

2. Бабич И.И., Чепурной Г.И., Степанов В.С. Лечение закрытых повреждений селезенки у детей со спленэктомией в сочетании с гетеротопической аутолиентрансплантацией селезеночной ткани // Вестник хирургии. – 1989. – № 2. – С. 93–96.
3. Балуда В.П., Баркаган З.С., Гольдберг Е.Д. и соавт. Лабораторные методы исследования системы гемостаза. – Томск, 1980. – 313 с.
4. Баркаган З.С. Исследования системы гемостаза в клинике. – Барнаул, 1975. – 186 с.
5. Барта И. Селезенка. – М.: Медицина, 1976. – С. 5–40.
6. Виноградов В.В., Денисенко В.И. Гетеротопическая аутолиентрансплантация селезеночной ткани после спленэктомии // Хирургия. – 1986. – № 2. – С. 87–89.
7. Гафаров О., Леонтьев А., Сенякевич В. Иммунный статус детей с внепеченочной портальной гипертензией после спленэктомии // Хирургия. – 1982. – № 11–12. – С. 68–72.
8. Георгиева С.А., Гладилин Г.П. Влияние экспедиционно-вахтового метода трудовой деятельности на особенности антикоагулянтных и литических свойств крови и сосудистой стенки // Материалы VII Всесоюзной конференции по экологической физиологии. – Ашхабад, 1989. – С. 86.
9. Гриневиц Ю.А., Алферов А.Н. Определение иммунных комплексов в крови у онкологических больных // Лабораторное дело. – 1981. – № 8. – С. 493–495.
10. Еремич Г.Ф., Давыдов А.В., Лычев В.Г. Определение индексов, характеризующих активацию начальной фазы свертывания крови // Лабораторные методы исследования гемостаза. – Томск, 1980. – 313 с.
11. Киричук В.Ф. Физиология крови // Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2002. – 103 с.
12. Киричук В.Ф., Малинова Л.И., Креницкий А.П. и соавт. Гемореология и электромагнитное излучение КВЧ-диапазона. – Саратов, 2003. – 35 с.
13. Копыстьянский Н.Р. О влиянии селезенки на свойства и функцию тромбоцитов // Тез. докл. конференции по проблемам свертывания крови. – Баку, 1966. – С. 142–145.
14. Куртов И.В. Оценка эффективности методов лечения идиопатической тромбоцитопенической пурпуры: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2000. – 8 с.
15. Павловский М.П., Чукчин И.Н. Хирургическая тактика при травме селезенки // Хирургия. – 1991. – №№ 5–6. – С. 89–92.
16. Савельев В.С., Ступин И.В., Волкочедов В.С. Перспектива использования плазменного скальпеля в хирургической практике // Хирургия. – 1986. – № 10. – С. 153–156.
17. Чалык Ю.В. Высоко- и низкоинтенсивные лазеры в хирургии паренхиматозных органов живота: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Саратов, 1993. – 25 с.
18. Lee R.L., White P.D. Gerinnungslaboratorium in Klinik und Praxis. – Leipzig, 1960. – S. 33–34.
19. Manchini J., Carhjonara A., Heremans Y. Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion // Inf. J. Immunochemistry. – 1965. – № 2. – P. 235–254.
20. Patel J., Williams J., Shmigel B. et al. Prervation of splenic function by autotransplantation of traumatized spleen in man // Surgery. – 1981. – Vol. 90. – № 4. – P. 683–688.
21. Quik A.T. Определение активности антитромбина III. Антикоагулянты. – Л.: Медицина, 1965. – 416 с.
22. Uraski U. Splenecktomia w swite wspoecznych pogladow // Polski tygodnik lekarski. – 1982. – Vol.37. – P.1109–1112.

УДК 618.5-039.11:618-33J:572.7 (045)

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ, МОРФОЛОГИЯ ПОСЛЕДА И ЗАДЕРЖКА РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Л.В. Василенко, С.А. Степанов, Т.Л. Василенко

Саратовский государственный медицинский университет

Ретроспективно изучено течение беременности и ее исход у женщин с недонашиванием беременности, родивших детей с задержкой развития (1 группа), и у родивших своевременно (2 группа). Преждевременные роды составили 4,4% из 2962 родов. ЗРП констатирована у 38,1% недоношенных детей и у 10,5%, родившихся своевременно. Недонашивание беременности обусловлено урогенитальной инфекцией у матери, выраженными формами гестозов, прочими акушерскими и экстрагенитальными осложнениями.

У женщин, родивших недоношенных детей с задержкой развития, в послегеде наблюдались воспалительные изменения у каждой третьей родильницы, морфологически доказанная ФГП наблюдалась у каждой пятой женщины.

Проведенные исследования позволили заключить, что для снижения частоты недонашивания беременности и ЗРП необходимо у женщин своевременно проводить санацию урогенитального тракта, доклиническую диагностику гестозов, невынашивания беременности и проводить их превентивное лечение.

PREMATURE BIRTH, MORPHOLOGY OF PLACENTA AND INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION

L. V. Vasilenko, S.A. Stepanov, T.L. Vasilenko

Saratov State Medical University

Retrospectively studied following and outcome of pregnancy, women with non carrying of pregnancy, women that give birth to children with development delay (1 group) and women that give birth in proper time (2 group). Premature birth arranged 4,4% of 2962 delivery. Fetus development delay was established by 38,1% of premature babies and by 10,5% of borne in proper time. Non carrying of pregnancy stipulated by mother's urogenital infection, high expressed gestosis and others obstetrical and extra genital complications.

Each third of women that give birth to premature babies with development delay, have inflammatory overpatching in placenta, each fifth have morphological proved FPI.

Realized researches allowed to conclude, that for decreasing frequencies of premature births and fetus development delay is necessary doing opportunely urogenital tract sonation, pre-clinical diagnostics of gestosis Noncarrying of pregnancy and treat this disease preventive.

Преждевременные роды и задержка развития плода представляют большую социальную проблему. Недонашивание беременности обуславливает 50% мертворождений и 70% ранних неонатальных потерь [3]. До девятилетнего возраста жизни у 4,5% детей, родившихся недоношенными, выявляются органические поражения мозга в виде детских церебральных параличей, олигофрении, эпилептиформных припадков [2]. Среди недоношенных новорожденных частота задержки развития плода (ЗРП) возрастает в несколько раз по сравнению с детьми, родившимися при доношенной беременности. Во многом это связано с нарушением маточно-плацентарного кровообращения. Однако, полностью морфологические изменения последа при преждевременных родах и задержке развития плода (ЗРП) изучены недостаточно.

Целью нашей работы явилось изучение особенностей течения беременности, родов, морфологического состояния последа у женщин, родивших преждевременно детей с задержкой развития; разработки тактики акушера для предупреждения ЗРП, перинатальных осложнений.

Материалы и методы исследования. Из общего количества 2962 родов ретроспективно изучено течение беременности, родов, и морфология последа у 50 матерей и их детей, родившихся преждевременно с задержкой развития (основная группа). Задержку развития плода определяли по таблице Г.М. Деметьевой [4], в которой учтены массо-ростовой коэффициент и срок гестации. Всего произошло 131 (4,4%) преждевременные роды. ЗРП выявлена у 50 (38,1%) недоношенных новорожденных. Группу сравнения составили 297 (10,5%) женщин и их детей с задержкой развития, родившихся при доношенной беременности. Основную и группу сравнения объединяло наличие ЗРП. Главное отличие между ними в том, что в основной группе роды были преждевременными, а в группе сравнения – своевременными. Этим ставилась задача выявить влияние недонашивания беременности на развитие ЗРП.

Морфологические исследования последа проводились общепринятыми методами с использованием рутинных гистохимических реакций. При сравнении полученных данных использованы методы вариационной статистики [1].

Результаты исследования и их обсуждение. В изучаемых группах беременных число первородящих и повторнородящих не имело существенных различий. Согласно группам первородящих было 66,0 и 64,6%, повторнородящих – 34,0 и 35,4%. Средний возраст первородящих составил 24,5 и 22,8 лет ($p > 0,05$), повторнородящих – 32,7 и 29,1 лет. Возраст повторнородящих, родивших недоношенных детей, был достоверно больше, чем у женщин, родивших детей в срок ($p < 0,001$).

Большой интерес представляет частота и выраженность экстрагенитальных заболеваний у беременных исследуемых групп. Так, в основной группе экстрагенитальная патология выявлена у 31 (62,0%) бе-

ременной, в группе сравнения – у 138 (46,5%) – $p < 0,04$. В структуре экстрагенитальных осложнений в обеих группах преобладали хроническая урогенитальная инфекция, гипохромная анемия, вегето-сосудистая дистония, эутиреоидный зоб, прочие заболевания.

Беременность осложнилась гестозом у 14 (28,0% беременных основной группы и у 25 (8,4%) – группы сравнения ($p < 0,01$). Следует отметить, что в основной группе среднетяжелые и тяжелые формы гестоза наблюдались у 9 (18,0%) беременных, в группе сравнения – у 8 (2,7%) – $p < 0,02$.

Беременность двойней наблюдалась только в основной группе – у 5 (10,0%) женщин ($p < 0,03$).

На фоне тяжелых форм гестоза у 5 (10,0%) женщин основной группы и у 1 (0,3%) беременной группы сравнения произошла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – $p < 0,03$.

Дородовое излитие околоплодных вод произошло у 5 (10,0%) женщин основной группы и у 22 (7,4%) – группы сравнения. Вероятно, эта патология обусловлена наличием хронической урогенитальной инфекции, приводящей к амнионитам и преждевременному разрыву плодных оболочек.

Хроническая гипоксия плода в III триместре гестации, определенная с помощью кардиотокографии и доплерометрии объема и скорости кровотока в маточных сосудах, отмечена у 19 (38,0%) беременных основной группы и у 45 (15,1%) – группы сравнения ($p < 0,001$).

Указанный спектр экстрагенитальных и акушерских осложнений мог способствовать развитию преждевременных родов. По нашим данным, причиной преждевременных родов были: среднетяжелые и тяжелые формы гестозов – у 9 (18,0%) беременных, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – у 5 (10,0%) женщин, хроническая урогенитальная инфекция и родовое излитие околоплодных вод на этом фоне – у 11 (22,0%) рожениц, пороки развития матки – у 2 (4,0%) женщин и прочие причины – у 4 (8,0%) беременных. Всего удалось выделить предположительную причину преждевременных родов у 31 (62,0%) беременной, у остальных женщин (38,0%), причина преждевременных родов осталась неизвестной.

По показаниям со стороны матери и плода абдоминальное родоразрешение произведено у 19 (38,0%) беременных основной группы и у 68 (22,9%) – группы сравнения ($p < 0,05$). В структуре показаний к абдоминальному родоразрешению основное место принадлежало преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, тяжелым гестозам, гипоксии плода при неблагоприятной акушерской ситуации.

Разрезы промежности по показаниям преимущественно со стороны плода (гипоксия) произведены у 13 (26,0%) родильниц основной группы и у 34 (11,5%) – группы сравнения ($p < 0,04$).

В основной группе родилось 55 детей (5 двоен). 4 (7,2,7%) новорожденных погибли антенатально и ро-

дильсь мацерированными. В группе сравнения родилось 278 детей, 3 (10,7%) новорожденных умерли в антенатальном периоде. Различия в антенатальной смертности между группами недостоверные – $p > 0,05$.

Морфология последа изучена у 43 родильниц основной группы и у 278 – группы сравнения. Воспалительные изменения последа в виде серозно-гнойных мембранитов, фуникулитов, амнионитов, децидуитов выявлены у 5 родильниц, серозные базальные децидуиты – у 7, очаговые экссудативные интервиллузиты, амниониты – у 2 родильниц; всего – у 14 (32,6%) женщин. Аналогичные воспалительные поражения последа выявлены у 41 (14,7%) родильниц в группе сравнения, т. е. в 2,2 раза реже; различия достоверные – $p < 0,03$.

Кроме воспалительных поражений последа, фетоплацентарная недостаточность (ФПН) проявлялась микроциркуляторными и гемодинамическими нарушениями в форме дистрофических, склеротических изменений, тромбозом межворсинчатого пространства, расширения синцитио-капиллярного пространства, геморрагических инфарктов.

Субкомпенсированная и декомпенсированная ФПН морфологически диагностирована у 9 (20,9%) женщин основной группы и у 15 (5,4%) родильниц группы сравнения ($p < 0,03$).

Плацентарно-плодовый коэффициент у родильниц основной группы составил $0,18 \pm 0,005$, в группе сравнения – $0,13 \pm 0,003$ ($p < 0,001$).

Выводы

При преждевременных родах задержка развития плода встречается в 3,6 раза чаще, чем при своевременных, и составляет 38,1%. Следовательно, для

предупреждения задержки развития плода, необходимо снизить частоту и степень недонашивания беременности.

Среди выявленных причин недонашивания беременности основной удельный вес принадлежит тяжелым и среднетяжелым гестозам, хронической урогенитальной инфекции, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, приводящих к гипоксии плода, дородовому излитию околоплодных вод и досрочному прерыванию беременности.

При задержке развития плода в последе развиваются воспалительные, микроциркуляторные, гемодинамические нарушения, которые усугубляют гипоксию плода и приводят к досрочному прерыванию беременности.

Основной задачей в работе акушера является прегравидарная санация родовых путей, лечение экстрагенитальной патологии. Во время беременности особенно необходима доклиническая диагностика угрозы невынашивания беременности, гестозов и их превентивное лечение. Осуществление предлагаемых превентивных мероприятий снизит частоту перинатальных осложнений, смертности и задержки развития плода в частности.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Автандилов Г.Г. Введение в количественную патологическую морфологию. – М.: Медицина, 1980. – 215 с.
2. Василенко Л.В. Педиатрия, акушерство и гинекология. – 1981. - № 4. – С. 44-46.
3. Коханевич Е.В., Барабой В.А., Лесьо-Маркуш Н.И., Геревич И.Я. Педиатрия, акушерство и гинекология. – 1989. - № 4. – С. 42-43.
4. Справочник неонатолога / Под ред. Н.П. Шабалова. – Л.: Медицина, 1984.



В издательстве ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава» готовится к выпуску монография:

Ю.Г. Шапкин, В.В. Масляков. Результаты хирургического лечения поврежденной селезенки.