

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 ворсинками. В ствольных 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 гидроксизитилированного крахмала Стабизол® по 400мл внутривенно капельно 1 раз в сутки от 2 до 4-х дней.

Помимо стандартного клинического обследования образцы миометрия, 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.

Результаты исследования и их обсуждение.

Женщины были сопоставимы по возрасту (средний возраст составил $26,3 \pm 4,3$ года) и паритету родов. Первородящие 61,4%, повторнородящие 38,6%. В анамнезе заболевания сердечно – сосудистой системы встречались у 41,4% беременных, страдали ожирением 30%, болезни мочеполовой системы у 24,3% женщин, анемии у 17,1%. Срок беременности к моменту родоразрешения составлял от 31 до 40 недели ($36,2 \pm 0,3$). Частота преждевременных родов в 1-й группе составила 30%, во 2-й группе 28%, в 3-й группе 24%. Задержка внутриутробного развития плода в 1-й группе встречалась в 25% случаев, во 2-й группе у 20% новорожденных, в 3-й группе у 16%.

Средняя продолжительность течения гестоза в 1-й группе составила $3,6 \pm 0,8$ недели, во 2 группе $5,9 \pm 1,1$ недели, в 3 группе $6,2 \pm 1,5$ недели. В группе женщин, получавших стандартную терапию гестоза беременность удалось пролонгировать на $2,3 \pm 0,7$ суток, а в группе с использованием 6%-ГЭК Стабизол® стабилизация состояния отмечена в течение $5,4 \pm 1,1$. При анализе протеинурии в послеродовом периоде у родильниц, перенесших тяжелый гестоз, отмечена более ранняя динамика снижения суточной потери белка в группе женщин, получавших 6%-ГЭК Стабизол®. Стабилизация среднего артериального давления в группе родильниц, получавших 6%-ГЭК Стабизол® происходила к третьим суткам, в то время, как снижение уровней среднего АД в 1-й и 2-й группах происходило к 5-6 суткам.

Частота перевода новорожденных на второй этап выхаживания в первой группе составила 50%, во второй группе 36%, в третьей группе 20%.

При микроскопировании сосуды кровеносного русла приобретают искаженную форму с нарушенным строением эндотелия, крупные сосуды ишемичны, капилляры преимущественно полнокровны со стазом и гемолизом эритроцитов. При гестозе происходит нарушение строения спиральных артерий, эндотелиоцитов, происходит деструкция ядер и цитоплазматических органелл, выявляются изменения в строении базальной мемbrane и лежащих за ней волокон, происходит развитие склероза, отмечается склонность сосудов к полнокровию, стазу, сладж-феномену. Эти сосудистые поражения в определенной мере корригируются при применении Стабизола®, определяется улучшение процессов кровообращения за счет относительно равномерной наполненности капилляров и компенсаторного полнокровия. При анализе плацент площадь, занятая кавернами, инфарктами и гематомами у женщин 1-й и 2-й групп превышала 8% (средняя масса плаценты в 1-й группе – 460 ± 160 г, во 2-й группе – 596 ± 130 г, в 3-й группе – 586 ± 220 г), наблюдалось значительное уменьшение площади сосудов с проявлением в еще меньшей степени сладж-феномена и тромбоза, увеличение площади эндотелиоцитов, рельефность их люминарного края и возрастание количества пиноцитозных везикул.

Включение раствора 6%-ГЭК Стабизол® позволило провести экстренную частичную реанимацию маточно-плацентарного кровотока в целом и эндотелия в частности, пролонгировать беременность, провести профилактику респираторного дистресс-синдрома.

Таким образом, использование раствора 6%-гидроксиэтилированного крахмала Стабизол® способ-

ствует стабилизации в системе «мать-плацента-плод», улучшению исходов для новорожденных и матерей, перенесших тяжелые формы гестоза.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЦЕРВИЦИТ В ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ 1 ТРИМЕСТРА

Сердюков С.В., Новиков Е.И., Глуховец Б.И.

*Россия, г. Санкт-Петербург. НИИ СП им.И.И. Джанелидзе,
ГУЗ ЛОДПАБ*

Актуальность: Неразвивающаяся беременность (НБ) 1 триместра занимает особое место среди гинекологической патологии в связи с клинической непредсказуемостью и разнообразием этиологических факторов. По своей биологической сущности прерывание беременности ранних сроков является проявлением естественного отбора, обеспечивающего рождение здорового потомства. В тоже время НБ может быть проявлением хронических нарушений детородной функции, которые в дальнейшем найдут отражение в повторных выкидышах, эктопической беременности, вторичном бесплодии и т.п. По данным литературы на долю 1 триместра приходится 50% самопроизвольного прерывания подтвержденных беременностей. При существующей системе недифференцированного подхода к диагностике в 50-60% случаев причина прерывания беременности остается неясной.

Цель исследования: Разработка и внедрение комплексного дифференцированного подхода к диагностике прерывания беременности 1 триместра и выявление факторов риска ее развития на основании оригинальной программы патоморфологического исследования абортного материала в случаях замершей беременности 1 триместра.

Материалы и методы исследования: В программу исследования были включены 619 женщин, средний возраст которых составил 29,3 (диапазон 18 – 42 лет) с диагнозом замершей беременности 1 триместра, установленного по результатам клинико-лабораторного обследования, УЗИ и количественного определения ХГЧ. Всем женщинам произведено, по предложенной нами методике, диагностическое выскабливание полости матки и забор цитологического материала из цервикального канала. Выполнялись морфофункциональное исследование соскобов из полости матки (по авторской методике), цитологическое исследование соскобов цервикального канала, ИФА и ПЦР-диагностика ИППП.

Результаты исследования: На основании результатов гистологического исследования абортного материала выделены основные этиопатогенетические группы: восходящее бактериальное инфицирование (50,2%), гематогенная инфекция (38,8%), хромосомная патология (21,2%), недостаточность лютеиновой фазы (24,5%) и иммунная патология (12,2%). Следует уточнить, что на долю сочетанной формы – комбинация нескольких факторов – пришлось 31% случаев (n=192), а монокаузальной – 69% (n=427). Инфекционная патология, в совокупности, присутствовала в 89% случаев