

I схема: метаболическая терапия за 2–3 недели до родов беременных высокого риска развития аномалий родовой деятельности. Актювегин назначается по 2 таблетки (400 мг) 3 раза в день. Таблетки применяются внутрь, не разжевывая, перед едой, запивая небольшим количеством жидкости. Суточная доза таблеток актювегина составляет 1200 мг;

II схема включает назначение актювегина в течение 5–7 дней до предполагаемой даты родов в

дозе по 5 мл (200 мг) 3 раза в день внутривенно или внутримышечно с интервалом 4 часа, до наступления спонтанных родов. Внутривенно вводят на 200 мл стерильного физиологического раствора или 5% раствора глюкозы.

Заключение

Использование метаболической терапии в разработанных дозах приводит к улучшению интранатальных показателей и перинатальной охране плода.

РОЛЬ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕСТОЗА

© О. В. Семенова, Т. В. Шеманаева, С. Р. Гасанова

Кафедра акушерства и гинекологии ФППОВ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Актуальность проблемы

В настоящее время гестоз остается одной из сложных проблем в акушерстве. Многие исследователи считают, что патофизиологические нарушения при гестозе связаны с повреждением и дисфункцией эндотелия сосудов системы микроциркуляции. Повреждение эндотелия сосудов плаценты и системы микроциркуляции в организме матери при гестозе, изменения в плаценте диктуют необходимость изучения состояния эндотелия и в сосудах плода.

Цель исследования

Изучение морфологических особенностей эндотелия сосудов пуповины (артерий и вены) при гестозе.

Материал и методы

Проведено морфологическое исследование 31 пуповины новорожденных с гестационным сроком 32–40 недель методом электронной микроскопии. Для минимизации внешних воздействий пуповины получены в течение первых 10 минут после родов. Из каждой пуповины ближе к плаценте выделен участок длиной 3 см, отмыт физиологическим раствором, затем вырезан круговой сегмент толщиной 3 мм (содержащий 2 артерии и вену) и помещен во флакон с глицерофосфатом.

Кусочки ткани величиной $3 \times 1 \times 1$ мм фиксировались забуференным 2% глутаровым альдегидом при 4°C не менее 48 часов, далее промывались в 0,1 М какодилатном буфере в течение 1 часа. Кусочки ткани обезвоживали этанолом повышающейся концентрации, переводили в абсолютный ацетон и заливали в смесь смол эпон-аралдит 1:2. По окончании по-

лимеризации из заливной смолы ткани приготавливали полутонкие срезы толщиной 1–1,5 мкм. Срезы окрашивали трехцветным методом метиленовый синий — азур II — основной фуксин. При светооптическом просмотре полутонких срезов прицельно выбирали участок стенки пуповинной артерии и приготавливали ультратонкие срезы толщиной 25 нм на ультрамикроскопе LKB (Швеция). Ультратонкие срезы контрастировали 4% спиртовым раствором уранилацетата и 0,4% водным раствором цитрата свинца. Препараты исследовали под электронным микроскопом Philips (Нидерланды) при различном увеличении.

Пациентки, у которых пуповины взяты для исследования, разделены на 3 группы: в 1-ю группу вошли 10 здоровых пациенток с физиологическим течением беременности и родов, родившие здоровых детей. Во 2-ю группу вошли 12 пациенток с гестозом средней тяжести ($\text{АД} \geq 140/90$ мм рт. ст., протеинурия 0,3–1,0 г/л за 24 часа). В 3-ю группу включены 9 пациенток с тяжелым гестозом ($\text{АД} \geq 160/110$ мм рт. ст., протеинурия $> 1,0$ г/л за 24 часа).

Результаты

В контрольной группе у здоровых беременных во всех наблюдениях выявлялась однотипная картина. Эндотелиальные клетки пуповинной артерии нормально организованы в виде монослоя клеток в основном кубической формы. Клетки на большем протяжении имели равную высоту и плотно контактировали друг с другом, образуя простые плотные контакты. Ядра эухроматические, маргинальная концентрация хроматина и умеренные инвагинации ядер единичны. Большинство митохондрий обычного строения,

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 верапамиллом 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.