

имеют хорошо развитые кристы и гомогенный митохондриальный матрикс умеренной электронной плотности. Эндоплазматический ретикулум в основном гладкий, аппарат Гольджи представлен плотно упакованными цистернами. Хорошо развит цитоскелет. В обеих группах беременных с гестозом отмечаются резкие нарушения морфо-логического строения эндотелия как артерий, так и вены пуповины. Степень выраженности этих изменений прямо коррелирует со степенью тяжести гестоза у матери. Эндотелиоциты пуповинной артерии при гестозе разделены увеличенными межклеточными промежутками, крайне гетероморфны, клетки вытянуты перпендикулярно эластической мембране и выбухают в просвет сосуда. Ядра в большинстве случаев неправильной формы, образуют глубокие инвагинации, в ряде случаев отмечаются апоптотические изменения ядер (кариорексис и кариопикноз), набухание митохондрий, просветление матрикса, частичная или полная потеря крист. Имеет место расширение цистерн и каналцев эндоплазматического ретикулума с образованием вакуолей и «лабиринтов». В целом

отмечается просветление цитоплазмы эндотелиоцитов за счет обеднения ее органеллами, потери рибосом, частичной дезорганизации и утраты микрофиламентов цитоскелета. В группе с тяжелым гестозом практически все эндотелиоциты вакуолизированы, объем гигантских вакуолей достигает половины объема цитоплазмы.

Заключение

При гестозе прежде всего повреждаются эндотелиоциты в тех сосудах, где происходят процессы обмена между кровью и тканями. Эндотелиоциты, выстилающие в виде монослоя сосуды, представляют собой не только избирательный барьер между кровью и окружающими тканями, но и являются регуляторной системой, поддерживающей тонус сосудов и их основные функции. Происходит нарушение плотности соприкосновения эндотелиоцитов с их отрывом от базальной мембраны. Обнажение субэндотелиального слоя при отрыве эндотелиоцита усиливает тромбогенные свойства крови, способствуя формированию микротромбоза, усиливая симптомы эндотелиальной дисфункции.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ЗАТЯНУВШЕЙСЯ ЛАТЕНТНОЙ ФАЗЫ РОДОВ

© О. И. Сикальчук, О. Е. Буйнова, Н. Р. Данилова,
Е. Н. Гусева, Е. Г. Большакова, Б. А. Убайдатова, Л. Ф. Оганян

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Актуальность проблемы

Наиболее перспективным при ведении аномальной родовой деятельности представляется применение блокаторов кальциевых каналов и адренергических средств.

Материал и методы

Проводилась кардиотокография, УЗИ, доплерометрия; клинический анализ течения родов у 370 первородящих и 185 повторнородящих женщин.

Результаты

Применение гинипрала и верапамила при данной форме аномалии родовой деятельности приводит к нормализации маточной активности у 98% беременных, уменьшению в 1,5 раза несвоевременного излития вод и в 2 раза снижению частоты родовозбуждения и родостимуляции и частоты оперативного родоразрешения. Препараты оказывают благотворное влияние на состояние плода и новорожденного ребенка и снижение частоты гипоксии плода в 2 раза и асфиксии новорожденного в 6,8 раза. В 5 раз сни-

жается частота поступления детей в отделение интенсивной терапии. Комбинация блокаторов кальциевых каналов и гинипрала является эффективной у 92,1% беременных и способствует спонтанному возникновению родовой деятельности у 80% беременных.

Алгоритм ведения женщин.

1. I схема применяется при наличии латентной фазы у первородящих до 8 ч и до 6 ч у повторнородящих. При поступлении в стационар беременной назначается гинипрал в дозе 0,5 мг (1 таблетка) внутрь с интервалом 4 часа в сочетании с верапамилем в дозе 40–80 мг внутрь также с интервалом 4 часа.

2. II схема применяется при клинически выраженной затянувшейся латентной фазе родов: назначается комбинация гинипрала в дозе 5 мкг на 100 мг на 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Верапамил также назначается внутривенно в дозе 5 мг в 100 мл раствора натрия хлорида 0,9% (изотонический) для инъекций внутривенно, капельно с частотой 1 мл (20 капель) в 1 минуту. Длительность токолиза не менее 2,5–3 часов.

3. При наличии противопоказаний к применению верапамила показан токолиз гинипралом в дозе 10 мкг на 100 мл раствора натрия хлорида 0,9% (изотонический, физиологический) с начальной скоростью 8–0 капель в 1 минуту.

4. При наличии противопоказаний к гинипраллу назначается верапамил в дозе 7,5 мг на 100 мл раствора натрия хлорида 0,9% внутривенно. Оптимальная скорость инфузии 2 мл (40 капель)

в 1 минуту. Продолжительность токолиза не менее 1,5–2 ч.

Заключение

Применение указанной комбинации препаратов является эффективным у 91,1% беременных, приводя к снижению возбудимости, нормализации тонуса и сократительной активности матки у 98% беременных с последующим спонтанным развитием родовой деятельности у 80% беременных женщин.

ЗАТЯНУВШАЯСЯ ЛАТЕНТНАЯ ФАЗА РОДОВ И МЕТОДЫ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

© О. И. Сикальчук, О. Е. Буйнова, Н. Р. Данилова, Е. Н. Гусева, Е. Г. Большакова, Б. А. Убайдатова, Л. Ф. Оганян

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Актуальность проблемы

Среди аномалий родовой деятельности большое внимание уделяется затянувшейся латентной фазе родов, при которой отмечается высокая частота родовозбуждения и родостимуляции и акушерских щипцов.

Цель исследования

Изучить особенности клинического течения беременности, родов и послеродового периода у беременных с затянувшейся латентной фазой родов.

Материал и методы

Кардиотокография, гистерография, УЗИ; доплерометрия пупочной артерии и маточных артерий. Основную группу составили 555 беременных и группу сравнения — 194 женщины. В основной группе было 370 (66,7%) первородящих и 185 (33,3%) повторнородящих. В группе сравнения 140 (72,2%) составили первородящие и 54 (27,8%) — повторнородящие.

Результаты

Из особенностей гинекологического анамнеза у каждой пятой женщины выявлено нарушение менструальной функции и у каждой четвертой фоновые заболевания шейки матки.

Из осложнений беременности наиболее часто — у 2/3 беременных — выявлен гестоз различной сте-

пени тяжести и анемия беременных. Хроническая гипоксия плода отмечена у 17,7%, хроническая плацентарная недостаточность — у 11% беременных. Длительность безводного промежутка почти у половины женщин не превысила 6 часов, а у другой половины женщин не превышала 12 часов. Лишь у 7,1% женщин безводный промежуток составил свыше 13 часов.

В связи с первичной и вторичной слабостью родовой деятельности родостимулирующие средства применялись у 14% рожениц. Частота начавшейся гипоксии плода у первородящих отмечена у каждой второй и у повторнородящих — у каждой пятой. Частота акушерского травматизма и осложненного послеродового периода отмечена соответственно у 11 и 15% женщин.

Заключение

Таким образом, родоразрешение женщин с затянувшейся латентной фазой родов сопровождается высокой частотой родовозбуждения и родостимуляции, кесаревых сечений и инструментального оперативного родоразрешения (акушерские щипцы, вакуум-экстрактор) и неэффективного лечения аномалий родовой деятельности и высоким уровнем асфиксии новорожденного различной степени тяжести на фоне задержки внутриутробного развития плода.

МЕТАБОЛИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ

© О. И. Сикальчук, Н. Р. Данилова, О. Е. Буйнова, Е. Н. Гусева, Н. В. Полянская, Р. Р. Карагулян, Ф. Л. Оганян

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель исследования

Изучить эффективность подготовки беременных к родам метаболически активным препаратом актовегином.

Материал и методы

Оценивалась готовность шейки матки, проводилась кардиотокография, УЗИ, доплерометрия в артерии пуповины и маточных артериях.