

темы и архитектоники тазовых органов у женщин с эндометриозом и миомой матки обоснована целесообразность ограничения объема операции при условии отсутствия внематочных гетеротопий суправагинальной ампутацией матки с иссечением эндоцервикса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мезин В.Я. Сочетание предопухолевых состояний молочных желез, эндометрия и их коррекция / Дисс. к. м. н. — Рязань, 1997. — 22 с.
2. Сидорова И.С., Пиддубный М.И., Ливаков С.А. и др. Состояние молочных желез у больных миомой матки в постменопаузе // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов, 1989, № 1, с. 92—95.
3. Хасханова Л.Х. Сочетание эндометриоза с дисгормональной гиперплазией молочных желез / Дисс. к. м. н. — М., 1996. — 24 с.

UTERUS MYOMA WITH ADENOMIOSIS. DIAGNOSIS, SURGICAL TREATMENT, PROGNOSIS

**A.G. POGASOV, I.M. ORDIYANTS, N.D. PLAKSINA,
L.S. KUDRYAVTSEVA, O.V. PANITKOVA, L.H. HASKHANOVA**

Department of obstetrics and gynecology with the course of perinatology
Russian University of Peoples' Friendship
Miklukho-Maklaya st., 8, Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

This work is designed to establish standard methods of investigations for women of reproductive age with uterine myoma and endometriosis taking into consideration not only the use of ultrasound but also of hysteroscopy and compulsory hystero-graphy. This method allows not only the correct preoperative diagnosis of endometriosis in combination with uterine myoma in 82% of the cases but also allows to monitor the effectiveness of the methods of treatment used to study the short term and long term (10 or more years) results.

To preserve the organs of the reproductive system as well as the architecture of pelvic organs among patients with endometriosis and uterine myoma it is recommended that the volume of surgical intervention be limited to supravaginal amputation of the corpus of the uterus with excision of the endocervix in the absence of extrauterine heterotopics. This method of operational treatment of women with myoma of the uterus alongwith endometriosis has allowed the reduction of short and long term complications and the prophylaxis of residual endometriosis of different localizations.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДОПАМИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСКООРДИНАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

А.Д. ПОДТЕТЕНЕВ

Кафедра акушерства и гинекологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Т.В. БРАТЧИКОВА, У.Ч. ГАГАЕВ

Родильное отделение ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана
Госпитальная пл., 2, 111020 Москва, Россия

В статье представлен новый взгляд на тактику ведения родов и выбор оптимального метода лечения дискоординации родовой деятельности. В ходе контролируемого исследования были проанализированы особенности течения и исходы родов у 103 рожениц с дискоординацией родовой деятельности, родивших в Родильном отделении ГКБ № 29

им. Н.Э. Баумана (Москва) в 1999 и 2000 гг. Внедрение комплексного метода лечения данной патологии, включающего как базовую основу острый токолиз или эпидуральную анестезию с последующим применением препаратов, улучшающих клеточный метаболизм, позволило снизить процент оперативного родоразрешения и неонатальные осложнения. В результате проведенного исследования установлено, что в настоящее время существует значительное количество резервных методов лечения гипертонической дисфункции матки, внедрение которых в клиническую практику помогает сохранить репродуктивное здоровье роженицам и улучшить перинатальные показатели.

Основной проблемой при родах, осложненных дискоординацией родовой деятельности (ДРД), является крайне высокий родовой травматизм плода. На фоне общего снижения рождаемости в развитых странах Северной Америки, Западной и Восточной Европы, а также европейской части СНГ, где прирост населения уменьшился из-за желания иметь в семье не более одного или двух детей, снижение риска перинатальной патологии в родах является первостепенной задачей. Проблема дискоординации родовой деятельности в связи со значительным процентом перинатальных осложнений в родах перешагнула медицинские рамки и в настоящее время является медико-социальной. В данной ситуации при ведении родов через естественные родовые пути необходимо убедиться, что риск для плода будет минимален. В противном случае целесообразно отказаться от консервативного ведения родов и родоразрешить роженицу путем операции кесарева сечения.

В настоящее время существуют два наиболее эффективных подхода к лечению дискоординированных маточных сокращений, заключающихся в проведении острого токолиза или эпидуральной анестезии. Назначение анестетиков, спазмолитиков, энергетических препаратов является позитивным, в ряде случаев — обязательным, но не базисным методом лечения.

В некоторых случаях результатом лечения дискоординации родовой деятельности может быть развитие гипотонической дисфункции матки. Внутриматочное давление при этом как правило не превышает 20–25 мм рт. ст., продолжительность схваток — менее 20 сек, а интервал между схватками превышает 5 мин. В данной ситуации стоит вопрос о целесообразности применения утеротонических препаратов.

Хорошо известно, что применение утеротонических препаратов при гипертонической дисфункции матки противопоказано. Однако в тех случаях, когда удастся получить положительный эффект от проведенной комплексной терапии, который наилучшим образом отражают положительные структурные изменения в шейке матки, родостимуляция может быть применена.

Следующий вопрос, с которым сталкивается акушер, заключается в выборе утеротонического препарата. Мы не рекомендуем для этой цели использовать окситоцин. Препарат стимулирует накопление внутриклеточного кальция, что может привести к гипертонусу матки и возобновлению клиники дискоординированных маточных сокращений. Простагландины группы $F_{2\alpha}$ также нецелесообразно использовать в данной ситуации, поскольку помимо усиления эффектов симпатической стимуляции и увеличения чувствительности адренергической передачи в гладкомышечных клетках эти препараты также как и окситоцин влияют на высвобождение кальция из саркоплазматического ретикула, тем самым способствуя его накоплению в цитоплазме миоцита [1]. Оптимальными препаратами для коррекции гипотонической дисфункции матки являются простагландины E_1 и E_2 [3, 5]. Влияя на адренергическую передачу на пресинаптическом уровне, данные средства регулируют процесс выделения норадреналина из адренергических окончаний, что усиливает маточные сокращения.

Среди медикаментозных средств, стимулирующих выделение эндогенного норадреналина и не имеющих абсолютных противопоказаний к использованию у рожениц, является допамин. В высоких дозах препарат возбуждает α - и β -адре-

норецепторы, способствуя высвобождению норадреналина в адренергических синапсах в синаптическую щель [2].

С целью изучения эффективности и клинических особенностей применения допамина для коррекции сократительной активности матки у рожениц с гипотонической дисфункцией матки, развившейся вследствие лечения дискоординации родовой деятельности, мы использовали раствор допамина гидрохлорида 200 мг варшавского фармзавода ПОЛЬФА.

Под нашим наблюдением находилось 14 рожениц, у которых для усиления сократительной деятельности матки использовали 4%-ный раствор допамина гидрохлорида — 5 мл (200 мг) в 400 мл 5%-ном растворе глюкозы. К родостимуляции приступали при раскрытии маточного зева на 4—5 см.

Лечение осуществляли путем внутривенного введения 20 капель раствора допамина в течение 30 сек с интервалом между введениями 3—4 мин. Для контроля за гемодинамикой, пульсооксиметрией матери (SpO_2), мониторингом частоты сердечных сокращений плода (ЧССП) и матери (ЧССМ), а также измерения активности матки использовали монитор серии 50 XM (M1350B) фирмы HEWLETT PACKARD (Германия), при этом для регистрации внутриамниотического давления использовали внутренний токомониторинг датчиком M1333A.

Диагноз гипотонической дисфункции матки был установлен на основании снижения тонуса и возбудимости матки. Тензометрический датчик регистрировал слабые короткие схватки продолжительностью не более 20—25 сек с интервалом до 5—6 мин. При внутреннем акушерском исследовании раскрытие маточного зева составляло 4—5 см и далее не прогрессировало, головка плода была прижата ко входу в малый таз.

Перед началом коррекции контрактильной активности матки для объективного контроля эффективности лечения и подтверждения диагноза устанавливали внутриматочный катетер M1333A для проведения внутренней токографии. Преимущество внутренней токографии по сравнению с внешней заключается в возможности регистрировать истинное внутриматочное давление, выраженное в мм рт. ст., а не в условных единицах. По данным внутренней токографии у всех рожениц родовая деятельность имела следующий характер: интервал между схватками составлял 5—6 мин, продолжительность схватки — 20—30 сек, внутриматочное давление — $18,05 \pm 0,12$ мм рт. ст., давление между схватками (базальное давление) — $9,36 \pm 0,05$ мм рт. ст. Известно, что прогрессирование раскрытия маточного зева может происходить только в том случае, если внутриматочное давление превышает 30 мм рт. ст. [4].

Дробное внутривенное капельное введение допамина 12 роженицам привело к восстановлению эффективной родовой деятельности. У восьми наблюдаемых через 20—30 сек после введения 20 капель раствора допамина происходило сокращение матки, при этом внутриматочное давление составляло 50—60 мм рт. ст. В остальных 4-х наблюдениях также происходило усиление силы схваток, но внутриматочное давление не превышало 30 мм рт. ст., в связи с чем объем введенного допамина был увеличен на 50% и составил 30 капель. На фоне увеличения дозы препарата во время схватки произошло увеличение внутриматочного давления до 40—50 мм рт. ст. Дальнейшее увеличение дозы вводимого раствора допамина до 40—50 капель приводило к возрастанию внутриматочного давления до 80—100 мм рт. ст., что вызывало появление симметричных со схваткой децелерации у пяти рожениц и заставило нас отказаться от данной тактики введения препарата.

Продолжительность схваток 50—60 сек, продолжительность систолы и диастолы схватки были равны, что является идеальным вариантом, соответствующим физиологической схватке в активную фазу родов. Интервал между схватками был 3—4 мин, то есть полностью соответствовал частоте введения допамина. Заслуживает внимания достоверное уменьшение внутриматочного давления между схватками до $8,9 \pm 0,07$ мм рт. ст., вероятно, за счет действия допамина на β -адренорецепторы ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1

Показатели контрактильной активности до и после коррекции гипотонической дисфункции раствором допамина

Обследуемые роженицы	Показатели						
	ВМД, мм рт. ст.	интервал между схватками, мин	базисное ВМД, мм рт. ст.	продолжительность схватки, сек	систола схватки, сек	диастола схватки, сек	скорость раскрытия шейки матки, см/час
До лечения	18,05±0,12	5—6	9,36±0,05	20—30	10—15	10—15	0,5
После лечения	50,3±9,12	3—4	8,9±0,07	50—60	25—30	25—30	2—3

Таблица 2

Показатели состояния плода и материнской гемодинамики до и после лечения

Обследуемые роженицы	Показатели				
	плод			мать	
До лечения	ЧССП, уд./мин	амплитуда осцилляций, уд./мин	децелерации	акцелерации	SpO ₂ , %
	140—160	10—15 (75%); 5—10 (25%)	нет	75% рожениц	94,7±3,2
После лечения	ЧССП, уд./мин	амплитуда осцилляций, уд./мин	децелерации	акцелерации	SpO ₂ , %
	140—160	15—20	нет	100% рожениц	98,2±1,1
					АД, мм рт. ст.
					С. 110—120; Д. 70—80
					у 33,3% увелич. до 135/90
					ЧССМ, уд./мин
					70—90
					85—110

Пять наблюдаемых рожениц до начала родов находились на лечении в отделении патологии в связи с нефропатией 1-й стадии; при излитии околоплодных вод у 4 из них была диагностирована хроническая гипоксия плода. Артериальное давление (АД) у рожениц с нефропатией не превышало 125/85 мм рт. ст. После 30 мин введения допамина у 3 рожениц с нефропатией и 1 роженицы с нормальным АД был зарегистрирован подъем АД до 130—135/90 мм рт. ст., что потребовало назначения гипотензивной терапии. Частота сердечных сокращений матери после назначения допамина достоверно увеличилась, находясь в пределах от 85 до 110 ударов в минуту. Также увеличился процент кислородной насыщенности крови матери, измеренный методом пульсооксиметрии, который составил $98,2 \pm 1,1\%$ при исходном уровне $94,7 \pm 3,2$ ($p < 0,01$).

Частота сердечных сокращений плода после введения 20—30 капель раствора допамина не менялась, продолжая находиться в пределах от 140 до 160 уд./мин. При этом амплитуда осцилляций увеличилась до 15—20 уд./мин, в том числе и у 4 рожениц с хронической гипоксией плода. У всех наблюдаемых при введении указанной дозы допамина во время схватки были зарегистрированы акцелерации, децелераций не было (табл. 2).

Скорость раскрытия шейки матки составила 2—3 см/ч, а продолжительность второго периода родов $43,6 \pm 12,7$ мин. После родов 11 новорожденных были оценены по шкале Ангар на 8—9, 4 — на 7—8 баллов, масса тела детей при рождении колебалась от 3000 до 3700 г, все дети после родов были приложены к груди.

Высокая эффективность лечения препаратом допамин связана с возможностью моделировать частоту и силу маточных сокращений. Индивидуальный подход в лечении патологии контрактильной активности миометрия позволил увеличить скорость раскрытия шейки матки и сократить продолжительность безводного периода. На данном этапе исследования сложно дать точную оценку механизма действия допамина на плод. Однако очевидно, что увеличение периферической микроциркуляции положительно влияет на систему мать—плацента—плод, позволяя снизить процент перинатальной патологии у рожениц с хронической гипоксией плода и аномалиями родовой деятельности.

Внедрение описанной выше тактики ведения родов при дискоординации родовой деятельности в Родильном отделении ГKB № 29 в 2000 г. позволило существенно снизить процент оперативной активности. Так, если в 1999 г. среди 61 роженицы с данной патологией 48 (78,6%) были родоразрешены путем операции кесарева сечения, то в 2000 г. из 42 прооперированы были только 25 (59,5%). При этом показатели перинатальной заболеваемости и смертности у данных рожениц в 2000 г. остались на прежнем уровне. Все это позволяет нам рекомендовать данную тактику ведения родов для широкого внедрения в практическую деятельность акушера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г., Ковалева Т.Г., Айламазян Э.К. Подготовка беременных к родам / Метод. пособ. — СПб.: Нордмед-издат, 2000. — 22 с.
2. Справочник Видаль, 4-е изд. — М.: АстраФармСервис, 1998, с. Б224, Е76—77.
3. Abramovici D., Goldwasser S., Mabie B.C., Mercer B.M., Goldwasser R., Sibai B.M. A randomized comparison of oral misoprostol versus Foley catheter and oxytocin for induction of labor at term // Am J. Obstet. Gynecol., 1999, vol. 181, p. 1108—12.
4. Antonucci M.C., Pitman M.C., Eid T., Steer P.J., Genevier E.S. Simultaneous monitoring of head-to-cervix forces, intrauterine pressure and cervical dilatation during labour // Med. Eng. Phys., 1997, vol. 19, p. 317—26.

5. Ngai S.W., Chan Y.M., Lam S.W., Lao T.T. Labour characteristics and uterine activity: misoprostol compared with oxytocin in women at term with prelabour rupture of the membranes // Br. J. Obstet. Gynecol., 2000, vol. 107, p. 222—7.

MANAGEMENT OF LABOURS COMPLICATED WITH DISCOORDINATED UTERINE ACTIVITY

A.D. PODTETENEV

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology
Russian University of Peoples' Friendship
Miklukho-Maklaya st., 8, Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

T.V. BRATCHICOVA, Ch.G. GAGAYEV

Clinical Hospital № 29
Gospitalnaya sq., 2, 111020 Moscow, Russia

New attitude has been presented to the labour management and the choice of optimal method for treatment of discoordinated uterine contractions. An analysis was carried out of outcomes of 103 labours which took place in 1999—2000 years in the perinatal division of city hospital № 29 (Moscow). All 103 labours were complicated with discoordinated uterine activity. Complex method of treatment as primary step included acute tocolysis or epidural anesthesia with subsequent additional use of new medications aimed at improving cell metabolism. This attitude afforded to decrease the rate of operative delivery and perinatal complications. It was demonstrated that there are plenty of reserve methods for treatment of hypertonic uterine dysfunction. Implementation of these methods into clinical practice will promote preservation of reproductive health and will optimize perinatal statistics.

УДК 616.12-008.331.1(4:618.3-0615)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ

Е.А. ПОПЕЛЬ, Д.О. НИЯЗЛИЕВА, Ф.А. КУРБАНОВА

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Работа посвящена оценке эффективности комплексного метода профилактики и лечения плацентарной недостаточности, а также осложнений беременности и родов при нейроциркуляторной дистонии с применением средств коррекции нарушенных параметров фетоплацентарного гомеостаза.

Обследовано 150 пациенток с нейроциркуляторной дистонией до и после проведенного комплексного лечения. Полученные результаты показали, что после проведенного лечения снизилось число осложнений беременности и родов, улучшились показатели региональной и периферической гемодинамики, увеличилась экскреция половых стероидных гормонов, были выражены компенсаторно-приспособительные реакции в плацентах.

Проведенное лечение позволило снизить перинатальную заболеваемость с 657% до 433% при нейроциркуляторной дистонии и перинатальную смертность с 20% до 6,6%. Индекс здоровья детей в первый год жизни повышен после лечения всех беременных с сосудистыми дистониями.

Несмотря на значительные успехи современной медицины, проблема экстрагенитальной патологии при беременности остается наиболее актуальной. Это объясняется высокой степенью риска беременности при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Частота сосудистых дистоний у беременных по данным разных авторов [1] колеблется от 10,4% до 14,6%.