

*Инновационные технологии в медицине***ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ
ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ У
МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН**

Бегова С.В.

Дагестанский Научный Центр РАМН, Махачкала

Целью нашего исследования явилось сравнение эффективности стандартной медикаментозной терапии ФПН (1-я группа) и комплексного патогенетического лечения с использованием препарата «Хофитол» (2-я группа) у многоорожавших женщин.

Для выполнения поставленной цели нами было обследовано 55 многоорожавших женщин в возрасте 28-39 лет во третьем триместре беременности с диагнозом фетоплацентарная недостаточность (ФПН). Всем пациенткам предстояли 5-е роды. Диагноз ФПН был выставлен на основании данных доплерометрического исследования маточно-плацентарно-плодового кровотока, концентрации плацентарного лактогена и эстриола в сыворотке крови женщин.

Комплексная терапия ФПН в обеих группах включала диету, богатую белком, минералами и витаминами; вазопротекторы (актовегин, инстенон); антиагреганты (курантил, трентал); антиоксиданты (витамины А, С, Е); токолитики (гинипрал); мембраностабилизаторы (эссенциале); нестероидные анаболики (фолиевая кислота, оротат калия) и гипербарическую оксигенацию. Во 2-й группе в дополнении к этому нами был применен препарат растительного происхождения «Хофитол», первоначально в виде внутривенных капельных инфузий (по 5.0 мл в 5% растворе глюкозы), далее переходили на пероральный прием (по 2 таблетке трижды в сутки после приема пищи).

Результаты исследования показали, что после проведенной терапии во 2-й группе было отмечено достоверное повышение концентрации плацентарного лактогена – 118.6 ± 11.2 нмоль/л (до лечения – 96.6 ± 12.3 нмоль/л), тогда как в 1-й группе уровень плацентарного лактогена повысился незначительно (со 98.6 ± 11.8 до 103.6 ± 10.8 нмоль/л). Аналогичные изменения коснулись и концентрации эстриола: в 1-й группе – 41.4 ± 1.3 нмоль/л (до лечения - 39.8 ± 1.6 нмоль/л); во 2-й группе - 51.2 ± 1.3 нмоль/л (до лечения - 39.4 ± 1.5 нмоль/л).

В результате исследования гемодинамики у беременных обеих групп отмечено возрастание показателей индексов кровотока и возросшем периферическом сопротивлении сосудов. А именно, СДО в среднем составило 1.83 ± 0.04 ; ИР – 5.5 ± 0.02 ; ПИ – 1.5 ± 0.04 в обеих группах. После проведенного лечения отмечено снижение показателей индексов кровотока и снижении периферического сопротивления сосудов. Так, СДО в 1-

й группе снизился до 1.71 ± 0.03 , ИР – 4.8 ± 0.02 и ПИ – 1.3 ± 0.03 ; во 2-й группе на фоне применения «Хофитол» СДО снизился до 1.56 ± 0.01 , ИР - 3.9 ± 0.01 и ПИ - 1.2 ± 0.03 .

На фоне проводимой терапии в 1-й группе в 3.7% случае отмечено раннее старение плаценты, чего не наблюдалось во 2-й группе.

На основании полученных данных можно сделать вывод о целесообразности применения препарата «Хофитол» в комплексной терапии ФПН у многоорожавших женщин.

**СТРУКТУРА МИОМЕТРИЯ МАТКИ
РОЖЕНИЦ В ВОЗРАСТЕ ОТ 30 ДО 42 ЛЕТ
(СТАРШАЯ ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА)**

Павлович Е.Р., Ботчей В.М., Подтетнев А.Д.

*Лаборатория нейроморфологии с группой
электронной микроскопии ИКК им. А.Л.**Мясникова ФГУ РКНПК,**Акушерское отделение ГКБ им. Н.И. Пирогова,**ГОУ ВПО РГМУ**Москва, Россия*

Для объективизации клинического диагноза изучали миометрий матки 4 беременных в возрасте от 30 (включительно) до 42 лет (средний возраст $36,5 \pm 2,1$ лет). Морфологию матки изучали с использованием качественного и количественного светооптического анализа биопсийного материала. Кесарево сечение выполняли по экстренным показаниям со стороны матери или плода при сроке беременности женщин от 37 до 40 недель в нижней трети матки, проводя разрез поперек ее длинника. Иссеченный участок матки промывали 0,1 М фосфатным буфером и помещали в 4% раствор параформальдегида на несколько суток в холодильник ($t = 4^\circ\text{C}$). Материал дофиксировали 2 часа в 1% OsO_4 и проводили дегидратацию в спиртах возрастающей концентрации. Заключили биопсии в блоки эпоксидной смолы аралдит, с основания которых получали срезы толщиной 1-2 мкм и окрашивали их толуидиновым синим. Мышечные пучки одного порядка в нижнем сегменте матки были сформированы из гладкомышечных клеток (ГМК), которые располагались среди соединительной ткани вместе с элементами микроциркуляторного русла органа. У всех женщин в мышечных пучках матки встречались ГМК с разной интенсивностью окраски их цитоплазмы, что позволило условно разделить их на светлые, темные и промежуточные миоциты. Анализ тканевых компонентов матки показал, что в этой возрастной группе беременных ГМК занимали от $49,8 \pm 3,6\%$ до $64,6 \pm 2,6\%$ от общего объема органа (и в среднем у них этот показатель составлял $56,9 \pm 2,8\%$). Объемная плотность соединительной ткани варьировала у разных женщин этой группы от $34,3 \pm 2,5\%$ до $46,0 \pm 3,2\%$ (в сред-

нем она составляла $41,0 \pm 3,2\%$). Доля элементов микроциркуляторного русла колебалась от $1,1 \pm 0,5\%$ до $4,2 \pm 1,0\%$ от объема матки и в среднем у женщин старшей возрастной группы она составляла $2,1 \pm 0,7\%$ от объема миометрия. Тканевой состав миометрия матки у женщин этой возрастной группы значимо не отличался от такового у рожениц младшей и средней (Павлович, с соавт., 2007а) возрастных групп ($p > 0,05$). Анализ клеточных компонентов матки показал, что в этой возрастной группе светлые ГМК составляли от $4,0 \pm 1,5\%$ до $31,1 \pm 4,4\%$, промежуточные ГМК – от $24,7 \pm 5,2\%$ до $57,5 \pm 4,2\%$ и темные ГМК от $20,4 \pm 6,3\%$ до $71,3 \pm 4,1\%$ от общего количества мышечных клеток органа. В среднем по группе этот показатель равнялся $17,2 \pm 4,6\%$ для светлых, $40,8 \pm 7,5\%$ для промежуточных и $42,0 \pm 10,8\%$ для темных ГМК миометрия. При этом доля темных и промежуточных миоцитов в миометрии у женщин данной возрастной группы достоверно не различалась, а доля светлых ГМК была в 2,4 и в 2,1 раза соответственно меньше, чем доля первых двух типов клеток ($p < 0,05$). Также было показано, что среднее количество миоцитов миометрия матки в поле зрения микроскопа варьировало у разных представительниц данной группы от 144 ± 11 до 216 ± 14 , и в среднем по группе оно было 178 ± 15 , что значимо больше ($p < 0,05$) в 1,4 и в 1,5 раза, чем у рожениц младшей и средней возрастных групп соответственно (Павлович, с соавт., 2007б). Обсуждается возможная роль обнаруженных вариаций в содержании тканевых и клеточных компонентов миометрия матки в характере ее функционирования в родах у беременных старшей, средней и младшей возрастных групп.

ОЦЕНКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Стороженко С.Ю., Афанасьев Ю.И.

*Белгородская областная клиническая больница
им. Святого Иоасафа
Белгород, Россия*

Актуальность проблемы

Артериальная гипертензия (АГ) по своей распространенности и развитию таких грозных осложнений как мозговой инсульт, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность - относится к числу самых значимых патологий сердечно-сосудистой системы. АГ сопровождается утолще-

нием стенок мозговых сосудов с последующей облитерацией части артериол и нарушением микроциркуляции. Кроме морфологических изменений церебральных артерий АГ вызывает комплекс функциональных расстройств, проявляющихся нарушением системы ауторегуляции мозгового кровотока. Литературные данные о параметрах мозговой гемодинамики и периферическом сосудистом сопротивлении при АГ достаточно противоречивы.

Целью исследования явилось изучение состояния мозговой гемодинамики и цереброваскулярной реактивности у больных гипертонической болезнью.

Материал и методы

Обследовано 58 больных с АГ I, II и высоким нормальным АД в возрасте от 29 до 60 лет, среди них 37 женщин и 21 мужчина (средний возраст - $44,3 \pm 2,4$ года). Для оценки уровня и параметров регуляции мозгового кровотока (МК) всем пациентам проводилось исследование кровотока по средним мозговым артериям (СМА) методом транскраниальной доплерографии на аппарате Vivid-7, США. Ауторегуляция МК и цереброваскулярная реактивность сосудов мозга оценивались при помощи гиперкапнической и гипокapнической проб. Рассчитывали скоростные показатели кровотока по СМА, индексы периферического сосудистого сопротивления (Gosling-Pi, Pourcelot-Ri), индекс цереброваскулярной реактивности (IR).

Результаты

У пациентов с высоким нормальным АД и АГ I уровень мозгового кровотока не зависел от повышения АД. Однако в этих группах наблюдалось повышение индексов в тесте на цереброваскулярную реактивность (на 13% и 18% соответственно, $p < 0,01$) и достоверное снижение индексов периферического сосудистого сопротивления (на 10% и 14% соответственно, $p < 0,05$). Это подтверждает факт раннего ремоделирования сосудов головного мозга с активацией компенсаторных механизмов. В группе больных АГ II с длительностью заболевания более 10 лет обнаружено достоверное снижение мозгового кровотока (на 23%, $p < 0,01$), снижение индексов периферического сосудистого сопротивления (на 11%, $p < 0,005$) и асимметричная реакция на функциональную нагрузку.

Полученные результаты предполагают развитие у больных АГ-2 истощения цереброваскулярных резервов и срыва механизмов ауторегуляции.