слабость, дискоординация) в 2 раза чаще наблюдалось в загрязненных районах.

Заболеваемость новорожденных составляла в среднем 1227 – 2197 на 10000 новорожденных, в контроле этот показатель колебался от 502 до 1172. Заболеваемость недоношенных имела большее различие – 359 и 114 на 10000 новорожденных соответственно.

Количество врожденных аномалий в 3 – 4 раза превышало такие в контрольных районах 282-346 и 71-122 на 10000. Врожденные пневмонии в среднем составляли 177 на 10000 в опытных районах, а в контрольных данное осложнение достигало 61 случай на 10000.

Метророждаемость в загрязненных районах достигала 10,72 %, что почти в 1,5 раз превышало контрольные значения – 6,78%, по области этот показатель составлял 8,68 %. Антенатальная смертность и смертность новорожденных в опытных и контрольных районах не имела достоверных различий. Перинатальная смертность незначительно превышала контрольные районы 11,3% и 9,7 % соответственно.

Результаты проведенного исследования показали, что беременные, проживающие в районах с повышенным радиационным уровнем, относятся к группе повышенного риска по развитию осложнений беременности и родов. Это необходимо учитывать при проведении организационных мероприятий в здравоохранении и службе родовспоможения в Орловской области.

В заключение необходимо отметить, что районы, подвергшиеся наибольшему радиационному загрязнению, до настоящего времени сохраняют повышенный радиационный фон, а это в свою очередь оказывает неблагоприятное влияние на состояние здоровья новорожденных. Все это приводит к перинатальным потерям и инвалидизации будущих граждан России, и для решения этой проблемы требуются безотлагательные мероприятия по охране материнства и детства в неблагоприятных районах Орловской области.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИИ ПОДРОСТКОВ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

Перетятко Л.П., Проценко Е.В., Глухова В.Н., Сарыева О.П. (Иваново)

Ранние половые контакты и беременность в юном возрасте в сочетании с социальной незрелостью будущих родителей требуют тщательного изучения репродуктивного здоровья подростков с целью выбора оптимальных сроков и методов разрешения беременности. Проведено морфологическое исследование эндометрия, полученного путем вакуум-экстракции плодного яйца, от 55 беременных женщин юного возраста (14-17 лет). В зависимости от сроков прерывания беременности исследуемый материал был разделен на три группы: 7-8; 9-10 и 11-12 недель. Срок беременности уточнялся методом ультразвукового сканирования.

В первую группу вошел эндометрий беременных девушек-подростков (23) в срок гестации 7-8 недель. Его характеризуют следующие морфологические особенности. Незавершен децидуальный метаморфоз клеток эндометрия: децидуальные клетки представлены незрелыми, фибробластоподобными, и зрелыми, эпителиоидного типа, клетками, находящимися по отношению друг к другу приблизительно в равных количествах. Они начинают формировать пласты, в которых клетки располагаются обособленно друг от друга.

Железы встречаются в компактном и спонгиозном слоях эндометрия. Однако, по структуре они отличаются друг от друга. Железы компактного слоя округлой или продолговатой формы, выстланы цилиндрическим или кубическим эпителием. Последний сохранен целиком, либо частично. В просвете желез визуализируются слоистый эпителий, белковый флоккулят, иногда эритроциты. Железы беременности Опитца в спонгиозном слое крупные, с фестончатыми очертаниями, тесно располагаются по отношению друг к другу. В просвете желез выступают псевдососочковые разрастания цилиндрического эпителия, содержащие полнокровные капилляры.

Важнейшим моментом гестационных преобразований эндометрия считается инвазия плацентарного цитотрофобласта, поскольку последний участвует в гестационной перестройке спиральных артерий. В 7-8 недель беременности отдельные элементы цитотрофобласта можно видеть в строме, на территории сосудистой стенки и в просвете спиральных артерий.

Спиральные артерии в спонгиозном слое формируют поля, в которых насчитывается от 7 до 15 поперечных сечений сосуда. Особенности их морфологии обусловлены происходящей инвазией плацентарного цитотрофобласта в эндометрии: просвет достаточно узкий, стенки утолщены, частично склерозированы, с очагами фибриноидного некроза. В эндометрии 7-8 недель гестации появляются локальные очаги фибриноидного некроза, очевидно, связанные с особенностями гестационной перестройки спиральных артерий.

Вторая группа объединяет эндометрий беременных подростков в 9-10 недель гестации (19 человек). В эти сроки его отличает выраженная, распространенная децидуализация стромы эндометрия. Визуализируются преимущественно зрелые, эпителиоидного типа, децидуальные клетки, хотя встречаются отдельные фибробластоподобные и переходные формы. Клетки формируют пласты и располагаются в них компактно.

Просвет желез компактного слоя, по сравнению с предыдущим сроком, незначительно суживается. Железы продолговатой формы, с частично сохранившейся эпителиальной выстилкой, представленной уплощенными клетками. Количество желез спонгиозного слоя увеличивается. Их структура практически не изменяется.

Элементы плацентарного цитотрофобласта в виде отдельных клеток или их скоплений выявляются в строме эндометрия в окружении фибриноидного некроза, а также в мышечно-эластическом слое спиральных артерий. Последние претерпевают дальнейшую гестационную перестройку: происходит инвазия элементов цитотрофобласта в стенку, особенно мышечный слой, и в просвет сосудов. Трофобласт формирует “пробки”, частично, или целиком перекрывающие просвет сосудов. Это приводит к полному замещению всех элементов сосудистой стенки фибриноидным некрозом. Количество локальных некрозов в эндометрии существенно увеличивается ($p < 0,01$) в связи с продолжающейся гестационной перестройкой спиральных артерий.

Эндометрий одиннадцати-двенадцатинедельной беременности у подростков (13 наблюдений) характеризуют зрелые децидуальные клетки эпителиоидного типа, формирующие пласты. Железы компактного слоя продолговатой формы, преимущественно лишены эпителия. В ряде желез эпителий частично сохраняется, преобразуясь в кубический. Просветы желез пустые.

Элементы цитотрофобласта обнаруживаются в строме эндометрия, в просвете спиральных артерий в виде скоплений, перекрывающих просвет сосудов. В спиральных артериях завершается гестационная перестройка. Половина из них преобразуется в тонкостенные сосуды с широким просветом. Поскольку все слои сосудистой стенки полностью замещены фибриноидным некрозом, такие артерии никогда не спазмируются и обеспечивают адекватный маточно-плацентарный кровоток. Другая часть артерий, по-прежнему, имеет гипертрофированные, частично замещенные фибриноидным некрозом, стенки и содержит цитотрофобластические “пробки” в просвете.

Количество очагов локальных некрозов в строме эндометрия заметно уменьшается по сравнению с предыдущим сроком ($p < 0,01$) в связи с завершающейся гестационной перестройкой спиральных артерий.