

4000 г. У всех родильниц течение послеродового периода было неосложненным.

Таким образом, возрастающая частота миомы матки у женщин репродуктивного возраста, требует совершенствования тактики прегравидарной подготовки, ведения беременности и родоразрешения, а миомэктомия на этапе планирования беременности, особенно у женщин, возможно, с последней и единственной возможностью иметь ребенка, является методом, позволяющим реализовать эту возможность.

Литература:

1. Горбунова, Т. Н. Акушерская и хирургическая тактика при миоме матки. / Т. Н. Горбунова // Дисс. . канд. мед. наук. М., 2004. – 120 с.
2. Коротких, И. Н. Оценка репродуктивного здоровья женщин после консервативной миомэктомии / И. Н. Коротких, И. Ю. Кураносова // Журн. теор. и практ. медицины. 2007. - Т. 5, № 1. - С. 38-40.
3. Краснопольский, В. И. Репродуктивные проблемы оперированной матки. / В. И. Краснопольский, Л. С. Логутова, С. Н. Буянова /-М., 2005. 160 с.

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАННИХ ГЕСТОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ

*Кучук Д. О., Гутикова Л. В., Биркос В. А., Сазонов А. В.,
Юркевич С. В.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г.
Гродно»*

Актуальность проблемы. Ранний гестоз беременных – симптомокомплекс, характеризующийся большой вариабельностью симптомов, из которых преобладают утренняя слабость, головокружение, умеренные и чрезмерные тошнота и рвота, гиперсаливация. Ранний гестоз беременных наиболее часто возникает в период с 4 по 9 недели гестации, но может продолжаться и до 16-20 недель. [1]. Около 70-85% беременных в разной степени беспокоят тошнота и рвота. [2]. На настоящий момент нет чёткого представления о патогенезе, факторах риска ранних гестозов беременных. Клинические проявления включают: дегидратацию, метаболический ацидоз, потерю массы тела, алкалоз, вследствие

потери хлоридов, гипокалиемию, кетонурию. До 35% пациентов с ранним гестозом беременных требуют стационарного лечения. В наиболее тяжёлых случаях ранний гестоз беременных может стать угрожающим жизни состоянием, требующим неотложной интенсивной терапии. [3].

В последнее время ведущую роль в патогенезе раннего гестоза беременных отдают дисбалансу в работе оксидантной системы и системы антиоксидантной защиты, окислительному стрессу, активации процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Несмотря на интерес учёных к данной проблеме, на сегодняшний день нет чёткого алгоритма патогенетической терапии раннего гестоза беременных. Такие обстоятельства, как высокая частота заболевания, увеличение средних сроков госпитализации, временной нетрудоспособности, требуют углубленного изучения патогенеза заболевания, внедрения новых эффективных методик лечения, таких как гипербарическая оксигенация (ГБО).

Мягкие режимы ГБО стимулируют систему антиоксидантной защиты организма и уменьшают интенсивность перекисного окисления липидов. Также ГБО улучшает реологические свойства крови, обладает иммунокорректирующим, дезинтоксикационным эффектами [4].

Цель исследования – повышение эффективности комплексного лечения средних и тяжелых форм раннего гестоза беременных с применением ГБО.

Методы исследования. Нами было проведено обследование и лечение 56 беременных в сроке гестации до 12 недель со средней и тяжелой формами раннего гестоза беременных. Средний возраст пациентов составил $25,3 \pm 2,5$ лет. Критерий включения – рвота более 5 раз в сутки. Все пациенты были разделены на 2 группы.

К основной группе отнесены 36 (64,4%) беременных, которым в комплекс лечебных мероприятий были включены 5 сеансов ГБО в мягком режиме с парциальным давлением кислорода 0,5 атм, продолжительность сеанса 30 минут. Контрольную группу составили 20 (36,8%) пациенток, получавших только традиционную терапию (диетотерапия, витаминотерапия, инфузионная терапия, противорвотные средства, седативные препараты).

Пациентам выполнялось стандартное клинико-лабораторное обследование, согласно протоколам. Для оценки степени активности процессов ПОЛ определяли уровни продуктов перекисления: диеновых конъюгат (ДК) и оснований Шиффа (ОШ) в сыворотке крови пациентов. Также исследовалась активность ферментативного звена системы антиоксидантной защиты – определялись сывороточные уровни ферментов супероксиддисмутазы (СОД), каталазы (КАТ), глутаматпероксидазы (ГПО).

Результаты и их обсуждение. Анамнестически у 12 (21,4%) пациентов отмечалось нарушение менструальной функции. Из перенесенных экстрагенитальных заболеваний преобладали воспалительные заболевания верхних дыхательных путей (73,2%) и мочевыводящих путей (14,2%). Из обследуемых пациентов 32 (57,1%) повторнобеременные, 68% из них отмечали проявление раннего гестоза беременных в предыдущие беременности, 34,3% из них имели в анамнезе потери беременности в сроке до 12 недель, у 15,6% в анамнезе были искусственные прерывания беременности. Анализ симптоматики представлен в таблице 1.

Таблица 1. – Динамика симптомов на фоне проводимой терапии.

Симптомы	Все пациенты (n=56), %	Основная группа (n=36), %		Контрольная группа (n=20), %	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
тошнота	100	100	11,1	100	45
рвота	100	100	5,5	100	25,0
снижение аппетита	96,4	94,4	22,2	100	40,0
слабость	94,6	91,6	13,0	100	30,0
головокружение	35,7	33,1	0,0	40,0	15,0
изменения вкуса и обоняния	25,0	25,0	0,0	25,0	15,0
слюнотечение	16,1	19,4	0,0	10,0	5,0
запоры	19,6	16,6	2,77	25,0	5,0
нарушение сна	14,3	16,6	0,0	10,0	0,0
сухость кожных покровов	17,8	19,4	0,0	15,0	0,0

Анализ динамики массы тела показал, что у всех пациенток основной группы и у 16 (80,0%) пациенток контрольной группы прекратилось снижение массы тела, при этом у большинства из них наметилась тенденция к увеличению массы тела.

Кетонурия отмечалась у 94,6% пациентов, 100% в основной, 85% в контрольной группах. После лечения у всех пациентов реакция на кетоновые тела в моче была отрицательной. У 2 пациентов основной группы (2,9% от общего числа обследуемых) наблюдался метаболический ацидоз, который был скорректирован на 2-е сутки лечения. Динамика специальных лабораторных показателей до и после проведенной терапии представлена в таблице 2.

Таблица 2. – Лабораторные показатели активности оксидантной системы и системы антиоксидантной защиты.

Показатели	Основная группа (n=36), %		Контрольная группа (n=20), %	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Диеновые конъюгаты, ед. опт. плотн/мг	0,57±0,09	0,27±0,05	0,53±0,08	0,43±0,07
Основания Шиффа, усл. ед/г	5,3±0,6	3,2±0,4	5,6±0,9	4,7±0,3
СОД, ЕД/г Нб	890±11	2100±21	911±13	1930±14
КАТ, мккат/л	42,0±3,4	92,3±4,2	44,2±3,4	72,5±4,8
ГПО ммоль/мин•л	8,2±2,4	28±4,3	9,8±3,2	17,4±3,5

Заключение. Таким образом, у всех 36 пациентов основной группы, которым в комплексе лечебных мероприятий проводилась ГБО, отмечена значительная положительная динамика клинической картины заболевания, заключающаяся как в уменьшении жалоб, так и в улучшении показателей объективного исследования, лабораторных показателей, что свидетельствует об эффективности данного метода.

Литература:

1. Jueckstock J K, Kaestner R, Mylonas I. Managing hyperemesis gravidarum: a multimodal challenge. // BMC Med. – 2010;8:46.
2. American College of Obstetrics and Gynecology. ACOG Practice Bulletin: nausea and vomiting of pregnancy. // Obstet Gynecol. – 2004; 103:803-814.
3. Бенедиктов И. И., Колпаков Л. Ф., Цуцор В. Б. Лечение рвоты беременных // Акуш. и гин. 2006. – № 4. – С. 59-61.

4. Говорухина Е. М., Иванов И. П. Принципы патогенетического лечения рвоты беременных // Вопр. охр. матер. – 2005. № 5. — С. 47-51.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРЕДПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА

Лаврич Л. П.

*Высшее государственное учебное заведение Украины
“Буковинский государственный медицинский университет”*

Раскрытие закономерностей пренатального развития играет важное значение для разработки практических мероприятий по антенатальной охране здоровья человека. Выполнение хирургических операций на органах плода в утробе матери, адекватное проведение сонографических исследований, толкование результатов диагностических приемов (УЗИ, КТ, МРТ) и вскрытий плода базируются на объективных анатомических данных [1-2]. Выяснение источников закладки, особенностей развития и становления топографии больших слюнных желез в пренатальном периоде развития человека имеет ключевое значение для целостного понимания структурно-функциональной организации продуцирующего слюну аппарата и ротовой полости в целом [3-6].

Целью нашего исследования стало изучить морфологические особенности околоушной железы с прилегающими структурами в предплодном периоде пренатального онтогенеза человека.

Материал и методы. Исследование выполнено на 28 предплодах (Пп) человека 14,0-79,0 мм теменно-копчиковой длины (ТКД) с соблюдением основных положений биоэтики и в соответствии с приказом МЗ Украины № 690 от 23.09.2009 г. В исследовании использовали методы микроскопии серийных гистологических срезов, гистохимии, морфометрии, графического и пластического реконструирования, макро- и микрофотографии.

Результаты исследования и их обсуждение. У Пп 14,0 мм ТКД зачаток увеличивается в размере и приобретает вид эпителиального (Эп) тяжа, состоящего из большого количества эпителиальных клеток кубической формы. Рост эпителиального зачатка ОЖ в предплодном периоде устремлен к внешнему уху. В конце 7-й недели зачаток околоушной железы (ОЖ) в Пп 18,0-20,0 мм ТКД (47-49 суток), представлен Эп тяжем длиной 220-