

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 гинипралу 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 метаболитически активным препаратом актовегином.

Материал и методы

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

Обследовано 278 беременных в основной группе и 388 беременных в группе сравнения на сроках беременности 38–41 неделя. Первородящих было 185 и повторнородящих — 93 беременных в основной группе и в группе сравнения соответственно 280 и 108 беременных женщин.

Результаты

После подготовки шейки матки актовегином у 87,84% первородящих шейка матки стала зрелой у 65,4% повторнородящих, если учесть, что у 26,88% повторнородящих шейка матки была зрелой еще до применения актовегина. Несвоевременное излитие околоплодных вод у первородящих в основной группе не отличалось от группы сравнения (36,21% против 36,08%). У повторнородящих, напротив, несвоевременное излитие околоплодных вод отмечено в 2,3 раза меньше по сравнению с группой сравнения. Всего несвоевременное излитие околоплодных вод в основной группе в среднем отмечено у каждой третьей и в контрольной группе у каждой второй роженицы. Это, вероятно, обусловлено тем, что актовегин повышает энергетический потенци-

ал утеромиоцитов и тем самым осуществляется подготовка адекватного созревания шейки матки и миометрия матки. При этом почти у половины первородящих продолжительность безводного промежутка не превышала 6 ч и 7–12 ч. Лишь в единичных наблюдениях отмечен затяжной безводный промежуток. Общая продолжительность родов у первородящих составила $8,25 \pm 0,25$ ч против $12,2 \pm 0,51$ ч в группе сравнения ($p=0,001$). У повторнородящих соответственно $6,15 \pm 0,60$ ч и $9,35 \pm 0,95$ ч.

Заключение

Подготовка беременных к родам актовегином приводит к достоверному уменьшению (30%) частоты слабости родовой деятельности в группе беременных высокого риска по развитию аномалий родовой деятельности и сокращает общую продолжительность родов на 2–3 часа как у первородящих, так и повторнородящих. Отмечается снижение частоты оперативного родоразрешения в среднем в 1,5 раза и оказывает благоприятное влияние на состояние плода и новорожденного.

АНТИГИПОКСАНТ МИЛДРОНАТ ПРИ ТЕРАПИИ ГИПОКСИИ ПЛОДА В РОДАХ

© А. П. Талев, В. В. Абрамченко

НИИ акушерства и тинекологии им Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования

Лечение гипоксии плода с помощью антигипоксанта милдроната.

Материал и методы

Проведен клинический анализ течения беременности, родов, состояния плода при угрожающей и начавшейся гипоксии в родах у 194 рожениц. Группу сравнения составили 120 беременных без гипоксии плода. Из аппаратных методов исследования применялись кардиотокография, УЗИ, доплерометрия, определение кислотно-основного состояния крови плода из предлежащей части, а также определение нитритов крови плода в условиях применения милдроната.

Результаты

Общая продолжительность родов у первородящих основной группы не отличалась от контрольной и составила у первородящих 8 ч 25 мин и у повторнородящих 6 ч 16 мин. Быстрые роды отмечены у каждой десятой роженицы, а затяжные роды (свыше 13 часов) у 5,6% рожениц.

Родовозбуждение применялось у каждой пятой роженицы и родостимуляция у каждой седьмой роженицы. Особое внимание было обращено на частоту примеси мекония в околоплодных водах, которая в основной группе составила 57,73%, т. е. у каждой второй роженицы. При этом густой меконий в начале родов отмечен у 15% и умеренный у 67,9%, а окрашивание задних вод меконием отмечено у 17,28% рожениц. Нами выявлена высокая корреляционная зависимость между частотой и характером интенсивности окраски вод меконием с обвитием пуповины, что требует сочетанного применения наружной и прямой кардиотокографии. При сопоставлении состояния плодов и новорожденного со структурно-функциональным состоянием плаценты установлено, что у каждой третьей женщины имела место патологическая незрелость плаценты и у каждой второй — различные формы плацентарной недостаточности (хроническая, компенсированная, субкомпенсированная, сочетание хронической с острой плацентарной недостаточностью) у 57,4% женщин.