

стенок адекватно колебаниям функциональной активности окружающих органов, метаболической (лимфообразование) и механической (поршень и наружная манжетка тканевого насоса). Специальные сегменты ЛСи (МКС всех видов, включая сосудистые и нодальные лимфангионы) «вставлены» в генеральные сегменты ЛСи (и в сегменты сердечно-сосудистой системы). Супраинтеграция (внешняя, надсегментарная) всех сегментов ЛСи, собственных (МКС в составе ЛР – главным образом адвентиция как надсегментарный аппарат или общий «футляр» МКС – инфраструктура сегментарного аппарата ЛР) и генеральных (с другими их компонентами – инфраструктура ЛР, вплоть до корпоральных сегментов организма), происходит прежде всего посредством рыхлой соединительной ткани (адвентиции каждого звена ЛР, при наличии у него наружной оболочки, и периадвентиции), которая местами преобразуется в лимфоидную – лимфоидные узелки и бляшки, лимфоузлы (локальные варианты строения генеральных сегментов ЛСи). Можно выделить две основные формы супраинтеграции сегментов ЛСи всех видов: 1) простая – посредством рыхлой соединительной ткани; 2) специальная – посредством гладкой мышечной (надклапанные пучки) или лимфоидной тканей, они дифференцируются из рыхлой соединительной ткани.

ВЫБОР АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ МЕКОНИАЛЬНОЙ ОКРАСКЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Хворостухина Н.Ф., Столярова У.В.,
Бебешко О.И.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского Минздрава РФ», Саратов,
e-mail: Khvorostukhina-NF@yandex.ru

Важной целью акушерства является прогнозирование и профилактика перинатальных осложнений во время беременности и родов. Появление мекония в околоплодных водах свидетельствует, по мнению ряда авторов, о внутриутробном страдании плода (Шалина Р.И. и соавт., 1999; Тищенко Е.Н., 2000; Nalhatan L. et al., 1994). Меконий представляет собой зелено-черную вязкую субстанцию, заполняющую толстый кишечник плода. Установлено, что частицы мекония размером 5-30 мкм представляют собой разновидность глюкопротеина, содержащего сиаломукополисахарид. Предполагают, что гипоксия плода вызывает спазм сосудов брыжейки, ведущей к перистальтике кишечника, расслаблению анального сфинктера и появлению мекония. Имеются данные о возможном пассаже мекония даже при нормальном состоянии плода в ответ на сдавление сосудов пуповины и активизацию вагусной реакции. Частота окрашивания околоплодных вод меконием колеблется от 4,5 до 20% (Абрамченко В.В.,

1997). По мнению отечественных и зарубежных авторов, мекониальная окраска околоплодных вод является маркером хронической внутриутробной гипоксии плода и фетоплацентарной недостаточности (ФПН), которая развивается в 30,6% наблюдений, оказывая влияние на состояние плода и здоровье новорожденного (Кулаков В.И., Серов В.Н., 2005; Naeye R.L., 1995). Мнение современных акушеров-гинекологов в решение этой проблемы разноречиво. Одни считают, что при выявлении мекониального окрашивания вод необходимо экстренное оперативное родоразрешение, другие не исключают возможность родоразрешения через естественные родовые пути.

Цель: Изучить особенности исходов родов, осложнённых мекониальной окраской околоплодных вод, при оперативном и естественном родоразрешении.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 68 историй родов. Во всех случаях предстояли срочные одноплодные роды при наличии мекония в околоплодных водах. Основную группу составили пациентки, родоразрешенные через естественные родовые пути 67,6% (n=46), группу сравнения – женщины, родоразрешенные оперативным путем 32,4% (n=22).

Результаты исследования. Возраст пациенток колебался от 18 до 43 лет. Первые роды предстояли 42 беременным (61,7%), повторные – 26 (38,3%). Детальное изучение анамнеза показало высокий процент соматической патологии: заболевания сердечно-сосудистой системы были выявлены у 23,5% беременных (n=16), желудочно-кишечного тракта – 23,5% (n=16), мочевыделительной системы – 8,8% (n=6), эндокринопатии – 45,5% (n=31), ожирение – 45,5% (n=31). Вредные привычки (курение) отмечены у 26 женщин (38,2%). Акушерско-гинекологический анамнез был отягощён абортми и воспалительными заболеваниями половых органов у 57,3% пациенток (n=39). Частыми осложнениями настоящей беременности являлись: угроза прерывания на различных сроках гестации (58,8%; n=40), токсикоз (23,5%; n=16), преэклампсия 16,2% (n=11). ОРВИ перенесли 64,7% беременных (n=44). Анемия диагностирована в 47% наблюдений (n=32), кольпит – в 36,7% (n=25), фетоплацентарная недостаточность – в 73,5% (n=50), нарушения маточно-плацентарного кровотока I-II степени – в 41,7% (n=28), хроническая гипоксия плода – в 82,3% (n=56).

В основной группе масса новорождённых находилась в пределах от 2000 до 4000 г, оценка при рождении по шкале Апгар составила 5-8 баллов. Синдром аспирации околоплодных вод имел место у 13,1% новорожденных (n=6), вследствие чего развилась аспирационная пневмония. Церебральная ишемия 1-2 степени выявлена у 17,4% (n=8).

В группе сравнения показаниями к оперативному родоразрешению явились: клинически узкий таз (13,6%; $n=3$), неправильные вставления головки плода (18,2%; $n=4$), аномалии родовой деятельности (18,2%; $n=4$), наличие рубца на матке (18,2%; $n=4$), тазовое предлежание (9,1%; $n=2$), при удовлетворительном состоянии плода. В 5 случаях (22,7%) операция выполнена в связи с развившимся острым дистрессом плода. Масса новорожденных в этой группе варьировала от 2500 до 4400 г, оценка по шкале Апгар 6-9 баллов. Необходимо отметить, что более низкая оценка новорожденных отмечена при экстренном родоразрешении по поводу острой гипоксии плода. У этих детей констатирована церебральная ишемия 1-2 степени (22,7%). Оперативное родоразрешение в остальных случаях позволило предотвратить развитие аспирационного синдрома у новорожденных группы сравнения.

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что при мекониальной окраске околоплодных вод частота оперативного родоразрешения составляет 32,4%. При несложном течении родового акта и выявлении мекония в околоплодных водах, возможно, успешное завершение родов через естественные родовые пути. В то же время своевременное оперативное родоразрешение в данной ситуации значительно улучшает исходы родов и снижает частоту перинатальных осложнений.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА В ГЕНЕЗЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Хворостухина Н.Ф., Свиридова О.Н.,
Столярова У.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского Минздрава РФ», Саратов,
e-mail: Khvorostukhina-NF@yandex.ru

Охрана репродуктивного здоровья женщин продолжает оставаться актуальной задачей современной медицины. Одним из «загадочных» заболеваний в гинекологии считают эндометриоз (Адамян Л.В. и соавт., 2012; Barlow D., 1996; Сао Х. et al., 2004). По данным зарубежных авторов, во всем мире эндометриозом страдают 1761687000 женщин в возрасте от 15 до 45 лет (Nsoaham K.E. et al., 2010). При этом литературные источники указывают на неуклонный рост числа больных, что позволяет отнести это заболевание к разряду современных эпидемий. Эндометриоз поражает женщин независимо от расовой принадлежности, социально-экономического статуса и возраста – от подростков 10-11 лет до женщин 60-70 лет. Важно подчеркнуть, что заболевание выявляется у каждой из 10 женщин репродуктивного возраста, когда они заканчивают образование, делают карьеру, строят партнерские отношения или создают се-

мью. Несмотря на огромное количество работ, посвященных вопросам этиологии и патогенеза эндометриоза, проблема поиска эффективного лечения данной патологии остается открытой. На сегодняшний день ясно одно: то, что мы называем «эндометриозом», является только верхушкой айсберга для широкого диапазона проблем со здоровьем.

В последние годы все большее значение уделяется роли инфекционного фактора в развитии генитального эндометриоза. Известно, что воспалительные заболевания половых органов занимают первое место в структуре генитальной патологии (Кулаков В.И. и соавт., 2007). По статистике во всем мире в последнее время отмечено повышение частоты воспалительных заболеваний репродуктивной системы женщины.

Цель настоящего исследования: изучить роль воспалительных заболеваний органов малого таза в генезе генитального эндометриоза.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 56 женщин репродуктивного возраста, которые были направлены на хирургическое лечение по поводу наружного генитального эндометриоза. Всем пациенткам проводилось стандартное клиничко-лабораторное обследование, УЗИ. Дополнительно в план диагностических мероприятий был включен иммуноферментный анализ крови (ИФА) на обнаружение антител IgG и IgM к возбудителям урогенитальных инфекций. Оперативные вмешательства выполнялись с использованием мониторинговой лапароскопии (Karl Storz, Германия): цистэктомия, коагуляция очагов эндометриоза, сальпингоовариолизис. В зависимости от варианта лечения в послеоперационном периоде все пациентки были разделены на две группы. В основной группе ($n=28$) гормонотерапии («Бусерелин-депо 3,75 мг, 6 месяцев) предшествовала специфическая антибактериальная, противовоспалительная, иммуномодулирующая терапия с учетом выявленных инфекционных возбудителей. В группе сравнения ($n=28$) гормонотерапия начата сразу после операции.

Результаты исследования. Пациентки групп были сопоставимы по возрасту, наличию генитальных и соматических заболеваний. По результатам микроскопического исследования мазков бактериальный вагиноз диагностирован у 89% женщин ($n=50$). Данные иммуноферментного анализа крови позволили выявить у всех обследуемых женщин антитела класса G к возбудителям урогенитальных инфекций. Хламидиоз констатирован у 58,9% больных, цитомегаловирусная инфекция – у 100%, трихомониаз – у 83,9%, генитальный герпес – у 44,6%, уреоплазмоз – у 5,3%. Необходимо отметить, что в каждом случае было характерно сочетание нескольких возбудителей инфекций, передаваемых половым путем, в то время, как клинических признаков активизации вос-