

следованиями. В основной группе у 60% беременных нормализовалось маточно-плацентарное и плодовое кровообращение, у 26,7% -отмечено улучшение и только у 13,3% – оно оставалось без положительной динамики. В контрольной группе эти показатели составляли – 46,1%, 15,5%, 38,4% соответственно. При УЗИ в основной группе многоводие выявлено реже в 2,3 раза, а маловодие – в 1,8 раза.

В результате проведенного лечения в исследуемых группах не отмечалось случаев прерывания беременности во II триместре. Преждевременные роды в группе с включением в комплексное лечение УФОАК встречались в 2 раза реже, чем в основной. Роды осложнились одинаково часто в обеих группах слабостью родовой деятельности, но несвоевременное излитие околоплодных вод в основной группе встречалось в 3 раза реже, чем контрольной (7,7% против 25%). Корректирующее влияние УФОАК на гомеостаз фетоплацентарной системы проявилось в ликвидации задержки внутриутробного развития плода в 50% диагностированных при УЗИ случаев.

Улучшение условий существования плода и уменьшение числа осложнений в родах благоприятно отразилось на показателях заболеваемости детей в неонатальном периоде. Удельный вес перинатальной энцефалопатии гапоксического генеза в основной группе был в 1,5 раза ниже, чем в контрольной. Реализация внутриутробной инфекции снизилась в 3-4 раза. ОРВИ выявлены в 2,7 раза, а пневмонии в 4,7 раза реже, чем в контрольной группе матерей. В группе детей, родившихся от матерей, леченных традиционными методами, на 1 году жизни встречался аллергический диатез в 6,2% случаев, что, возможно, связано с сенсибилизирующим действием лекарственных препаратов. Отсутствие этого заболевания в основной группе позволяет судить о десенсибилизирующем эффекте УФОАК. Применение УФОАК в комплексном лечении плацентарной недостаточности у беременных с хроническим пиелонефритом позволило снизить среднюю продолжительность пребывания на койке больных на 5-6 дней, что позволяет говорить о реальной экономической эффективности данного метода лечения.

Таким образом, УФОАК оказывает стимулирующее влияние на гемо- и эритропоэз, иммунную систему и гормональный гомеостаз беременных с хроническим пиелонефритом, что позволяет снизить перинатальную заболеваемость и смертность и рекомендовать для широкого применения в практическом здравоохранении.

ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ И ИСХОД РОДОВ

В.С. Орлова

Кафедра акушерства, гинекологии и педиатрии медицинского факультета
Белгородского государственного университета (зав. кафедрой – доц. П.А. Карпов)

Достижения научных исследований в области перинатологии в последние десятилетия все больше свидетельствуют о том, что многие осложнения беременности, негативно отражающиеся на её исходе, начинают формироваться ещё в первом триместре – в период плацентации и закладки органов и тканей эмбриона.

В связи с этим мы поставили своей целью провести сравнительное изучение частоты клинически выраженной отягощенности беременности экстрагенитальной патологией и акушерскими осложнениями в первом, третьем триместрах и на момент родов.

Нами прослежено течение беременности у всех женщин, вставших на учет по беременности в первом триместре в женской консультации №4 г. Белгорода и родоразрешившихся в течение 2001 года

Под наблюдение методом сплошной выборки взяты 237 беременных, которые в соответствии с выявленным исходным состоянием здоровья были обследованы в пол-

ном объёме согласно существующим стандартам. Из числа наблюдавшихся преобладали первородящие -188 женщин (79,3%). Повторнородящими были 49 беременных (20,7%), третьи роды только у 4-х (1,7%) и четвертые – у двоих (0,8%). Среди первородящих группу риска по юному возрасту, до 20 лет, составили 27 (14,4%), пожилые первородящие: 26-30 лет -41 (21,8%) и старые первородящие, старше 30 лет – 12 (6,4%). В общей сложности в группу перинатального риска по возрастному признаку вошли 80 (42,6% первородящих).

Репродуктивная функция у 81 (34,2%) женщин отягощена абортми, у 15 (6,3%) самопроизвольными выкидышами, в одном случае внематочной беременностью. Особую группу перинатального риска составили 54 (28,7%) первородящих с предшествующими абортми от одного до 3-х в анамнезе и самопроизвольными прерываниями беременности.

К соматически здоровым можно было отнести только 34 (14,3%) женщин, у остальных (85,7%) выявлена экстрагенитальная патология. В I триместре на одну беременную приходилось в среднем 1,8 заболевания. С такими же показаниями беременные подошли и к сроку родов. Наиболее часто женщины страдали железодефицитной анемией. Она выявлена в I триместре у каждой третьей беременной – у 81 (34,2%). По мере развития беременности удельный вес страдающих анемией возрос до 46,4%. Следует отметить, что преобладала легкая степень анемии, тяжелой степени среди беременных не было. Второе место занимали заболевания сердечно-сосудистой системы – у 31,2% беременных (преобладали гипотония, вегето-сосудистая дистония).

Менее значимой по распространенности была патология мочевыделительной системы у 39 (16,5%) беременных и щитовидной железы – у 34 (14,3%). Указанная и другая экстрагенитальная патология была компенсированной, что и позволило вынашивание беременности.

Почти у каждой второй беременной (45,1%) при обследовании в I триместре выявлена та или иная инфекция, передающаяся половым путем, потребовавшая соответствующего лечения.

На столь отягощенном фоне осложнения беременности в виде раннего токсикоза развились у 24 (10,1%) беременных, причем у 14 (58,3%) он сочетается с угрозой прерывания беременности, у 7 (29,2%) во II-ой половине беременности развился сочетанный гестоз, у 12 (50%) – хроническая плацентарная недостаточность. Гестозом среди всей группы обследованных нами женщин беременность осложнялась у 9,7%, угрозой прерывания с ранних сроков беременности у 79 (33,3%). Из числа последних 6,3% женщин родоразрешились преждевременно недоношенными плодами, остальные своевременно. 51 (21,5%) беременных родоразрешились плодом с низким индексом массы тела, отражающим состояние здоровья матери и позирующий последующее развитие новорожденного. Формированию внутриутробной задержки роста плода способствовала с ранних сроков беременности экстрагенитальная патология у 43 (84,3%) женщин, инфекция, передающаяся половым путем – у 27 (52,9%), угроза прерывания беременности – у 18 (35,3%), хроническая плацентарная недостаточность – у 22 (43,1%).

При взятии на учет в зависимости от перинатального риска беременные были распределены следующим образом: в группу низкого риска отнесены 63 (26,6%) из 237 женщин среднего 129 (54,4%) и высокого 45 (19,0%). К концу беременности соотношение изменилось. Число беременных с низкой степенью риска сократилось в 10 раз – до 5 (2,1%), со средней также уменьшилось до 94 (39,7%), а число женщин с высокой степенью перинатального риска увеличилось в 3 раза – до 138 (58,2%).

С учетом осложнений беременности, состояния плода и акушерской ситуации были родоразрешены оперативным путем (посредством кесарева сечения) – 17,2% женщин, среди первобеременных этот процент составил 22,9%.

Таким образом, следствием высокой частоты экстрагенитальной патологии, осложнений гестационного процесса с ранних сроков является формирование хрониче-

ской плацентарной недостаточности, задержка внутриутробного развития плода, высокий удельный вес оперативного родоразрешения. Профилактические и лечебные мероприятия у пациенток группы риска, а также оперативное родоразрешение позволяют свести к минимуму перинатальные потери, но каждый пятый новорожденный имеет пониженную массу при рождении.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО (по секционному материалу)

Т.В. Павлова, Д.В. Ермак
Отделение детской патологии
областного патологоанатомического бюро

Цитовидная железа (ЦЖ) оказывает регулирующее влияние на организм плода и новорожденного, так как именно в эти периоды происходит становление основных метаболических процессов и адаптация к внеутробной жизни. Гистологическое исследование выявило различный характер дифференцировки ЦЖ плода и новорожденного. По мнению авторов

[1,2,3], структура фолликулов является одним из важнейших признаков, характеризующих морфологическое состояние ЦЖ.

Первые фолликулы ЦЖ человека появляются довольно рано и не содержат коллоида. Временем появления первых фолликулов одни исследователи считают 6-7 неделю, другие – 8-ю, третьи – 10-ю неделю [5,6,7]. В цитоплазме клеток в этот период появляются вакуоли. У зародыша человека семинедельного развития ЦЖ имеет еще очень маленькие размеры, с рыхло расположенными крупными полиморфными клетками. У плодов 9-11 недель развития впервые среди массы клеток фолликулов появляются капли коллоида. К концу 11-й недели развития коллоида фолликулярных клеток уже много как в цитоплазме, так и в полости большого количества мелких фолликулов. В ЦЖ плода человека 12-13 недель развития можно обнаружить десквамированные фолликулярные клетки, а у плода 14-18 недель становится заметна вакуолизация коллоида. Гистологическая структура эмбриональной ЦЖ после образования фолликулов сходна с таковой у взрослых. Литературные данные [1] указывают на способность ЦЖ плода человека с 3-4-го месяца внутриутробного развития поглощать йод и связывать его в органическую форму. Это делает весьма вероятным предположение о том, что к 4 месяцу внутриутробной жизни ЦЖ человека является вполне сформированной структурно, и функционально активной.

К моменту рождения далеко не во всех случаях ЦЖ имеет одинаковое строение. Лишь в 20% случаев ЦЖ новорожденных имеет микроскопическую структуру, сходную с микроструктурой взрослого организма, т.е. более или менее округлые фолликулы, выстланные кубическим эпителием и заполненные жидким, бледно окрашивающимся коллоидом. Подавляющее большинство желез частично или полностью лишено таких фолликулов. В этих случаях паренхима железы состоит как бы из скоплений эпителиальных клеток, окруженных соединительнотканной стромой и кровеносными сосудами. Просвета фолликула как такового нет, коллоид отсутствует. Такой тип структуры ЦЖ новорожденного назвали десквамативным и справедливо рассматривают его как отражение приспособительной реакции организма новорожденного, заключающейся в усиленном высвобождении тиреоидных гормонов и поступлении их в кровоток. При этом обычный, мерокриновый тип секреции сменяется на голокриновый тип, связанный с резким повышением потребности организма в тиреоидных гормонах, результатом чего и является резорбция внутрифолликулярного коллоида вплоть до полного его исчезновения и десквамации клеток тиреоидного эпителия в просвет фолликулов [1].