

период начинается с 7 и заканчивается на 30 сут, необратимые дегенеративно-дистрофические изменения трансформируются в склероз мягкого остова пораженного сегмента, что вызывает грубое нарушение регуляции ВТД и способствует его стабилизации на высоком уровне. Ишемия, отмеченная в предыдущих периодах, проявляется атрофией мягких тканей и внутримышечным склерозом, сосредоточенным в основном на уровне сосулисто-нервных ворот мышц – формируются устойчивые миофасциальные триггеры. Лимфатические коллекторы на уровне пораженного сегмента непроходимы. Грубо нарушается формирование костной мозоли, периостальная мозоль регенерирует медленно, в зоне перелома доминируют незрелые фибробласты.

Таким образом, выполненный эксперимент на животных позволил создать рабочую схему патогенеза ОВТГС. Данная схема носит не только научный интерес, но и будет востребована врачами-клиницистами для практической деятельности.

Литература

1. *Иванов В.И., Татьяначенко В.К., Елфимов А.Л., Прохорский Д.А., Андреев Е.В., Иванов Д.В. // Морфофункциональные аспекты регенерации и адаптационной дифференцировки структурных компонентов опорно-двигательного аппарата в условиях механических воздействий: Материалы междунар. науч.-практ. конф. Курган, 2004. С. 118–120.*

Ростовская областная клиническая больница

6 сентября 2006 г.

УДК 618.5-039.71-055.28

АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

© 2006 г. *М.Ю. Мусангузова*

It is shown, that among anomalies activity of delivery at multiparity women initial and secondary weakness of patrimonial forces, weakness of labours prevail. In summary: low parameters of efficiency of conservative correction anomalies activity of delivery and high frequency surgical delivery convinces in necessity of applications in obstetrics practice of new methods of preventive maintenance and treatment of anomalies activity of delivery at multiparity women.

По заключению комитета экспертов ВОЗ 1978 г. многочисленные роды и частые беременности отнесены к группе универсального риска для матери и плода из-за высокой частоты осложнений беременности, родов, послеродового и неонатального периодов. Около 40 % родов в мире приходится на женщин, в анамнезе которых пять и более родов.

Республика Дагестан – регион с сохранившейся тенденцией многодетности [1, 2]. Одним из наиболее частых и тяжелых осложнений родов у

многорожавших женщин (МРЖ) являются аномалии родовой деятельности (АРД) [1–4].

Аномалии родовой деятельности вызывают затяжное течение родов, повышенную частоту акушерского травматизма матери и плода, нередко патологическую кровопотерю в последовом и раннем послеродовом периодах [3–8].

Цель нашего исследования – определение частоты и характера АРД у МРЖ, изучение исходов гестации для матери и плода.

Материалы и методы исследования

Проведен клинико-статистический анализ родов у 60 МРЖ с АРД. Все беременные подвергнуты обследованию в соответствии с отраслевыми стандартами в акушерстве и неонатологии, включая дополнительные методы исследования: ведение партограммы в родах, наружная гистерография, кардиотокография.

При анализе нарушений родовой деятельности придерживались классификации МКБ (1995).

1. Гипотонические формы слабости родовой деятельности.

1.1. Первичная слабость родовых сил.

1.2. Вторичная слабость родовых сил.

1.3. Слабость потуг.

2. Гипертонические формы дисфункции сократительной деятельности матки.

2.1. Патологический прелиминарный период.

2.2. Дискоординация родовой деятельности (дистоция шейки, гипертонус нижнего сегмента матки).

2.3. Стремительные роды.

2.4. Контракционное кольцо (сегментарная дистоция тела матки).

2.5. Тетанус матки (гипертоническая форма слабости родовой деятельности, тотальная дистоция матки.).

Проводился сравнительный анализ выбора тактики ведения родов и коррекции при аномалиях родовой деятельности у многорожавших женщин.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст у обследованных женщин составил от 30 лет и старше (от 20 до 45 лет).

Средний возраст менархе у МРЖ составил $12,4 \pm 1,3$ года. Нарушения менструальной функции в ювенильном и репродуктивном периодах наблюдались у 3 пациенток из группы.

Средний возраст вступления в брак составил $19,9 \pm 2,8$ года.

В процессе исследования установлено, что 74 % МРЖ – сельские жительницы с низким уровнем жизни. При оценке качества жизни учитывался средний доход на одного человека в семье, условия быта, взаимоотношения в семье. Следует отметить, что женщины, проживающие в труднодоступных местах (высокогорных аулах), своевременно не получали квалифицирован-

ную медицинскую помощь, в частности из-за того, что не всегда соблюдался принцип этапности оказания акушерской помощи. Это объясняет позднее поступление беременных в стационар и тяжесть их состояния.

Максимальное число родов в группе составило – 10, беременностей – 15.

Интервал между родами составил в среднем $1,9 \pm 0,12$ года – данный показатель указывает на короткий интергенетический интервал, что крайне неблагоприятно влияет на течение беременности и родов у многоплодных женщин.

По поводу гинекологической патологии (вульвовагиниты, воспалительные заболевания матки и придатков, патология шейки матки, функциональные кисты яичников) лечились 16 пациенток из 60 МРЖ, несмотря на то, что воспалительные заболевания матки и придатков отмечались у большинства женщин, что показывает неорганизованность гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Оперативное лечение произведено 4 (15 %) пациенткам. Показанием к оперативному вмешательству явились кисты яичников, старый разрыв промежности.

Количество беременностей составило 270, число родов 205 из них от 3 до 5 родов в анамнезе составило 32 (64,7 %), от 6 до 8 родов – 14 (28,3 %), более 9 родов – 4 (8,2 %).

Наиболее частым осложнением акушерского анамнеза у обследованных женщин явились: угроза прерывания беременности – 22,6, невынашивание беременности – 16,7 %. Количество искусственных абортов – 19, акушерские кровотечения – 6,9, аномалии родовой деятельности – 10 %.

Особое внимание заслуживает состояние МРЖ при наступлении беременности, в частности, наличие патологических процессов, в основе которых лежат сосудисто-гипоксические, токсико-иммунологические и метаболические нарушения [9].

При анализе экстрагенитальной патологии следует отметить, что среди всех заболеваний беременных женщин наиболее частой нозологией является железодефицитная анемия (ЖДА), выявленная у 45 (70,8 %) беременных. ЖДА оказывает отрицательное влияние на течение родового акта [7–9]. Преждевременные роды имели место в 3 раза чаще, слабость родовых сил – в 4, патологическая кровопотеря – в 2,4 раза чаще, чем у здоровых женщин.

При изучении соматического статуса ожирение диагностировано у 22 (44,6 %) пациенток. Первая степень ожирения установлена у 12 (24,8 %) женщин, 2 степень – у 11 (22 %), 3 степень – у 1 (2 %). Известно, что нарушение жирового обмена приводит к осложнениям беременности, родов и послеродового периода. При ожирении отмечается увеличение частоты возникновения гестоза, слабости родовых сил, кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах [1, 8, 9].

В наших наблюдениях частота заболеваний мочевыводящих путей составила 12 (24,3 %).

Довольно часто встречаются заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь у 8 (16 %) беременных, чаще всего у МРЖ

старше 35–40 лет. Беременные с гипертонической болезнью находятся в группе риска по возникновению кровотечения во время беременности, в последовом и раннем послеродовом периодах; варикозная болезнь отмечена у 19 (31,6 %) пациенток. Гестоз на фоне варикозной болезни в 13 % случаев, что повышает гиперкоагуляционные свойства крови, деструкцию сосудистой стенки. Гипотоническое кровотечение в три раза чаще встречается у беременных с варикозной болезнью.

Пороки сердца выявлены 1 (1,6 %) МРЖ. Заболевания органов дыхания – 2 % случаев.

Таблица 1

Частота осложнений настоящей беременности

Осложнение	n (%)
Угроза прерывания беременности	19 (38,6)
Ранний токсикоз	29 (58,7)
Rh-сенсibilизированная беременность	1 (2,2)
ПТБ	1 (2,2)
Предлежание плаценты	1 (2,2)
Многоводие	4 (8)
Маловодие	1 (2,2)

Данные, приведенные в таблице, показывают, что среди осложнений беременности упорно лидирует гестоз – 58, нефропатия 1–2 легкой и средней тяжести – 32, нефропатия тяжелой степени – 24, преэклампсия – 2 %. Довольно высокая частота гестоза у многорожавших женщин обусловлена часто встречающейся у них соматической патологией, снижением адаптационных возможностей организма после неоднократных родов, способствует возникновению целого ряда осложнений [9].

Частота угрозы прерывания беременности – 19 (38 %).

При распределении МРЖ по сроку беременности при родоразрешении выявлено, что роды при сроке 38–40 нед. наступили у 32 (64 %), 41–42 нед. – 7 (14 %) пациенток; преждевременные роды в сроке 25–32 нед. – 3 (6 %), 33–37 нед. – 8 (16 %) обследованных МРЖ. Роды через естественные родовые пути произошли у 38 (76 %), индуцированные роды отмечены у 34 (68 %) рожениц.

Показанием к индукции родов явились первичная и вторичная слабость родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод при незрелой шейке матки. Родовозбуждение во всех случаях проводилось внутривенным капельным введением окситоцина и простагландинов.

В результате исследования оперативное родоразрешение отмечено у 12 (24 %) МРЖ. Показаниями к операции кесарева сечения были: неэффективность консервативной коррекции аномалий родовой деятельности у

9 (23,3 %) пациенток, острая внутриутробная гипоксия плода – 4 (6,6 %). ПОНРП – 3 (3,3 %).

Извлечение плода путем вакуум-экстракции произведено у 1 роженицы по показаниям – упорная слабость потуг, неподдающаяся консервативной коррекции.

Таблица 2

Частота аномалий родовой деятельности у МРЖ

Вид аномалий родовой деятельности	n (%)
Патологический прелиминарный период	1 (2)
Первичная слабость родовых сил	40 (66,6)
Вторичная слабость родовых сил	15 (25)
Стремительные роды	2 (3,3)
Дискоординированная родовая деятельность	2 (3,3)

Сравнительное изучение частоты аномалий родовой деятельности у МРЖ указывает на преобладание дисфункции сократительной деятельности матки по гипотоническому типу – первичная, вторичная слабость родовых сил и слабость потуг. Чаще всего к причинам данной патологии относятся: частые роды, короткий интергенетический интервал, истощение энергетических ресурсов матки в родах, снижение эстрогенной насыщенности организма, ожирение и слабость брюшного пресса [1, 8, 9].

Аномалиям родовой деятельности обычно предшествуют преждевременное излитие околоплодных вод у 7 (14 %) пациенток, раннее излитие околоплодных вод – 9 (18 %), ПОНРП составила 2 % случаев, послеродовые кровотечения – у 13 (21,1 %), ручное обследование полости матки – 16 (26,6 %) случая. Наши исследования подтверждают, что акушерские кровотечения являются одним из наиболее частых осложнений последового и послеродового периода у МРЖ. Среди причин акушерских кровотечений одно из ведущих мест принадлежит аномалиям родовой деятельности матки.

Таблица 3

Осложнения родов и послеродового периода

Осложнение	n (%)
Преждевременное излитие околоплодных вод	7 (14)
Раннее излитие околоплодных вод	9 (18)
ПОНРП	1 (2)
Перинатальные потери	1 (2)
Послеродовые кровотечения	3 (6)
Хориоамнионит	2 (4)

Эпизиотомия, эпизиорафия произведены у 5 (8,3 %) многорожавших женщин. Среди осложнений послеродового периода выявлено, что метрит развился в 2 % случаев, нагноение послеоперационной раны у 1 (2 %) родильницы.

Перинатальные исходы у многорожавших женщин с АРД. Высокая частота осложнений беременности и родов неблагоприятно сказывается на состоянии плода и способствует развитию ряда осложнений у ребенка в раннем неонатальном периоде.

Всего живых детей родилось – 57, средняя масса новорожденных варьировала от 1,3 до 4,7 кг; 39 детей родились доношенными, 10 – недоношенные.

При оценке состояния новорожденных по шкале Апгар выявлено, что в 5–6 баллов оценены 14 новорожденных (28 %), 3–4 балла – один (2 %).

Структура выявленной заболеваемости у новорожденных: гипоксия – 75 %; асфиксия – 66,6; респираторный дистресс-синдром – 10,9; поражение ЦНС – 6,5; внутричерепное кровоизлияние – 2,1; родовая травма – 2,1; гипотрофия – 26,5; аспирационный синдром – 14 (28 %).

Интранатальная гибель плода возникла в 3 (5 %) случаев. Причиной гибели оказалось внутрижелудочковое кровоизлияние.

Необходимо подчеркнуть, что АРД неизменно сопровождается нарушением маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока. В свою очередь это вызывает снижение тонуса, изменение двигательной активности, гипоксию и асфиксию плода, что и характеризует высокий показатель данных осложнений в наших исследованиях.

Таким образом, сравнительное изучение частоты аномалий родовой деятельности у многорожавших женщин указывает на преобладание дисфункции сократительной деятельности матки по гипотоническому типу – первичная слабость родовой деятельности, вторичная слабость родových сил и слабость потуг.

Причины АРД у МРЖ заключаются в частых родах, коротких интергенетических интервалах, слабости брюшного пресса, ожирении и истощении энергетических ресурсов матки в родах, снижении эстрогенной насыщенности организма.

Низкие показатели эффективности коррекции АРД и высокая частота оперативного родоразрешения убеждает в необходимости внедрения в акушерскую практику новых методов профилактики и лечения аномалий родовой деятельности у многорожавших женщин.

Литература

1. Раджабова Ш.Ш. Профилактика осложнений кесарева сечения у многорожавших: Дис. ... канд. мед. наук. Махачкала, 2002.
2. Нурмагомедова С.С. Синдром задержки развития плода у многорожавших женщин: Дис. ... канд. мед. наук. Махачкала, 2000.
3. Асатова М.М., Гафарова Д.Х. // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. 1999. № 2. С. 85–90.

4. Гулик В.Ф. и др. // Материалы III Всерос. симп. Новокузнецк, 2001. С. 117–126.
5. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности. М., 2000.
6. Чернуха Е.А. Родовой блок. М., 2003. С. 534.
7. Ермошенко Б.Г., Дорофеева И.В., Шубич М.К. // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2003. № 5. С. 21–26.
8. Гаспарян Н.Д., Карева Е.Н. // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2003. № 2. С. 21–26.
9. Абу-Насер М.А. Гестоз у многорожавших женщин: Дис. ... канд. мед. наук. Махачкала, 1999.

*НПЛ репродукции Дагестанского научного центра РАМН**4 октября 2006 г.*

УДК 612.627

ФЕРТИЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ У ЖЕНЩИН С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЦИЛИНДРИЧЕСКОГО ЭПИТЕЛИЯ НА УЛЬТРАСТРУКТУРНОМ УРОВНЕ

**© 2006 г. Д.А. Пустовалов, А.Э. Мационис, В.В. Фисенко,
А.В. Попкова, С.А. Попков**

It has been shown that ectopia of the cervix uteri accounts for the alterations of physical and biological cervical mucus properties. These alterations are proved to favor cervical factor of infertility. In cases of revealed HPV ectopia fine structure examination has shown marked changes in epithelium, cell membrane and subepithelium layer in 83 % individuals with altered cervical mucus properties. Program for infertility examination is expected to incorporate those data.

Бесплодный брак (около 15 %) в настоящее время является одной из самых актуальных медицинских и социальных проблем. В структуре бесплодного брака 59–60 % составляет женское бесплодие [1, 2].

Существует определенное мнение, что различная патология шейки матки может быть кофактором нарушения фертильности [3, 4]. Доказано, что ВПЧ (вирус папилломы человека) – поражения шейки матки, сопровождающиеся снижением показателей местного иммунитета [5–7], в частности, уменьшением выработки секреторного иммуноглобулина «А», что способствует изменению качества цервикальной слизи, влияющей на подвижность сперматозоидов [8]. Вопрос в том, являются ли изменения в системе секреторных иммуноглобулинов, обусловленных ВПЧ, единственным фактором, приводящим к нарушению фертильных свойств цервикальной слизи.

Клетки, продуцирующие цервикальную слизь, имеют базально расположенное ядро, высокую цитоплазму, заполненную муцинозными каплями. Капли имеют альциан-голубое окрашивание вследствие содержания в них кислых мукополисахаридов. Цилиндрические клетки эндоцервикса характеризуются как простой эпителий с наличием только нескольких низкомо-