



Результати досліджень. Гістопатологічне дослідження використанням оглядових, гістохімічних (на колагенові волокна), бактеріоскопічних (метод Ціль-Нільсена на кислотостійкі бактерії) імуногістохімічних (з антитілами проти плацентарного лактогену) методів дозволило з одного боку підтвердити туберкульозний характер запалення, з іншого - з'ясувати особливості морфо-функціональних змін у ворсинчастому хоріоні, які можуть бути підґрунтям для розвитку хронічної плацентарної недостатності.

Встановлено, що у 11 (68.75%) досліджених плацентах мали місце специфічні для туберкульозного запалення плаценти морфологічні ознаки, а саме - локалізовані в базальній пластинці різних розмірів ділянки казеозного некрозу, які оточені епітеліоїдними клітинами, лімфоцитами та велетенськими багатоядерні пі клітинами Ланганса.

У інших плацентах мали місце явища неспецифіч-

ного віллузиту (запалення ворсин) та інтервіллузиту з злипанням ворсин або базальним децидуїту у вигляді лімфоїдної тканини та венозним повнокров'ям. Найбільш виразними ознаками плацентарної недостатності були ознаки затримки дозрівання ворсинчастого хоріону, що проявлялося підвищеним відсотком проміжних незрілих хоріальних ворсин. Імуногістохімічні дослідження на основі денситометричних замірів ступеня специфічного забарвлення показали зниження концентрації плацентарного лактогену в синцитіотрофобласті - одного із молекулярних маркерів недостатності плаценти.

Висновки: Таким чином, гістологічна картина в плацентах при поєднанні туберкульозу та ЗДА у вагітних характеризується сполученням ознак незрілості хоріального дерева тривалої альтерації різних плацентарних структур на фоні специфічного неспецифічного туберкульозного запалення посліду

УДК: 618+618.5+616-001.8-053.31

В.В. Євстафіїва, Н.Ю. Семененко

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК, ЩО НАРОДИЛИ ДІТЕЙ В АСФІКСІЇ

Кафедра акушерства, гінекології та перинагології
(науковий керівник - доц. С.М. Ясніковська)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Показником якості надання акушерської і неонатологічної допомоги є рівень перинатальної смертності і захворюваності. Незважаючи на позитивну динаміку цих показників в Україні, вони все ще перевищують дані розвинутих країн світу.

Метою нашого дослідження було визначення особливостей перебігу вагітності та пологів жінок, які народили дітей в асфіксії.

Матеріал і методи дослідження. Нами проведений клініко-статистичний аналіз 63 обмінних карт та історій пологів жінок, діти яких народилися в асфіксії в Чернівецькому міському клінічному пологовому будинку №2 протягом 2011 року.

Результати дослідження та їх обговорення. Середній вік жінок становив 26,3 роки. Аналізуючи менструальний анамнез жінок, нами встановлено, що пізній початок менструацій мали 31.7% обстежених, своєчасно місячні розпочалися у 50.8%. в 17.5% жінок менструації розпочалися раніше 11 років. Регулярний менструальний цикл був у 60.3% обстежуваних, порушення менструального циклу визначалися у 39.7% жінок. Захворювання статевих органів відмічені у 80.1% осіб, штучні аборти були у 41.3%, мимовільні викидні у 11,1% жінок. Відмічений високий рівень не обстежених на інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСПШ) - 33 жінки (52.4%). Серед 30 обстежених осіб (47.6%) - 25 (83.3%) були інфікованими. Серед новонароджених на TORCH - інфекцію методом ПЛР обстежено 32 (50,7%) дитини, з них у 16 (50%) отримані позитивні результати. Захворювання серцево-судинної, дихальної, ендокринної, сечовидільної, травної систем виявлені у 40 вагітних (63.5%). Перші пологи були у 30 (47.6%) жінок, повторні - у 33 (52.4%) осіб. Дана вагітність перебігала з загрозою переривання у 15 (23.8%) осіб, з анемією у 9 (14.3%), прееклампсією -- у 2 (3.2%), з дисфункцією плаценти - у 19 (30.2%) жінок. Патологію амніону відмічено у 12 (19%) осіб, причому багатоводдя діагностовано у 4(6.3%), і маловоддя - у 8 (12.7%) жінок.

Своєчасно народила 51 (81%) жінка, а у 12 (9%) осіб пологи були запізними. Слід зауважити, що у 55 (87.3%) родиль пологи перебігали з ускладненнями. Кесарів розтин виконаний у 17 (27%) жінок, акушерські щипці застосовані у 4 (6.3%) пологах, амніотомія проведена у 12 (19%) випадках. Несвоєчасне вилиття навколоплідних вод спостерігалось у 10 випадках (15.8%). Світлі навколоплідні води були у 47 (74%), меконіальні у 16 (26%) осіб.

Оцінка за шкалою Ангар при народженні 1-3 бали була у 7 дітей (11.1%). 4-5 балів у 16 (25.4%), 6-7 балів - у 40 (63.5%) осіб. Серед новонароджених дітей діагностовано: гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС у 24 (38.1%) осіб, вроджена пневмонія - у 14 (22.2%), помірної асфіксії у - 15 (23.8%), тяжка асфіксія - у 7 (11,1%), синдром дихальних розладів - 7(11.1%), вроджені вади розвитку - у 5 (7.9%), гемолітична хвороба - у 1 (1.6%) дитині Штучна вентиляція легень (ШВЛ) проводилась 28 (44.4%) новонародженим, дихання через маску було у 8 (12,7%). самостійне дихання - у 27 (42.9%) дітей. ШВЛ більше 7 днів проведено 5 (7.9%) дітям. У народжених з внутрішньоутробним інфікуванням ШВЛ було тривалішою і становила в середньому 5.8+1,2 днів. Слід зауважити, що серед дітей, які народилися в стані важкої асфіксії меконіальні води відмічалися у 60 % випадків, в той час як серед новонароджених з помірною асфіксією - у 18%. При запізнених пологах у стані важкої асфіксії народилося 4 (21%) дітей, при своєчасних - 3 (6.7%) особи.

Висновки. Захворювання статеві системи в анамнезі, екстрагенітальна патологія, інфікування ПСПШ, ускладнений перебіг вагітності (в першу чергу загроза переривання, дисфункція плаценти, патологія амніону, запізнілі пологи, несвоєчасне вилиття навколоплідних вод слід віднести до факторів ризику народження дітей в асфіксії та патології неонатального періоду.