

тете родов, дистрофия сетчатки — 4 ($4,0 \pm 1,9\%$). Доступ по Пфаннштилю выполнен у 74 пациенток ($74,0 \pm 4,4\%$), нижняя срединная лапаротомия чаще выполнялась при недоношенной беременности, при оперированной матке, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, неправильном положении плода. Экстренное кесарево сечение чаще выполнялось под эндотрахеальной анестезией ($96, 96,0 \pm 1,9\%$). Кровопотеря во время операции составила $639,5 \pm 64,9$ мл (Me 600 мл; 600 мл; 800 мл). Патологическая кровопотеря наблюдалась в 1 случае (1100 мл) у пациентки с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. В состоянии асфиксии родились 10 % новорожденных (7 % недоношенных, 3 % доношенных). Средняя оценка по шкале Апгар на 1 минуте составила $7,7 \pm 0,5$ балла, (Me — 8; 6 баллов; 8 баллов). На 5 минуте 4 новорожденных находились на ИВЛ, оценка 7 баллов была выставлена 3 пациентам, средняя оценка по Апгар составила $8,1 \pm 0,8\%$ (Me — 8 баллов; 6 баллов; 9 баллов). Отмечаются статистически значимые различия в выявлении угрожающих состояний плода и асфиксии новорожденных ($27,0 \pm 4,4\%$ против $3,0 \pm 0,4\%$, $\chi^2 = 9,6$, $p = 0,02$). Послеродовый период протекал на фоне анемии у 18 человек ($18,0 \pm 1,2\%$).

Выводы

Наиболее частым показанием к операции кесарево сечение явились хроническая внутриутробная гипоксия плода в стадии субкомпенсации, отсутствие эффекта от родоиндукции и первичная родовая слабость. Высокая частота беременных с отягощенным акушерским анамнезом, увеличение первородящих в возрасте более 30 лет и наличие крупного плода наиболее часто влияют на принятие решения об изменении тактики ведения родов и выполнении экстренного кесарева сечения. Отмечаются статистически значимые различия в выявлении угрожающих состояний плода и асфиксии новорожденных ($27,0 \pm 4,4\%$ против $3,0 \pm 0,4\%$, $\chi^2 = 9,6$, $p = 0,02$). Резервами для снижения частоты экстренных абдоминальных родоразрешений может являться тщательная оценка признаков готовности беременной к родам с учетом срока гестации и показаний к индукции, адекватная оценка состояния плода в родах, повышение эффективности методов терапии аномалий родовой деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева, Г. М. Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве / Г. М. Савельева // Акуш. и гин. — 2008. — № 3. — С. 10–15.

УДК 618.3-06:616.853]:618.36-091

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Курильчик О. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Нарушения морфофункционального состояния плаценты представляют собой одну из основных причин осложненного течения беременности и родов. К изменению фетоплацентарного комплекса у женщин с эпилепсией, могут приводить генерализованные клонико-тонические судороги и прием противоэпилептических препаратов во время беременности, значительно повышая риск развития внутриутробной задержки роста плода [1].

По данным литературы, для беременных с эпилепсией характерен ряд морфологических признаков плацентарной недостаточности: кальцификаты, компенсаторный ан-

гиоматоз, отложения межворсинчатого фибриноида, выраженность которых зависит от степени компенсации основного заболевания [2].

Цель

Изучить морфологические особенности плацент у беременных с эпилепсией.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ заключений патоморфологического исследования последов 60 пациенток, родоразрешенных в УЗ «ГОКБ» за 2007–2012 гг. Основную группу составили беременные с эпилепсией ($n = 30$), в группу сравнения вошли женщины без данной патологии ($n = 30$). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета «Statistica» 6.0 с использованием непараметрических статистических критериев. Для качественных признаков вычислялась доля (%) и 95 % доверительный интервал, рассчитанный с помощью метода Клоппера–Пирсона. Статистические различия рассчитывались с помощью критерия χ^2 и считались значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В основной группе воспалительные изменения в плаценте наблюдались значимо реже, чем в группе сравнения (в 63,3 % (43,9–80,1) против 96,7 % (82,8–99,9), $\chi^2 = 8,44$, $p = 0,004$). При этом в 40 % (22,7–59,4) последов наблюдался хориоамнионит, в 33,3 % (17,3–52,8) — хориодецидуит. В группе сравнения в абсолютном большинстве последов выявлен хориодецидуит — 93,3 % (77,9–99,2) ($\chi^2 = 20,74$, $p < 0,0001$), в 16,7 % (5,6–34,7) — хориоамнионит и по 20 % последов были с явлениями базального децидуита и омфаловаскулита (против 3,3 % в основной группе).

Признаки расстройства кровообращения в плацентах так же значимо реже наблюдались в основной группе (в 20 % (7,7–38,6) против 83,3 % (65,3–94,4) в группе сравнения, $\chi^2 = 21,62$, $p < 0,0001$). В плаценте женщин с эпилепсией по сравнению с пациентками без эпилепсии реже наблюдалась ангиопатия (3,3 % (0,1–17,2) против 53,3 % (34,3–71,7), $\chi^2 = 16,09$, $p = 0,0001$) и кровоизлияния в межворсинчатое пространство и строму ворсин (6,7 % (0,8–22,1) против 46,7 % (28,3–65,7), $\chi^2 = 10,31$, $p = 0,0013$). Из дистрофических изменений в послепе процесс петрификации чаще встречался в группе сравнения, чем в основной группе, 36,7 % (19,9–56,1) против 13,3 % (3,8–30,7) соответственно. По совокупности морфологических признаков с одинаковой частотой в обеих группах наблюдалась хроническая плацентарная недостаточность — по 13,3 % (3,8–30,7). В основной группе плацента несколько чаще была гипоплазирована 13,3 % (3,8–30,7), чем в группе сравнения — 3,3 % (0,1–17,2) и изменения ворсин хориона в виде отека, склероза и дисхромоза наблюдались лишь в основной группе, но статистически значимых различий выявлено не было.

Выводы

Значимо более низкая доля расстройств кровообращения ($p < 0,0001$) и воспалительных изменений ($p = 0,004$) в послепе женщин с эпилепсией по сравнению с пациентками без эпилепсии свидетельствует об особых персонифицированных условиях наблюдения за данными беременными, как за пациентками группы риска акушерских и перинатальных осложнений. Эффективность комплексного подхода к ведению беременных с эпилепсией обеспечивается своевременным проведением курсов профилактики и лечения фетоплацентарной недостаточности, санацией очагов хронической инфекции, достижением ремиссии эпилепсии на фоне приема противоэпилептических препаратов, адекватных по эффективности и с минимальным побочным действием на фетоплацентарный комплекс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Якунина, А. В. Беременность на фоне эпилепсии / А. В. Якунина // Врач. — 2010. — № 9. — С. 13–15.
2. Шин, С. М. Состояние фетоплацентарного комплекса у беременных, страдающих эпилепсией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / С. М. Шин; ГОУВПО «Российский государственный медицинский университет». — М, 2006. — 24 с.