

УДК 618.33:612.2

НАЯВНІСТЬ МЕКОНІЮ В АМНІОТИЧНІЙ РІДИНІ ЯК ПРОЯВ ФІЗІОЛОГІЧНОГО ДОЗРІВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПЛОДА

МАРКІН Л.Б., НЕГРИЧ О.І.

м. Львів

Частота забарвлення меконієм навколоплодових вод при головному передлежанні плода сягає 20%. Меконій являє собою секрет шлунково-кишкового тракту, печінки, підшлункової залози плода, які включають мукоглікопротеїни, жовч, протеїни плазми, мінерали та ліпіди.

Загальноприйнятої класифікації навколоплодових вод залежно від вмісту меконію немає. За нашими даними амніотична рідина з меконієм може бути рідкою (світло-зеленого кольору), в міру в'язкою (зеленого кольору) і густою (від темно-зеленого до чорного кольору).

Проведені нами дослідження показали, що у більшості випадків при наявності рідкої (88%) і помірно в'язкої (70%) амніотичної рідини кардіотокографічне дослідження виявляло задовільний стан плода. Базальна частота серцевих скорочень (БЧСС) плода складала $145,4 \pm 3,6$ уд/хв. Впродовж 20-хвилинного спостереження реєструвались $6,6 \pm 0,7$ періодичних акцелерацій. Амплітуда останніх дорівнювала $22,3 \pm 1,8$ уд/хв, тривалість - $26,5 \pm 2,2$ с. Спостерігався хвилеподібний тип варіабельності ЧСС плода (амплітуда осциляцій - $5,7 \pm 0,5$ уд/хв, частота - $6,0 \pm 0,7$ уд/хв). Оцінка кардіотахограми за шкалою Н.-В. Krebs et al. (1979) складала $8,5 \pm 0,3$ бали.

При цьому доплерометричне дослідження кровоплину в артерії пуповини (АП) реєструвало адекватний плодово-плацентарний кровообіг. Показники судинного опору в АП вказували на наявність низькорезистентного кровоплину в плодовій частині плаценти (систоло-діастолічне співвідношення - $2,12 \pm 0,06$; пульсаційний індекс - $0,69 \pm 0,04$; індекс резистентності - $0,51 \pm 0,03$). Криві швидкостей кровоплину в АП характеризувались низькою пульсацією та високим діастолічним компонентом.

Наявність задовільного стану фетального організму, стабільності гемодинамічних процесів у функціональній підсистемі плацента-плід при слабкому або помірному забарвленні меконієм навколоплодових вод дозволяє розцінювати в цих випадках меконіальний пасаж як фізіологічне явище, пов'язане з дозріванням шлунково-кишкового тракту та мієлінізацією вегетативної системи плода. Відсутність у більшості випадків вмісту меконію в навколоплодових водах обумовлено інтенсивним обміном амніотичної рідини.

УДК 618.146-008.64-021

ФУНКЦІОНАЛЬНА ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНА НЕДОСТАТНІСТЬ ЯК ПРОЯВ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

МАРКІН Л.Б., ПРОКІП У.Є.

м. Львів

Як відомо, істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) – безсимптомне вкорочення шийки матки, розкриття внутрішнього вічка, що обумовлює дострокове переривання вагітності.

Шийка матки є фіброзним органом. Вміст сполучної тканини (СТ) в шийці матки сягає 75%. Основними структурними компонентами СТ є клітинні елементи (фібробласти та їх різновиди, гістіоцити, лаброцити) та екстрацелюлярний матрикс, який складається

з волокон (колагенові, еластинові) і позаклітинних речовин (фібрилін, еластин, тенаксин, глікопротеїни і протеоглікани). Проведене нами гістологічне дослідження тканини шийки матки при ІЦН виявило зниження вмісту СТ до 40%. Останнє під час вагітності призводить до раннього вкорочення і розм'якшення шийки матки, розвитку її функціональної недостатності. При збільшенні внутрішньо-маткового тиску в міру розвитку вагітності плодової оболонки випинаються у розширений цервікальний канал, інфікуються і розриваються.

Наявні всі підстави розглядати зазначене порушення спроможності шийки матки як прояв недиференційованої дисплазії СТ (НДСТ). На думку більшості дослідників, НДСТ – це патологія мультифакторіальної природи з прогредієнтним перебігом, в основі якої лежать, в першу чергу, порушення синтезу колагену, надмірна його деградація, утворення патологічних форм колагену, розлади структури колагенових волокон та морфогенезу компонентів позаклітинного матриксу, що виникають в осіб з певною генетичною схильністю під дією несприятливих факторів зовнішнього середовища.

Наявність причетності НДСТ до формування ІЦН обумовлює актуальність пошуку патогенетичних методів профілактики та терапії невиношування вагітності, обумовленої некомпетентністю шийки матки.

СТАН ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ЖІНОК З КЕСАРЕВИМ РОЗТИНОМ В АНАМНЕЗІ

НАЗАРЕНКО Л.Г., НЕДОРЕЗОВА К.М., ДУБРОВА Л.

м. Харків

«Зворотною стороною» процесу росту частоти кесарева розтину [КР] в останні десятиріччя (пояснюваного, насамперед, прагненням зниження перинатальної смертності й захворюваності новонароджених) є збільшення числа жінок з рубцем на матці в сучасній репродуктивній когорті. В переліку проблемних питань, пов'язаних з цим явищем, особливої уваги заслуговують віддаленні наслідки абдомінального розродження [1,4].

Ще у 1961 р. А.Б. Гілерсон увів дефініцію «хвороба оперованої матки», клінічний зміст і патофізіологічні основи якої найбільш повно було розкрито Л.В.Тимошенком. Являючи собою специфічний варіант порушень репродуктивного здоров'я у жінок, які перенесли КР, ця «хвороба» відображує як місцеві запальні зміни в ділянці малого тазу, так і розлади імунної та ендокринної систем [3]. Основними клінічними проявами її є порушення менструального циклу (альго- і поліменорея у 8-13% жінок протягом декількох років після операції), виразний больовий синдром, нейроендокринна симптоматика, гормональні порушення. Морфологічним субстратом цих порушень за наявності рубця на матці виступають зміни гормонально-рецепторного апарату, які є визначальними факторами розбалансування функцій вісі яєчники-гіпоталамус-гіпофіз-наднирникові залози. На такому фоні у жінок з рубцем на матці, які мають наміри до наступних вагітностей, складаються передумови підвищеної вірогідності невиношування й недоношування, аномалій скоротливої діяльності, порушень умов росту й розвитку фето-плацентарного комплексу [ФПК]. Стан ФПК має також безпосереднє відношення до перспективи вагінальних пологів, зважаючи на тригерну роль в запуску скоротливої діяльності матки.

Мета даного дослідження - уточнення характеристики ФПК у жінок з КР в анамнезі, у взаємозв'язку з особливостями перебігу гестаційного процесу і способом розродження.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведено на матеріалі вибірових груп, підібраних за принципом «випадок-контроль». Основну (I) групу склали 40 повторно народжуючих жінок з КР в анамнезі, доношеною вагітністю одним плодом без вад розвитку. Групу порівняння (II) склали 40 повторно народжуючих жінок з пологами природнім шляхом в минулому. Віковий діапазон жінок був 22-45 роки, за соціально-демографічними характеристиками, ме-