

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ДОРОДОВОЙ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

В.В. Грабарь, Е.А. Яковенко¹, Л.Г. Назаренко¹, Е.Н. Бабаджанян¹

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина
Клинический родильный дом № 6, г. Харьков Украина

РЕЗЮМЕ

Недостаточная эффективность традиционной рододовой подготовки вынуждает искать новые медикаментозные схемы для индукции родовой деятельности в тех случаях, когда возникает необходимость ускорить созревание шейки матки – при хроническом дистрессе плода, поздних гестозах, экстрагенитальной патологии, перенашивании. Проводилась сравнительная оценка эффективности методов рододовой подготовки беременных с высокими риском развития перинатальных осложнений с использованием местного (интрацервикального, интравагинального, трансбукального) введения дезаминоокситоцина и простагландина E₁ (Pg E₁). Определено, что применение дезаминоокситоцина или Pg E₁ местно имеет преимущества перед схемами подготовки с применением эстрогенов в виде сокращения длительности подготовки, уменьшения частоты осложнений родов. Выбор схемы рододовой подготовки беременных высокого перинатального риска определяется конкретной акушерской ситуацией – допустимыми сроками подготовки, наличием гипертензивных осложнений у матери и т.д.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рододовая подготовка, беременность высокого риска, простагландин, дезаминоокситоцин

Рациональная подготовка беременных к родам занимает важное место в современном акушерстве. Это обусловлено увеличением числа беременных высокого риска в связи с соматической патологией, возможностью диагностики нарушений в фетоплацентарной системе, что диктует необходимость досрочного родоразрешения [2, 6]. Недостаточная эффективность традиционной рододовой подготовки с использованием эстрогенных препаратов и поливитаминов заставляет искать новые медикаментозные схемы для индукции родовой деятельности в тех случаях, когда возникает необходимость ускорить созревание шейки матки – при хроническом дистрессе плода, поздних гестозах, экстрагенитальной патологии, перенашивании беременности [3, 4, 7, 8].

В настоящее время в литературе приводятся данные по использованию простагландинов (Pg) группы E₂, F_{2α} [1, 2, 3, 4], первый из которых относится к дорогостоящим препаратам, второй – к недостаточно эффективным для родовозбуждения.

Нами не найдено данных по применению с целью рододовой подготовки и родовозбуждения дезаминоокситоцина, по применению Pg E₁ имеется ограниченное количество публикаций [1].

Целью нашего исследования явилась разработка оптимальной медикаментозной рододовой подготовки беременных с использованием местного (интрацервикального, интравагинального, трансбукального) введения

дезаминоокситоцина и Pg E₁.

Работа выполнена в рамках национальной программы “Репродуктивное здоровье населения Украины”.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное исследование выполнялось в рамках программы «Безопасное материнство», оно отражает результаты наблюдения за 65 беременными женщинами, получавшими различные схемы рододовой подготовки в 2005 г. в родильном доме №6 г. Харькова.

Основным критерием отбора пациенток явилась незрелость шейки матки при необходимости сократить сроки рододовой подготовки – это случаи перенашивания беременности, нарушение состояния матери или фетоплацентарного комплекса.

У всех женщин имела место одноплодная беременность в сроках 36-41 нед., отсутствие прогнозируемой диспропорции таза матери и головки плода, отсутствие предыдущих оперативных вмешательств на матке. Первородящих пациенток было 44 (67,7%), повторнородящих 21 (32,3%).

В зависимости от медикаментозного состава рододовой подготовки все пациентки были распределены на 3 группы:

Первую (1) группу составили 26 беременных, получавших эстрогены и поливитамины во время рододовой подготовки в прерывистом режиме на протяжении 1,5-2 нед. (по 20 тыс. ЕД 2-3 сут., затем перерыв – на 2-3 сут. и повторное применение эстрогенов).

Во вторую (2) группу вошли 19 пациенток, которым для ускорения созревания шейки матки назначался дезаминокситоцин (ДАО) местно – интрацервикально, а при отсутствии условий для интрацервикального введения – та же доза ДАО – 25 МЕ – применялась интравагинально или трансбуккально. Кратность введения ДАО – 1-3 раза с интервалом 2-3 дня. Через 5-6 ч после применения ДАО при отсутствии родовой деятельности назначались селективные β -адре-номиметики (гинипрал – 0,5 мг в/в капельно).

Третью (3) группу составили 20 беременных, которым для ускорения созревания шейки матки интрацервикально (при отсутствии условий для интрацервикального введения интравагинально или трансбуккально) вводился мизопростол ($Pg E_1$) в дозе 50 мкг 1-2 раза в интервалом 2-3 дня. Так же, как и в предыдущей группе через 5-6 ч после $Pg E_1$ назначались селективные β -адреномиметики.

Оценивались следующие параметры: время, необходимое для дозревания шейки матки; появление осложнений во время родов; частота завершения родов оперативным путем; общая продолжительность родов; продолжительность безводного периода; родовой травматизм, объем общей кровопотери; оценка реактивности сердечно-сосудистой системы плода (РСССП) по методике Кузнецова М.И. и соавт., 1997 [4].

Оценка степени зрелости шейки матки осуществлялась по шкале Бишоп в модификации Чернухи Е.Т. [5], которая производилась перед началом медикаментозной терапии и 1 раз в 3 дня на протяжении дородовой подготовки. Показатели зрелости шейки матки во всех группах были сопоставимы: в 1 группе – $1,88 \pm 0,04$; во 2 – $1,74 \pm 0,06$; в 3 – $1,78 \pm 0,02$.

Статистическая обработка результатов исследования производилась с использованием критериев достоверности Стьюдента и Фишера с помощью пакета программ Microsoft Excel. Рассчитывались среднее (M) и его ошибка (m).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В 1 группе время, необходимое для дозревания шейки матки составило $8,7 \pm 0,2$ сут., во 2-й – $4,6 \pm 0,3$ сут., в 11 случаях (57,9%) ДАО вводился повторно, в 3-й – $2,1 \pm 0,1$ сут., повторное ведение $Pg E_1$ потребовалось в 4 случаях. У 20 (76,9%) женщин группы 1 роды завершились *per vias natu- rales*, среди них встречались следующие

осложнения: слабость родовой деятельности, скорректированная утеротониками – у 5 (25,0%), дистоция шейки матки – у 3 пациенток (15,0%), преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) у 2 (10,0%).

Во 2 группе *per vias naturales* завершились 16 родов (84,2%), имели место следующие скорректированные осложнения родов – слабость родовой деятельности у 3 (18,8%), дистоция шейки матки – у 2 пациенток (12,5%), ПРПО – у 2 (12,5%).

В 3 группе в 17 случаях (85,0%) произошли влагалищные роды, чаще других осложнений родов встречались ПРПО – в 4 (23,5%), дискоординация родовой деятельности – в 2 (11,8%), слабости родовой деятельности в этой группе женщин не было отмечено.

Общая продолжительность родов и длительность безводного промежутка во 2 и 3 группах была достоверно меньше по сравнению с группой 1: в 1 группе составила соответственно $10,2 \pm 0,2$ ч и $6,4 \pm 0,3$ ч; во 2 группе $8,9 \pm 0,3$ ч и $5,1 \pm 0,1$ ч; в 3 группе – $7,8 \pm 0,3$ ч и $6,2 \pm 0,1$ ч ($P < 0,05$). Объем кровопотери в III периоде родов во 2 и 3 группах был также меньше в сравнении с группой 1 – соответственно 1 группе – 364 ± 15 мл, во 2 группе – 303 ± 11 мл, в 3 группе – 266 ± 18 мл ($P < 0,05$).

Частота родовых повреждений у матери – разрывов промежности и влагалища – в группах 1,2,3 достоверно не различалась (15%; 12,5%; 17,6%, $P > 0,05$). Частота родовых повреждений новорожденных также не имела существенных различий – 2 случая в 1 группе, по 1 случаю во 2 и 3 группе. Применение ДАО и $Pg E_1$ не оказало отрицательного влияния на плод по данным ante- и интранатальной оценки РССП: в 1 группе эти показатели в баллах составили $4,2 \pm 0,2$ и $3,9 \pm 0,4$ балла, во 2-й – $4,1 \pm 0,1$ и $3,8 \pm 0,3$ балла, в 3-й – $3,9 \pm 0,1$ и $4,0 \pm 0,2$ балла ($P > 0,05$), в состоянии по Апгар 7 баллов и более в 1,2,3 группах родилось соответственно 84,6%, 84,2%, 85% детей.

В 1 группе 6 пациенток (23,1%) были родоразрешены оперативно по следующим показаниям: в 2 случаях – плановое кесарево сечение в связи с прогрессирующим тяжелым гестозом (1), с хроническим дистрессом плода, подтвержденным кардиотокографией в динамике (1); в 2 случаях – некорректируемая первичная слабость родовой деятельности, в 1 – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, в 1 – дистоция шейки матки.

Во 2-й группе кесарево сечение

произведено у 3 женщин в связи с 1 случай – некорректируемая первичная слабость родовой деятельности, 1 – аномальное вставление головки плода, в 1 – прогрессирующий интранатальный дистресс плода, как декомпенсация фетоплацентарной недостаточности.

В 3 группе произведено 3 кесаревых сечения по показаниям: 1 случай – аномальное вставление головки плода, 1 – дискоординация родовой деятельности, 1 – усугубление тяжести позднего гестоза в родах.

Таким образом, традиционная подготовка с использованием эстрогенов и поливитаминов далеко не всегда позволяет достигнуть быстрого созревания шейки матки, что особенно актуально в случаях необходимости индуцирования родов – при хроническом дистрессе плода, поздних гестозах, экстрагенитальной патологии, перенашивании беременности.

Местное применение Pg E₁ позволяет сократить сроки дородовой подготовки в 4 раза по сравнению с эстрогенно-поливитаминным комплексом, в 2 раза по сравнению с местным применением ДАО. Однако чаще, чем при применении ДАО, назначение Pg E₁ сопровождается ПРПО, дискоординацией родовой деятельности. С учетом отсутствия гипертензивного действия данная схема

предпочтительна при индукции родов у пациенток с гестозами.

Местное использование ДАО обладает более «мягким», отсроченным эффектом по сравнению с Pg E₁, реже приводит к ПРПО, дискоординации родовой деятельности.

В современном акушерстве отчетливо прослеживается тенденция возврата к выжидательной тактике ведения родов. Наряду с этим увеличивается число пациенток, относящихся к группе высокого перинатального риска, что требует поиска новых подходов к их дородовой подготовке и рациональному медикаментозному пособию при родоразрешении.

ВЫВОД

Локальное применение ДАО и Pg E₁ у беременных группы высокого риска является более эффективным, чем традиционная схема дородовой подготовки с применением эстрогенов. Выбор схемы дородовой подготовки определяется конкретной акушерской ситуацией – допустимыми сроками подготовки, наличием гипертензивных осложнений у матери и т.д.

Перспективу дальнейших исследований в этом направлении мы видим в комбинации регионарной анестезии во время родов и локального использования утеротонических средств и Pg E₁.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В., Абрамян Р.А., Абрамян Л.Р. Индукция родов и их регуляция простагландинами. -ЭЛБИ-СПб. - 2005. - 287 с.
2. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г., Ковалева Т.Г. и др. Подготовка беременных к родам (методическое пособие). -Санкт-Петербург:Нордмедиздат. – 2000. – 22 с.
3. Венцовский Б.М., Гордеева Т.Д., Сенчук А.Я. // Матеріали республіканської науково-практичної конференції „Простагландини в сучасному акушерстві”. - Київ. - 2000. - С. 6-24.
4. Грищенко В.И., Лазуренко В. В. // Матеріали республіканської науково-практичної конференції „Простагландини в сучасному акушерстві”. – Київ. - 2000. - С. 24-34.
5. Кузнецов М.И., Ордынський В.Ф., Васильев А.Р. // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. - 2000. - № 2. - С.113-123.
6. Чернуха Е.А. Родовой блок. - М., Триада-Х . - 2005. – 712 с.
7. Abel M.N., Kelly R.W. // Prostaglandins. - 2000. - V. 18. - P. 821-828. .
8. Boginova S. // 13th Congress of the European association of Gynecol. - Jerusalem. - 1998. - P. 27.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ ДОПОЛОГОВОЇ ПІДГОТОВКИ ВАГІТНИХ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ РОЗВИТКУ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ

В.В. Грабар, О.А. Яковенко¹, Л.Г. Назаренко¹, О.М. Бабаджанян¹

¹Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна
Клінічний пологовий будинок № 6, м. Харків, Україна

РЕЗЮМЕ

Недостатня ефективність традиційної дородової підготовки змушує шукати нові медикаментозні схеми для індукції пологової діяльності в тих випадках, коли виникає необхідність прискорити дозрівання шийки матки: при хронічному дистресі плода, пізніх гестозах, екстрагенітальній патології, переносуванні. Проводилась порівняльна оцінка ефективності методів дородової підготовки вагітних

з високим ризиком розвитку перинатальних ускладнень з використанням місцевого (інтрацервікального, інтравагінального, трансбукального) введення дезаміноокситоцину та простагландину E₁ (Pg E₁). Визначено, що застосування дезаміноокситоцину або Pg E₁ місцево має переваги перед схемами підготовки із застосуванням естрогенів щодо скорочення тривалості підготовки, зменшення частоти ускладнень пологів. Вибір схеми дородової підготовки вагітних високого перинатального ризику визначається конкретною акушерською ситуацією - припустимими термінами підготовки, наявністю гіпертензивних ускладнень у матері і т.д.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: допологова підготовка, вагітність високого ризику, простагландини, дезаміноокситоцин

COMPARATIVE ASSESSMENT OF ANTENATAL PREPARATION METHODS EFFICACY IN WOMEN WITH HIGHT-RISK PREGNANCY

V.V. Grabar, E.A. Yacovenko¹, L.G. Nazarenko¹, E.N. Babadganyan¹

¹The Medical Postgraduate Academy of Kharkov, Ukraine

Maternity hospital № 6, Kharkov, Ukraine

SUMMARY

The traditional antenatal preparation with estrogens is frequently not effective. In this study we applied desaminoxytocin or Pg E₁ (misoprostol) for induction of labour in patients of hight-risk pregnancy. Revealed that desaminoxytocin or prostaglandin E₁ (intravaginal, intracervical or intrabuccal using) is more effective for decrease of frequency of delivery complications that estrogens. Prostaglandin E₁ application is move preferable in case of hypertensive maternal disorders.

KEY WORDS: antenatal preparation, hight-risk pregnancy, prostaglandin E₁, desaminoxytocin