

Интраоперационно осложнений не наблюдалось. В раннем послеоперационном периоде у 2 пациентов (6 %) возник рецидив увеита, проводимая консервативная противовоспалительная терапия позволила купировать острый процесс, однако через 10–12 месяцев развилась субатрофия глазного яблока. В 1-м случае (3 %) у пациента появились признаки симпатической офтальмии. Активная противовоспалительная терапия с включением пульс-терапии глюкокортикостероидов позволила купировать явления увеита и сохранить зрительные функции. У 3 пациентов (9 %) развилась офтальмогипертензия (на глазах с силиконовой тампонадой витриальной полости). Из 17 пациентов у которых деструкция стекловидного тела сопровождалась отслойкой сетчатки, в 14 случаях (82 %) сетчатка после проведенного хирургического лечения полностью анатомически прилегла. В отдаленном периоде (наблюдение в течение 1 года) рецидива увеита не отмечено. Получено улучшение зрительных функций: исходная острота зрения составляла светоощущение — движение руки у лица 19 пациентов (55,9 %), 0,01–0,04 — 6 пациентов (17,6 %), 0,05–0,08 — 2 пациента (5,9 %), 0,09–0,1 — 7 пациентов (20,6 %). После операции отмечалось повышение зрительной функции: светоощущение — движение руки у лица 11 пациентов (32,4 %), 0,01–0,04 — 8 пациентов (23,5 %), 0,05–0,08 — 3 пациента (8,8 %), 0,09–0,1 — 7 пациентов (20,6 %), 0,2–0,4 — 5 пациентов (14,7 %).

Выводы

1. Несмотря на высокое качество проводимого хирургического лечения в сочетании с противорецидивной терапией, в 9 % случаях получен рецидив увеита.
2. Витреоретинальная хирургия, несмотря на риск, способствует повышению остроты зрения, что значительно улучшает качество жизни пациентов.
3. Тотальная витрэктомия при деструкции стекловидного тела не только восстанавливает прозрачность оптических сред, но и предупреждает развитие пролиферативных и дегенеративных изменений и предотвращает развитие отслойки сетчатки.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Авитисов, С. Э.* Офтальмология. Национальное руководство / С. Э. Авитисов, Е. А. Егоров. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 482.
2. *Шарипова, Д. Н.* Ранняя витрэктомия в лечении хронических рецидивирующих увеитов / Д. Н. Шарипова, У. Д. Абубакарова // Актуальные проблемы офтальмологии: сб. науч. работ / Под общ. ред. Х.П. Тахчиди. — М.: «Офтальмология», 2009.
3. *Чехова, Т. А.* Сравнительный анализ заболеваемости пациентов с увеитами / Т. А. Чехова, Г. В. Братко, В. В. Черных // Актуальные проблемы офтальмологии: сб. науч. работ / под общ. ред. Б. Э. Малюгина. — М.: «Офтальмология», 2012.

УДК 618.5-089.888.3:616-071.1]053,31

ОСОБЕННОСТИ РОДОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОРА

Эпелева С. Я., Дымова А. М., Сердюков О. В.

Научный руководитель: ассистент И. А. Корбут

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Вакуум-экстракция плода — родоразрешающая операция, извлечение плода за головку за счет создания отрицательного давления между головкой плода и внутренней поверхностью чашечки специального аппарата (вакуум-экстрактора) [1, 2]. Показаниями для выполнения указанной манипуляции являются слабость потуг и острая гипоксия плода [3]. Несмотря на динамичное совершенствование и расширение методов диагностики в акушерстве, стойкое снижение младенческой, антенатальной и материнской смертности, высокий уровень оказания акушерско-гинекологической помощи, широкий выбор и доступность современных лекарственных препаратов, в настоящее время в вопросе о выборе ме-

тогда родоразрешения акушерская служба не может полностью отказаться от родоразрешающих операций с использованием вакуум-экстракции плода [1]. В свою очередь, за неимением возможности полностью отказаться от данной методики, медицинская технология стремится совершенствовать конструкцию аппарата (применение резиновых и силиконовых чашечек и т. п.), что в сочетании с грамотной техникой исполнения данной операции позволяет существенно снизить нежелательные явления у матери и плода [3].

Цель

Изучить преморбидный фон, структуру плаценты и состояние новорожденных у пациенток, родоразрешенных путем вакуум-экстракции плода.

Материалы и методы исследования

Ретроспективный анализ 25 историй родов женщин, родоразрешенных в Гомельской областной клинической больнице за период 2008–2012 гг., статистическая обработка: вычисление доли, стандартной ошибки доли ($P \pm Sp\%$), медианы, 25-го и 75-го процентилей.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст обследованных варьировал в пределах 17–34 лет. Из них первобеременных было 14 ($56,0 \pm 10,3\%$) человек, первородящих — 21 ($84,0 \pm 7,5\%$) женщин. Только одна пациентка была юной первородящей. Срочных родов — 21 ($84,0 \pm 7,5\%$), запоздалых — 4 ($16,0 \pm 7,5\%$) случая.

Изменение цвета околоплодных вод на меконеальный наблюдалось у 5 ($20,0 \pm 8,2\%$) обследованных.

Прегравидарный анамнез было отягощено наличием воспалительного процесса в почках у 6 ($24,0 \pm 8,7\%$) обследованных, а патологией желудочно-кишечного тракта — у 9 ($36,0 \pm 9,8\%$) женщин.

Условием для наложения вакуум-экстрактора явились: живой плод, полное открытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря, соответствие размеров таза матери и головки плода, расположение головки большим сегментом во входе в малый таз, затылочное вставление.

Показаниями к вакуум-экстракции явились: вторичная слабость родовой деятельности (слабость потуг), не корригируемая медикаментозно в 14 ($56,0 \pm 10,3\%$) и острая гипоксия плода в 11 ($44,0 \pm 10,1\%$) случаях.

Послед у 24 из 25 рожениц был зрелый, компенсаторно-приспособительные реакции умеренно выражены в 24 случаях, чрезмерно выражены — в 1 (возраст женщины 21 год).

Воспалительные изменения плаценты по типу хориодецидуита были диагностированы у 17 ($68,0 \pm 9,5\%$) обследованных.

Безводный период более 6 часов наблюдался у 16 ($64,0 \pm 9,8\%$) пациенток (в том числе у 10 — с хориодецидуитом).

Преждевременный разрыв плодных оболочек наблюдалось в 9 наблюдениях (в том числе у 6 — с хориодецидуитом).

Масса новорожденных составила 3630 (3370; 3810) грамм, причем к категории крупных детей относились только 4 ($16,0 \pm 7,5\%$) ребенка. Умеренная асфиксия была диагностирована у 6 ($24,0 \pm 8,7\%$) детей — у 5 мальчиков и у 1 девочки. У новорожденных со среднетяжелой асфиксией отмечался цианоз кожных покровов, дыхание было аритмичное. При аускультации-тоны сердца были приглушены. Мышечный тонус и рефлексы были снижены.

С тяжелой степенью асфиксии был только один новорожденный, девочка, весом 3170 грамм, от первой беременности, показанием к использованию вакуум-экстрактора была слабость родовых сил. Состояние ребенка: девочка была заторможена, дыхание отсутствовало, тоны сердца глухие, брадикардия, тонус мышц снижен резко, рефлексы

не определялись, на раздражение реакции не было. Новорожденный был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии.

После проведенной терапии состояние детей с умеренной асфиксией при рождении было расценено как удовлетворительное, они были благополучно выписаны из родильного дома на 7–10 сутки. Новорожденная девочка с тяжелой асфиксией при рождении была переведена для дальнейшего лечения в отделение патологии новорожденных Гомельской областной клинической детской больницы.

В исследуемой группе после родоразрешения путем вакуум-экстракции все женщины были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы

По данным патоморфологического исследования, нами установлено, что в 68 % случаев имеет место быть воспаление плаценты по типу хориодецидуита. Основным путем его возникновения — восходящий, что часто наблюдается при преждевременном разрыве плодных оболочек и увеличении безводного интервала, что согласуется с полученными нами данными. Наличие инфекции в полости матки может быть фактором риска как аномалий родовых сил, так и гипоксии плода, поэтому необходима тщательная санация очагов хронической инфекции до беременности.

На основании проанализированных материалов, нами сделан вывод, что использование вакуум-экстрактора дает возможность быстрого родоразрешения через естественные родовые пути, не увеличивает риск осложнений у новорожденных, не оказывает неблагоприятного влияния на течение раннего неонатального периода. Для улучшения качества оказания акушерской помощи можно оснащать этим оборудованием акушерские стационары I–II уровней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко, В. В. Акушерские операции / В. В. Абрамченко. — С-Пб.: ООО «Нордмеиздат», 2005. — С. 341–380.
2. Сидорова, И. С. Руководство по акушерству: Учебное пособие / И. С. Сидорова, В. И. Кулаков, И. О. Макаров. — М: Медицина, 2006. — 240 с.
3. Супрун, Л. Я. Практические навыки по акушерству и гинекологии / Л. Я. Супрун [и др.] — Минск: Новое знание, 2002. — 166 с.
4. Predictors of failed operative vaginal delivery: a single center experience / A. Ben-Haroush [et al.] // Amer. J. Obstet. Gynec. — 2007. — V. 197. — P. 308–309.

УДК 616.127-002.4-018.46

РОЛЬ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ТЕРАПИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО НЕКРОЗА МИОКАРДА

Юдин П. Ю., Черняк А. Л.

Научный руководитель: к.м.н. О. А. Юдина

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Ведение

Мезенхимные стволовые клетки (МСК) обладают активным тропизмом к зонам повреждения тканей в организме, существенно влияют на процессы воспаления и репарации в этих областях. Трансплантация МСК приводит к сокращению сроков тканевого воспаления в зоне ишемии и рубцевания в области некроза, появлению (или сохранению) субэпикардального слоя кардиомиоцитов, активации ангиогенеза в пограничной зоне, формированию более эластичного рубца и уменьшению дилатации полостей желудочков. МСК обладают сходным с макрофагами набором поверхностных рецепторов. Предполагают, что они отвечают на те же воспалительные цитокины, что и макрофаги, и, вероятно, приходя в зону некроза, включаются в проходящие там процессы. Инъек-