

тельности гинипралом не отмечено отрицательного влияния на состояние плода.

Заключение

Таким образом, применение бета-адреномиметика гинипрала при быстрых родах и дискоординированной родовой деятельности оказывает положительное влияние на характер сократительной деятельности матки, устраняет

элементы дискоординации, снижает повышенный базальный тонус матки. Гинипрал в применяемых нами дозировках не оказывает отрицательного влияния на состояние внутриутробного плода и новорожденного. Экспериментальные исследования на животных показали, что введение гинипрала приводит к снижению тонуса матки, уменьшению амплитуды и урежению ритма сокращений миометрия во всех отделах матки.

BREECH DELIVERY IN THE 21ST CENTURY

© Frank Louwen

Leiter Schwerpunkt Geburtshilfe und Praenatalmedizin, Head OB/Fetomaternal Medicine, J. W. Goethe-University, Frankfurt, Germany

With the publication of the Term Breech Trail in 2000 the results reduced at least for the next decade the experiences of obstetricians in managing breech deliveries worldwide. After its withdrawal in 2005 there are still no data to prefer caesarean section for maternal or neonatal advantages but less experience results as an other reason for ongoing high caesarean rates in breech.

With the introduction of an evaluation of the impact of the maternal birth position on the prenatal and maternal morbidity the superiority of a knee-hands-position seems to be obvious in a randomized trail.

This single center study evaluated more than 200 vaginal deliveries in breech presentation with randomization of the maternal birth position. The data were significant for reduction of maternal and neonatal complications like reduced pH and base excess, maternal lacerations or need for ICU treatments as well.

To proof these data an international randomized trail in term breech vaginal deliveries with different maternal birth positions only in experienced perinatal centers is recommended.

АЛГОРИТМ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

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

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель исследования

Разработать алгоритм подготовки беременных к родам высокого риска по развитию аномалий родовой деятельности.

Материал и методы

Выявлены следующие группы риска: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез; возраст первородящей младше 18 и старше 30 лет; нарушение менструального цикла, длительное бесплодие; беременные, у которых в анамнезе имеется указания на слабость родовой деятельности у матери, сестер, т. е. генетически детерминированные; трудные роды; патология плодовместилища (миома матки, аденомиоз, хронический эндометрит); перерастяжение матки за счет многоводия, многоплодия, крупного плода; донное расположе-

ние плаценты; эндокринные экстрагенитальные заболевания (ожирение, гипопункция щитовидной железы, сахарный диабет и др.); несостоятельность миометрия (аборты, рубец на матке, большое количество родов — 5 и более); анатомически или клинически узкий таз; аномалии развития половых органов, рубцовые изменения шейки матки; акушерская патология: аномалии положения плода, перенашивание, гипоксия плода, внутриутробная задержка развития плода, пороки развития плода, антенатальная гибель плода; вегетативные нарушения нервной системы.

Результаты

На основании применения актовегина у 278 беременных рекомендуются две схемы подготовки беременных к родам.

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

II схема включает назначение актовегина 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 ФППО 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 — азури 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 ($AD \geq 140/90$ мм рт. ст., протеинурия 0,3–1,0 г/л за 24 часа). В 3-ю группу включены 9 пациенток с тяжелым гестозом ($AD \geq 160/110$ 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,