

новную группу (n = 45) составили пациентки, у которых за 30 мин до операции проводилась АБ профилактика, в группе сравнения (n = 64) после КС назначались АБ в течение 5 дней. В качестве АБ препарата использовали ингибиторозащищенные аминопенициллины (амоксциллин/клавуланат). Обследование беременных и родильниц включало комплекс стандартных диагностических мероприятий, согласно Приказа МЗ РФ № 572н от 12.11.2012 г.

Результаты исследования: Возраст беременных в обеих группах варьировал от 17 до 39 лет. В плановом порядке КС выполнена у 33 женщин основной группы (73,3%) и у 49 – в группе сравнения (76,6%). Основными показаниями к операции являлись в основной группе: рубец на матке – 51,1% (n = 23), биологическая неготовность родовых путей – 11,1% (n = 5), преэклампсия тяжелой степени – 4,4% (n = 2). В группе сравнения удельный вес этих показаний составил, соответственно: 50% (n = 32), 12,7% (n = 8) и 6,3% (n = 4).

Анализ течения послеоперационного периода в обеих группах показал отсутствие тяжелых гнойно-септических осложнений. В группе сравнения у 4 родильниц (6,3%) на 3-5 сутки после КС отмечена гипертермия, лохиометра по данным УЗИ выявлена у 2 (3,2%). В основной группе была диагностирована только лохиометра (n = 2; 4,5%). Результаты проведенного анализа позволили нам констатировать практически одинаковую клиническую эффективность проводимой АБ терапии и профилактики при операции КС.

Дополнительно нами был произведен расчет коэффициента экономической эффективности затрат в сфере медицинского обслуживания по формуле: $K_i = C_i + E_n \times K_i \rightarrow \min$, где:

- K_i – коэффициент;
- C_i – текущие расходы по каждому варианту;
- E_n – нормативный коэффициент эффективности лечения;
- K_i – стоимость лечения 1 больной в календарный день.

Результаты математического анализа позволили установить, что в основной группе средне взвешенное количество затрат на проведение АБ профилактики составило 340 руб. 16 коп. В группе сравнения, где использовалась АБ терапия, общая стоимость затрат достигала 5484 руб. 78 коп. Таким образом, проведение АБ профилактики снижает затраты на лечение в 16,13 раз, а чистая экономия материальных средств составляет 5144 руб. 62 коп.

Заключение: Использование АБ профилактики является не только эффективным и безопасным, как для матери, так и для плода при оперативном родоразрешении, но и экономически выгодным применением лекарственных препаратов для акушерских стационаров.

ЭМБРИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ СЕЛЕЗЕНОЧНЫХ СОСУДОВ

Петренко В.М.

Санкт-Петербург,

e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Начальные этапы развития селезеночных сосудов человека в литературе не описаны, хотя с ними связано органоспецифичное формирование паренхимы селезенки. Принято считать, что кровеносные сосуды вырастают в закладку селезенки у плодов 9-10 нед (Хлыстова З.С., 1987) или формируются на месте, из сети мезенхимных щелей, они даже на 3-м мес еще не полностью эндотелизированы (Lewis P.L., 1959). Я провел исследование на серийных срезах 30 эмбрионов человека 5-30 мм длины (4-8 нед) толщиной 5-7 мкм, окрашенных гематоксилином и эозином, смесью Маллори, альциановым и толуидиновым синими, пикрофуксином, импрегнированных нитратом серебра, ставилась ШИК-реакция.

У эмбриона 4 нед веретенообразная закладка желудка по линии прикрепления дорсальной брыжейки растет быстрее и становится большей кривизной. Вентральный мезогастрий заполняет бурно растущая печень, сдерживая рост малой кривизны желудка. Дорсальная аорта имеет тонкую адвентициальную оболочку, отдает вентральные ветви с эндотелиальными стенками – чревный ствол, верхняя и нижняя брыжеечные артерии. Уже в начале 5-й нед они приобретают очень тонкую адвентициальную оболочку. Чревный ствол дает ветви к желудку: правая становится общей печеночной артерией, краниальная – левой желудочной артерией, левая (поджелудочная) артерия, идет к дорсальному зачатку поджелудочной железы. В конце 5-й нед на гонадной стороне дорсального мезогастрия возникает очаг интенсивной пролиферации клеток – закладка селезенки. Она пронизана протокапиллярами, связанными с поджелудочной артерией, которая становится селезеночной, хотя более очевидным это оканчивается у эмбрионов 7-8 нед, когда селезенка превращается в довольно крупный, обособленный орган. В связи с ростом дорсального зачатка поджелудочной железы и закладкой селезенки мелкие вены дорсального мезогастрия расширяются и сливаются в селезеночную вену на 6-й нед. Она проходит на желудочной стороне брыжейки, ближе к селезенке, чем одноименная артерия, впадает в воротную вену печени (общий ствол брыжеечных вен). Растущий дорсальный зачаток поджелудочной железы, сдавливающий вены с эндотелиальными стенками, и уплотнение мезенхимы в дорсальном мезогастрии обуславливают, видимо, очень неравномерное расширение протокапилляров на протяжении. Так могут возникать венозные синусоиды селезенки.