

ной в профилактике хронического атрофического гастрита и его рецидивирующего течения.

Использование операционной биопсии матки первородящих женщин для верификации диагноза в практике акушера-гинеколога*

Братчикова Т.В., Подтетнев А.Д., Павлович Е.Р.

РУДН, кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, роддом 29 ГКБ и ИК им. А.Л. Мясникова РКНПК МЗ РФ, лаборатория нейроморфологии с группой электронной микроскопии, Москва

Противоречивость работ, касающихся изучения морфологии матки у первородящих женщин в норме и патологии требует проведения исследований миометрия на биопсийном материале. Обследовали материал миометрия, полученный во время абдоминальных родов, выполненных по экстренным показаниям со стороны матери или плода у 10 рожениц с физиологической или патологической родовой деятельностью. Кесарево сечение выполняли в нижней трети матки. 5 женщин имели физиологическую родовую деятельность матки, а еще 5 имели дискоординацию родовой деятельности (ДРД) или ее слабость (СРД) при сроке беременности от 37 до 40 недель. Возраст женщин был от 21 до 38 лет (средний возраст - 26 ± 2 лет). В части случаев имела место острая или хроническая гипоксия плода. В целях диагностики иссекался участок матки, промывался 0,1 М фосфатным буфером и помещался в 4% раствор параформальдегида на несколько суток в холодильник ($t=4$ С°). Дофиксировали материал в 1% OsO₄ 2 часа. Проводили дегидратацию в спиртах и заключение в эпоксидную смолу аралдит. Биопсии ориентированно размещали в капсулах для полимеризации. С блоков получали срезы толщиной 1-2 мкм и окрашивали их толуидиновым синим. После светооптического обследования матки выбирали участок для ультратомии. Ультратонкие срезы толщиной 50-70 нм контрастировали уранилацетатом и цитратом свинца и просматривали на электронном микроскопе JEM-100 С при 80 кв с начальным увеличением от 2600 до 30000 раз. Показали на светооптических препаратах, что в нижнем сегменте матки миометрий не демонстрировал выраженных мышечных слоев. Гладкомышечные клетки (ГМК) образовывали мышечные пучки I порядка, разделенные небольшими прослойками соединительной ткани, которые формировали более толстые пучки II порядка, разделенные толстыми прослойками соединительной ткани, а последние формировали мышечные волокна, направление которых могло меняться от участка к участку. Оказалось, что мышечные пучки были сформированы ГМК, имевшими разное сродство к толуидиновому синему. При этом в норме и патологии в мышечных пучках одного порядка могли встречаться как интенсивно, так и слабо окрашенные миоциты. При СРД и ДРД в мышечных пучках одного порядка было в 3-4 раза больше слабо окрашенных миоцитов, чем при физиологических родах. В межпучковой, межмышечной и межволоконной соединительной ткани встречались клетки и волокна, а в отдельных участках и фор-

менные элементы крови, вышедшие из микрососудистого русла, при чем в патологии кроме эритроцитов было много нейтрофилов, а также волокон фибрина. Ультраструктурный анализ выявил в миометрии наличие разного количества светлых и темных ГМК в мышечных пучках. Их соотношение варьировало в пределах каждого случая. Светлые ГМК характеризовались выраженным развитием контрактильного и синтетического аппарата, а темные только контрактильного. При анализе контактов ГМК миометрия обнаружили простые примыкания клеточных мембран и десмосомоподобные соединения, которые встречались как в контактах бок в бок, так и на их отростках в контактах конец в конец. Нексусы в обследованном материале встречались редко и были очень короткими. Десмосомоподобные контакты в обследованном материале встречались на порядок чаще и обнаруживались как в контактах одного типа ГМК, так и в контактах светлых миоцитов с темными. Обсуждается возможная роль обнаруженных типов ГМК матки и их контактов у рожениц в функции этого органа во время физиологической родовой деятельности. Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ (№ гранта 01-04-48205)

Оценка состояния тканей пародонта у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Булкина Н. В., Осадчук М. А., Лепилин А. В.

Государственный медицинский университет Саратов, Россия

Нами были обследованы 80 пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Генерализованный катаральный гингивит выявлен у 38 (47,5%) больных ГЭРБ, из них у 87% больных признаки гингивита появлялись при обострении патологии пищевода. Больные предъявляли жалобы на кровоточивость десен, незначительную болезненность, неприятный запах изо рта. При объективном обследовании отмечались гиперемия и отек десневого края, индекс гигиены (ИГ) у данной группы пациентов составил 1,6, что можно расценить, как неудовлетворительный уровень гигиены полости рта. Для определения выраженности воспаления в тканях пародонта определяли индекс РМА, средние значения которого составили 44,58%, что дает право охарактеризовать патологический процесс в пародонте как гингивит средней степени тяжести.

У 9 (11,25%) больных ГЭРБ выявлен хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести, у 25 (31,25%) средней и у 6 (7,5%) тяжелой степени тяжести.

В данной группе лиц больные предъявляли жалобы на зуд, жжение в области десен, неприятный запах изо рта, кровоточивость во время чистки зубов, при приеме твердой пищи, иногда возникающую при движении губ, языка; подвижность одного или группы зубов; гноетечение и гиперемиию в области десен.

При объективном обследовании отмечались воспалительные явления, отечность десневых сосочков,

гиперемия десны. Проба Шиллера-Писарева дала интенсивное окрашивание межзубных сосочков и десневого края, значения индекса РМА составляли от 52,43% до 88,15%, что говорит о распространении патологического процесса на все участки десневого края. У всех больных выявлены наддесневые и поддесневые зубные отложения. Показатели ИГ колебались от 2,2 до 2,6, что соответствовало плохому и очень плохому состоянию гигиены полости рта. Индекс ПИ – от 4,92 до 6,85. У 23 больных отмечены эрозии десны. Эти пациенты имели эрозивную форму рефлюкс-эзофагита при ГЭРБ.

На ортопантограмме отмечалась деструкция костной ткани межзубной перегородки, которая характеризовалась исчезновением компактной пластинки, резорбцией межальвеолярных перегородок на 1/3-2/3 их высоты, явлениями остеопороза.

При обследовании у 46 (57,5%) больных выявлена патологическая окклюзия, наличие трем и диастем.

Синдром внутриутробного инфицирования в клинике и эксперименте

Волина С.Г., Гуляева Н.И., Мелехин С.В., Щербаков Р.В.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия Министерства Здравоохранения Российской Федерации», Пермь

В работе практического врача женской консультации и врача родильного отделения часто приходится сталкиваться с проблемой внутриутробного инфицирования (ВУИ) плода. Перинатальная охрана здоровья плода в значительной мере предопределяет постнатальное развитие новорожденного. В последние годы, несмотря на совершенствование методов подготовки к беременности и родам частота ВУИ плода продолжает иметь тенденцию к росту и остается одной из актуальных проблем современного акушерства. Важность проблемы определяется крайне неблагоприятным влиянием ВУИ на беременность. Появление этой патологии приводит к возникновению таких осложнений как невынашивание беременности, формированию фетоплацентарной недостаточности, гипотрофии и гипоксии плода, инфекционным заболеваниям новорожденного, снижению его иммунитета, мертворождению. Внутриутробная инфекция также оказывает неблагоприятное влияние на течение периода гестации, родов и послеродового периода, способствует появлению таких осложнений как замершая беременность, преждевременные роды, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, аномалии родовой деятельности, гипотонические кровотечения, септические послеродовые заболевания.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния ВУИ на течение беременности, роды и период новорожденности. Для этого нами был проведен анализ течения периода гестации у беременных с признаками ВУИ. Выполнено изучение биоценоза влагалища, слизистой цервикального канала, уретры, острых и хронических очагов инфекции с помощью мик-

роскопического и бактериологического методов. Состояние иммунной системы оценивалось по факторам неспецифического иммунитета, определением IgM, IgG, IgA периферической крови по методике одномерной реакции радиальной иммунодиффузии по Манчини с антисыворотками против секреторных иммуноглобулинов. Функциональную активность нейтрофилов оценивали по методике В.Ф.Алмазова и С.Н.Рябова. Определяли фагоцитарный индекс (ФИ), фагоцитарное число (ФЧ), коэффициент фагоцитарного числа (КФЧ) и индекс бактерицидности нейтрофилов (ИБН) в мазках после 30 и 90 минутной инкубации при микроскопировании в иммерсионной системе факторов местного иммунитета цервикального канала. Состояние местного иммунитета оценивали определением IgA, IgG и IgM в слизи цервикального канала реакцией радиальной иммунодиффузии по Манчини с антисыворотками против секреторных иммуноглобулинов и секреторным IgA. Содержание комплемента изучалось по методу Красильниковой (1984), лизоцима - нефелометрическим методом. Во время родов исследовали микробный пейзаж околоплодных вод и оболочек, плаценты, пуповинной крови, крови сосудов матки.

Выявлялись клинические и морфогистологические параллели исследования биоптатов последа и срезов стенки матки из хирургической раны при кесаревом сечении. Контроль за здоровьем новорожденных велся в течение раннего и позднего неонатальных периодов.

Для достижения поставленных задач нами было обследовано 297 женщин, имеющих во время беременности признаки ВУИ в сроках беременности от 12 до 40 недель, в возрасте от 17 до 36 лет. Из них первородящие составили 42,8%, повторнородящие - 57,2%. Отягощенный акушерский анамнез имели 66% женщин, в том числе угрозу невынашивания - 43,1%, поздний гестоз - 42,1%, хроническую гипоксию плода - 44,1%, гипотрофию новорожденного - 32,7%, послеродовые кровотечения - 17,9%. Родоусиление проводилось в 34,7% случаях.

Группу контроля составили 146 беременных женщин с физиологическим течением гестационного периода.

При анализе течения настоящей беременности и родов выявлены следующие особенности: угроза невынашивания, потребовавшая проведения сохраняющей терапии, наблюдалась в 31,7% случаев, тяжёлый поздний гестоз - в 17,2%, фетоплацентарная недостаточность - в 58,6%, многоводие - в 16,5%, маловодие - в 27,9%, задержка внутриутробного развития плода - в 32,7%, нарушение маточно-плацентарного кровотока по результатам доплерометрии и УЗИ - в 58,6%, пуповинного - в 54,2%.

Течение родового акта осложнилось преждевременным излитием околоплодных вод у 28,3% рожениц, аномалиями родовой деятельности - у 41,8%, прогрессирующей гипоксии плода - у 29,6%, гипотоническим кровотечением - у 15,8%, послеродовым эндометритом - у 22,6%.

В результате проведенного исследования рост патогенной микрофлоры выявлен в 93,8% наблюдений, из них микст-инфекция имела место в 89,7%. Опреде-