

этиопатогенетических механизмов формирования гидроцефалии, позволяет значительно уменьшить число детей с врожденной гидроцефалией.

КОРРЕГИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ НА ЛАКТАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПЕРВОРОДЯЩИХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Сейтжанова К.Д., Рахимова С.Б., Иманбаева Ж.А., Нургалиева Л.И., Мухамеджанова Ж.А.

Казахстан, Алматы, кафедра акушерства и гинекологии №1 КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, ГКПП «родильный дом №5»

Как известно, количество первородящих старшего возраста с каждым годом возрастает, первая беременность после 35 лет становится все более распространенным в мире. Согласно литературным данным, значительно возрастает число патологий при беременности и осложнения в родах, страдает лактационная функция, что проявляется гипогалактией. Грудное вскармливание относится к приоритетам первого порядка национальных систем здравоохранения, большинство стран мира включаются в программу «Безопасного материнства». Несмотря на важность проблемы, лактационная функция у первородящих старшего возраста мало изучена. Для проведения профилактики гипогалактии предложены различные методы, но эффективных на данном этапе в недостаточном количестве.

Целью исследования является изучение структуры молочных желез, скорости кровотока в молочных железах у первородящих старшего возраста в процессе прохождения оздоровительных мероприятий, а также изучение лактационного периода у матерей исследуемых групп.

Материалы и методы исследования. Разработанная проф. Сейтжановой К.Д. с соавторами, оздоровительная методика, «Дыхательная гимнастика для беременных, рожениц и родильниц», состоит из 4-х частей: психоэмоциональной подготовки, физических упражнений, дыхательной гимнастики и закаливающей процедуры – обливание холодной водой. Исследование проводилось у 50 женщин, из них 30 женщин, занимавшихся оздоровительной методикой и 20 женщины сравнительной группы, не занимавшихся таковой методикой. Обе сравниваемые группы были вполне репрезентативными.

Проведены следующие методы исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ) определение диаметра млечных протоков, толщины паренхимы молочной железы, диаметра аксиллярных лимфатических узлов, доплерометрия молочных желез, кровотоков максимальной и минимальной скорости, индекса резистентности в следующих сосудах молочной железы (латеральной грудной артерии справа и слева, в внутрипаренхиматозных сосудах), а также изучен процесс лактации в катамнезе.

Результаты исследования и их обсуждения: В результате исследования выявлено, что в основной груп-

пе отмечается, повышение толщины функционального слоя на 0,2 см, диаметра млечных протоков на 0,2 см, диаметра аксиллярных лимфатических узлов на 0,3 см, по сравнению с сравнительной группой ($P < 0,05$). Также скорость кровотока в грудных и внутрипаренхиматозных артериях в основной и сравнительной группах разительно отличаются. В основной группе максимальная скорость кровотока, в латеральных грудных артериях справа и слева больше на 0,7 см/сек, в внутрипаренхиматозных сосудах, больше на 0,6 см/сек, по сравнению с сравнительной группой ($P < 0,05$). Минимальная скорость кровотока в грудных латеральных артериях справа и слева в основной группе, больше на 0,1 см/сек, в внутрипаренхиматозных сосудах на 0,5 см/сек, по сравнению с сравнительной группой ($P < 0,05$).

Как показали наши исследования, дети, рожденные от матерей занимавшихся дородовой подготовкой, развивались с опережением и меньше болели. Из 50 детей основной группы, процент находившихся на исключительно грудном вскармливании к 6 месячному возрасту составил 100 %, а в сравнительной группе 80 %. К году жизни в основной группе продолжали находиться на грудном вскармливании и смешанном вскармливании в 3 раза больше по сравнению с сравнительной группой ($P < 0,05$), причем в сравнительной группе отмечается высокий процент искусственного вскармливания, тогда как в основной группе такой показатель отсутствует.

Следовательно в процессе оздоровительной программы идут позитивные изменения в структуре молочной железы у первородящих старшего возраста, усиление гипертрофии в молочных железах, улучшается микроциркуляция в молочных железах, что приводит в послеродовом периоде к достоверному увеличению объема и улучшению лактационной функции у первородящих старшего возраста.

Resume

Thus, improvement of microcirculation in the mammary glands demonstrates the positive impact of wellness techniques. Based on the data reveal we can say that these changes to improve the subsequent formation of lactogenesis and postpartum process of becoming a lactation woman who gives birth for the first time.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ СИНДРОМОМ

Селиванова А.В., Павлова Т.В., Петрухин В.А., Гурьева В.М.

*Россия, г. Белгород, г. Москва
Белгородский государственный университет, МОНИАГ*

Распространенность гипертензивного синдрома среди беременных достигает 30%. Обусловленная различными соматическими заболеваниями, он служит фоном для развития гестоза, частота которого достигает 20%. Оставаясь основной причиной перинатальной заболеваемости (640-780‰) и смертности (18-30‰), гестоз стабильно занимает третье место в структуре

причин материнской смертности по России. Целью исследования явилось углубленное изучение системы мать-плацента-плод при гипертензивном синдроме.

Под наблюдением находилось 132 роженицы при сроке гестации 33-41 недели. Основную группу исследования составили 112 женщин с гипертензивным синдромом различной этиологии (1 группа), и 20 женщин составили группу сравнения. Наряду с общепринятыми методами исследования у беременных проведено суточное мониторирование АД (СМАД) и изучение плацент с использованием световой и электронной (растровой и трансмиссионной) микроскопии.

В 1 группе у 31(27,7%) женщины бала гипертензивная болезнь(ГБ), 54(48,2%) имели ее сочетание с гестозом (легким в 19,6%, средней тяжести в 3,57% и тяжелым в 7,14% случаев) и у 27 был гестоз различной степени тяжести – легкой в 17,9% случаев, средней в 2,68% и тяжелой степени в 3,57% случаев. Особенностью течения беременности в 1 группе является склонность к преждевременному самопроизвольному прерыванию беременности – 44(39,3%) женщины, формированию хронической фетоплацентарной недостаточности в 100% случаев, и СЗРП – 22 (19,6%) женщины. Кесарево сечение проведено у 25 (22,3%) женщин. При этом наличие ГБ не послужило показанием для оперативного родоразрешения ни в одном из случаев.

При анализе СМАД у женщин с гестозом и ГБ среднесуточное значение АД, достоверно не различались. Однако суточная динамика АД различается существенно: дневное и ночное АД при гестозе достоверно не различаются, отсутствует физиологический ночной спад АД, сохраняющейся у беременных с ГБ. Все это свидетельствует о нарушении циркадного ритма АД и ночной активности симпатической нервной системы при гестозе.

При макроскопическом исследовании плаценты было видно, что наиболее выраженные изменения наблюдались при ГБ, осложненной гестозом. Так площадь, занятая кавернами, инфарктами и гематомами превышала 8%, в случаях без гестоза она достигала 5%. Материнская поверхность плацент во всех группах была средне- и крупноподольчатая, с плохо выраженными бороздами. Увеличение площади фибриноида в плодовой и материнской поверхностях прогрессировало в зависимости от тяжести и длительности гестоза, а наличие склероза находилось в прямой зависимости от длительности течения ГБ. В межворсинчатом пространстве полнокровие, сладж и тромбоз в большей степени также наблюдались при сочетании ГБ с гестозом. Здесь также выявлены все этапы «замуровывания» ворсин в фибриноид и трансформации их в фибриноидноизмененные и склерозированные.

Ворсинчатое дерево во всех группах приобретало неправильную форму. Резко возрастала площадь ворсинчатого дерева занятая промежуточными ворсинами. В стловых ворсинах при ГБ, развившей до беременности значительная доля падает на облитерацию сосудов за счет склероза. При изучении терминальных ворсин обращала на себя внимание как десквамация микроворсинок, так и все слои синцитиотрофобласта. В последнем выявлены все стадии некроза ядер, уменьшение числа и деструктивные изменения цитоплазматических органелл, фокальные некрозы.

Базальные мембраны расширены. Содержание коллагена в них увеличено. Все эти изменения также наиболее характерны для сочетания ГБ с гестозом. При легкой степени гестоза в сочетании с ГБ наблюдалось полнокровие капилляров, увеличение активной поверхности эндотелиоцитов, напряженное состояние их органелл свидетельствовали об активизации транспортных процессов в системе мать-плацента-плод. При тяжелой степени гестоза в сочетании с ГБ ряд адаптационных механизмов работает на предельных возможностях своих структур. Увеличилось число полнокровных ворсин (преимущественно при гестозе тяжелой степени), а также наблюдается максимальная десквамация синцитиотрофобласта. В отдельных плацентах при срыве адаптационных процессов на фоне тяжелого гестоза содержание полнокровных ворсин достоверно не отличается от этого показателя в контрольной группе. Возросло содержание фибриноидноизмененных, склерозированных и отечных ворсин. При исследовании на ультраструктурном уровне на первое место выступали альтеративные изменения, нарушающие все функции плаценты без развития компенсаторно-приспособительных процессов.

ВЛИЯНИЕ 6% ГЭК СТАБИЗОЛ® НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛЫМИ ГЕСТОЗАМИ

Семькин А.Н., Павлова Т.В., Петрухин В.А.

*Россия, г. Белгород, ГУ Белгородский
государственный университет*

*Россия, г. Москва, Московский областной НИИ акушерства
и гинекологии*

Проблема антенатальной охраны плода в современных условиях имеет особое значение в связи с сохраняющейся высокой заболеваемостью и смертностью новорожденных, появившихся от матерей, перенесших гестоз.

Цель исследования – улучшение исходов беременности для матери и плода при тяжелом гестозе.

Материалы и методы исследования.

Обследовано 70 беременных с бальной оценкой гестоза по шкале Гоеске в модификации Г.М. Савельевой (2001) 12 баллов и более.

1-я группа – 20 беременных прооперированы в экстренном порядке при поступлении в связи с тяжестью гестоза.

2-я группа – 25 беременных, получали стандартную терапию гестоза

3-я группа 25 беременных помимо стандартной терапии гестоза использовался 6% раствор гидроксиглицированного крахмала Стабизол® по 400мл внутривенно капельно 1 раз в сутки от 2 до 4-х дней.

Помимо стандартного клинического обследования образцы миометрии, эндометрия, плаценты просмотрены и сфотографированы трансмиссионным (Phillips), световым («ТОРИС-Т»СЕТИ), растровым (FE-1 Quata-200-3D) микроскопами. В послеродовом периоде в течение 3 суток проводился мониторинг среднего артериального давления, оценка суточной протеинурии.