Таблица 2

Риск формирования хромосомной патологии в зависимости от срока проживания в г. Сургуте и Сургутском районе (%)

Проживание на Севере	1 триместр		2 триместр	
	Количество обследованных женщин	В группе риска	Количество обследованных женщин	В группе риска
До 5 лет (2,7 ± 0,2)	14,4%	53,8%	21,2%	30,6%
5–10 лет (7,6 ± 0,2)	15,5%	28,6%	16,3%	38,7%
От 10 лет (22,9 ± 0,4)	70,2%	525	62,1%	48,6%

Примечание. Достоверность отличия по сравнению с нормативным показателем ($P \leq 0,05$).

Таким образом, наиболее информативным показателем при развитии хромосомной патологии является повышение уровня хорионического гонадотропина по сравнению с нормативным. Большинство беременных женщин, попавших в группу риска по формированию данной патологии, проживали на территории Севера более 10 лет.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДИНАМИКИ ИЗМЕНЕНИЙ ТОЛЩИНЫ МИМОМЕТРИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ МАТКИ НАКАНУНЕ СРОЧНЫХ РОДОВ, В РОДАХ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Дятлова Л.И., Яннаева Н.Е.

Саратовский государственный медицинский университет, Саратов, e-mail: larisady@mail.ru

В третьем триместре физиологической беременности происходят структурно-функциональные в мышце матки, наиболее эти изменения затрагивают нижний сегмент матки, заключающиеся в истончении миометрия. В тоже время толщина мышечной ткани других отделов матки, особенно дна, возрастает, что подтверждено многочисленными научными исследованиями. На сегодняшний день УЗИ является основной методикой, позволяющей осуществлять оценку состояния миометрия. Миометрий сонографически определяется как эхо гомогенная структура между серозной и децидуальной оболочкой матки. Динамическое изменение биометрических показаний толщины миометрия в процессе родов и раннего послеродового находятся в процессе изучения.

Цель исследования: определить динамику изменений толщины миометрия накануне срочных родов, в первом, во втором, в третьем периодах родов и раннем послеродовом периоде.

Материалы и методы. В соответствии с поставленной задачей с помощью УЗИ были произведены измерения толщины миометрия в области дна, тела (передняя стенка) и нижнего сегмента у 100 беременных накануне срочных родов (39,7 ± 1,8 нед.), из них у 38 пациенток в родах и раннем послеродовом периоде. Одним из условий отбора в изучаемую группу в процессе родов было наличие координированной родовой деятельности и предполагаемая масса плода в пределах 3200–3600 г. УЗИ проводилось в фазы первого периода: латентную, активную, замедления; а также во втором, третьем периодах родов и раннем послеродовом периоде. УЗИ осуществлялись во время интервала между схватками. Исследования проводились на аппаратах: Hitachi 5500 Hi Vision, Fukuda Denshi UF-4100.

В результате проведенных исследований установлено, что при доношенной беременности толщина миометрия в дне и в теле матки сопоставила 7,9 ± 0,7 и 7,2 ± 0,6 мм (таблица). Нижний сегмент матки значительно тоньше – 4,3 ± 0,39 мм р. В начале родов, а именно в латентную фазу, показатели толщины миометрия дна и тела матки уменьшены по сравнению с аналогичными значениями при беременности, однако, измеряемые значения в зоне нижнего сегмента оставались прежними.

Время исследования	Локализация исследования толщины миометрия матки		
	Дно (мм)	Тело (мм)	Нижний сегмент (мм)
38–41 нед. беременности (n = 100)	7,9 ± 0,7	7,2 ± 0,6	4,3 ± 0,39
Латентная фаза I периода родов (n = 38)	6,9 ± 0,39	6,2 ± 0,5	4,1 ± 0,40
Активная фаза I периода родов (n = 38)	8,4 ± 0,7	8,3 ± 0,6	3,1 ± 0,2
Фаза замедления I периода родов (n = 38)	9,0 ± 0,9	8,9 ± 0,4	2,9 ± 0,2
II период родов (n = 38)	9,4 ± 1,0	10,1 ± 0,6	2,3 ± 0,1
III период родов (n = 38)	40,7 ± 3,6	38,6 ± 3,5	36,4 ± 2,8
1 час после родов (n = 38)	33,4 ± 3,1	31,1 ± 3,0	26,2 ± 2,2
2 часа после родов (n = 38)	29,2 ± 2,3	28,1 ± 2,9	27,6 ± 2,5

Активная фаза родов характеризуется нарастающей частотой, интенсивностью и продолжительностью схваток. Именно в эту фазу родов динамика показателей толщины миометрия значительна. Сонографически прослеживается формирование мощного дна матки по сравнению с другими ее отделами. От 6,9 ± 0,39 до 9,0 ± 0,9 мм (дно матки) $p < 0,05$ и 6,2 ± 0,5 до 8,3 ± 0,6 мм (тело матки). Изменения в нижнем сегменте матки в процессе родов диаметрально противоположны. Мы проследили постепенное истончение миометрия в этой зоне исследования. Средние значения уменьшились до 3,1 ± 0,2 мм (активная фаза родов), 2,9 ± 0,2 мм (фаза замедления первого периода родов) и 2,3 ± 0,1 (второй период родов). После рождения плода соотношения фундального отдела матки и нижнего сегмента координально меняются. Сонографические показатели толщины миометрия сопоставимы 40,7 ± 3,6 мм (дно) и 36,4 ± 2,8 мм (нижний сегмент). И по окончании раннего послеродового периода исследуемые значения различных отделов матки равнозначны 29,2 ± 2,2 мм (дно), 28,1 ± 2,9 мм (тело), 27,6 ± 2,5 мм (нижний сегмент) р. Таким образом, соотношение толщины миометрия нижнего сегмента и дна матки во втором периоде родов – 1/4, а в третьем периоде родов и раннем послеродовом ~1/1.

Выводы. Функциональная морфология рожающей матки определяется направленной ретракцией мышечных волокон от нижнего сегмента к телу и дну, формированием в процессе родов мощного мышечного дна и тела матки и истончением нижнего сегмента. В третьем периоде родов и раннем послеродовом периоде вектор сокращений миометрия изменят свое направление. Сонографически прослеживается тенденция утолщения миометрия в зоне нижнего сегмента и сохранение параметров толщины миометрия в области дна и тела.

Список литературы

1. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / под ред. В.В. Митькова, М.В. Медведева – М.: Видар, 2000. – 149 с.

2. Хохлова Д.Н. Ультразвуковая оценка инволюции матки у родильниц с различным паритетом и массо-ростовым коэффициентом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Душанбе, 2009. – 18 с.

ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКЦИИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Михайлов А.В., Дятлова Л.И., Занорина Т.Е.

Перинатальный центр Саратовской области, Саратов, e-mail: larisady@mail.ru

Преждевременный разрыв околоплодных мембран является одной из серьезнейших проблем современного акушерства. 30–56% преждевременных родов инициированы дородовым излитием околоплодных вод [1]. В последние годы особую значимость приобрела проблема отхождение околоплодных вод при сроках гестации 22–34 недели. Когда, как правило, с акушерской точки зрения сочетаются 2 проблемы: неготовность родовых путей к родам, что влечет за собой длительные затяжные роды и соответственно страдание плода и матери; и дистресс-синдром плода, в результате которого недоношенные дети находятся длительно на ИВЛ с последующими неблагоприятными осложнениями. В результате остро встала проблема определения тактики ведения беременных с преждевременным отхождением околоплодных вод в сроках гестации 22–34 недели беременности и определении критериев приближающихся родов, что имеет особую значимость при оперативном методе родоразрешения.

В настоящее время широко изучаются иммунологические аспекты невынашивания. По мнению многих исследований, модифицированная иммунореактивность материнского организма, в том числе и цитокиновая регуляция, является одним из звеньев патогенеза невынашивания беременности. По данным литературы, децидуальная оболочка при физиологически протекающей беременности секретирует цитокины Th2-типа (IL-4, IL-5, IL-10), избыточное количество **провоспалительных** цитокинов Th1-типа (IL-2, IFN-g, TNF-a) ведет к иммунологической атаке материнского организма на фетоплацентарный комплекс, проявляющейся в активации протромбиназы, что обусловливает тромбозы, инфаркты трофобласта и его отслойку, и в конечном итоге – прерывании беременности [2].

Цель исследования – изучение особенности продукции противовоспалительных и провоспалительных цитокинов при беременности, осложненной преждевременным отхождением околоплодных вод, при сроках гестации 22–34 недели.

Материалы и методы. В основную группу исследования были включены 35 пациенток, поступивших в ОПБ Перинатального центра Саратовской области, беременность которых осложнилась преждевременным отхождением околоплодных вод при сроке гестации 22–34 недели. Контрольную группу составили 20 женщин с физиологически протекающей беременности с аналогичным сроком гестации. В обеих группах был исследован цитокиновый профиль в сыворотке крови. Уровень цитокинов IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, IL-1β, TNF-α в сыворотке крови измеряли методом «сэндвич»-варианта твердофазного иммуноферментного анализа с помощью тест систем производства ЗАО «ВЕККОР-БЕСТ» (Новосибирск, Россия). В качестве стандарта для сравнения в каждой реакции использовались рекомбинантные цитокины, входящие в состав тест-наборов. По данным титрования стандартных образцов строили кали-