

УДК 618.4

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ИНДУЦИРОВАННЫХ РОДОВ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Л.Д. БЕЛОЦЕРКОВЦЕВА, Л.В. КОВАЛЕНКО, Ю.В. ПЕТИНА*

Частота перенашивания, по данным [1, 3], в настоящее время достигает 8–16%, а при частоте запоздалых родов 5,4% в структуре перинатальной смертности они составляют 12,5%. По многим вопросам ведения запоздалых родов с целью снижения перинатальной заболеваемости и смертности однозначной точки зрения не существует. Г.М. Савельева [5] предлагает проводить родовозбуждение, начиная с 40–41 нед. гестации при наличии признаков перенашивания (цвет околоплодных вод по данным амниоскопии, наличие плаценты с петрификатами)

Целью работы – изучение особенностей ведения родов в плановом порядке при пролонгированной беременности, где с целью подготовки шейки матки и индукции родов применяли препарат «Мифегин» производства фирмы «Exelgyn» (Франция).

Мифегин – синтетическое стероидное антипрогестагенное средство, блокирующее действие прогестерона за счёт конкурентного ингибирования его рецепторов. Активирует сократительную деятельность матки, увеличивая частоту и амплитуду сокращений. Изменяет соотношение цАМФ/цГМФ в цитоплазме клеток шейки матки: увеличивается уровень цАМФ и снижается уровень цГМФ, что ведет к релаксации шейки матки. Стимулирует высвобождение интерлейкина-1β в хориодецидуальных клетках, что нормализует сократительную деятельность матки.

Объект и методы исследования. Были проведены индуцированные роды у 25 беременных в сроке гестации 41 неделя и больше (основная группа – ОГ) Контрольную группу (КГ) составили 40 беременных, роды у которых начались самопроизвольно в том же сроке. Показанием для индукции родов послужил гестационный срок 41 неделя беременности и больше. Срок беременности рассчитывали по первому дню последней менструации с учётом данных ультразвукового сканирования, выполненного в сроки от 7 до 20 недели беременности. Основными требованиями при выборе ведения родов в плановом порядке с анамнестически перенесённой беременностью являлись:

1. Тщательный отбор беременных для родов через естественные родовые пути на основании оценки антенатального состояния плода накануне родов по данным кардиотокографии, доплерометрии, биофизического профиля, ультразвукового исследования в условиях акушерского отделения патологии беременных. *Ультразвуковое исследование* включало фетометрию, плацентографию, оценку количества и качества околоплодных вод. С помощью доплерометрии антенатально и интранатально по стандартной методике определяли характер кровотока в маточных артериях, артерии пуповины, средне-мозговой артерии, спиральных артериях с последующим расчетом индекса резистентности. Дыхательные движения плода антенатально и в родах регистрировались при ультразвуковом исследовании на аппарате ACUSON SEQUOIA, США, с использованием датчика 3,5 МГц. в В-/М-режиме сканирования. Постоянный мониторинг состояния плода в родах с использованием кардиотокографии, фетальной пульсоксиметрии, биофизического профиля плода, доплерометрии. *Интранатальную кардиотокографию* осуществляли по стандартной методике при помощи фетального кардиотокографа «TEAM SONICAID OXFORD 8000», Англия, каждые 2–3 часа. Оценивались критерии DAWES - REDMAN в компьютерной обработке, а именно: базальная частота сердечных сокращений, наличие эпизодов шевелений или акцелераций за 10 минут, отсутствие глубоких децелераций, вариабельность базального ритма, показатель STV(short-term variability) При признаках нарушения реактивности сердечно-сосудистой системы плода запись кардиотокограмм производилась каждый час в течение 30–45 минут. Одновременно с записью кардиотокограммы проводилось наблюдение за сократительной деятельностью миометрия с помощью не прямой *гистерографии*. С помощью *интранатальной фетальной пульсоксиметрии* в процентном выражении определяли уровень оксигенированного гемоглобина плода. Исследование проводилось на фетальном пульсоксиметре

«SONICAID FM 840 «NELLCOR N-400» (Англия) с оксисенсором FS-14. Сенсорный датчик вводили роженицам в латентную и активные фазы родов при отсутствии плодного пузыря к щёчно-височной области плода. Время регистрации оксигенированного гемоглобина плода – от 30 до 60 мин в каждую фазу родов.

2. Рациональная коррекция аномалий родовой деятельности, которая заключалась в своевременном предоставлении медикаментозного сна, назначении при возникновении необходимости утеротоников.

3. Адекватное обезболивание с помощью спазмолитиков, анальгетиков, эпидуральной анестезии.

4. Своевременное принятие решения о пересмотре плана ведения родов в пользу операции кесарева сечения при возникновении акушерских осложнений.

5. Своевременная оценка состояния плода по шкале Апгар на 1 и 5 минуте. Определялся кислотно-основной и газовый состав артериальной крови новорожденных, взятой из пуповины на 1 минуте после рождения. Кислотно-основной и газовый состав крови новорожденного определяли путём забора пробы из артерии пуповины сразу после её пересечения спектрофотометрическим методом, используя газоанализатор Radiometer ABL 700 series (Дания).

Противопоказаниями для индукции родов с пролонгированной беременностью служили анатомически узкий таз (II степень сужения), крупный плод, выраженное страдание плода, тяжёлая экстрагенитальная патология, возраст первородящей старше 30 лет, отягощённый акушерско-гинекологический анамнез, рубец на матке, тазовое предлежание плода.

Условием для подготовки шейки матки и индукции родов было состояние шейки матки по шкале M.S. Burnhill 3–4 балла.

Возраст женщин основной группы в среднем составил 25,7±3,1 год (от 16 до 38 лет), в контрольной группе возраст колебался от 16 до 41 года (23,5±1,4 года). По паритету беременности и родов все группы были сопоставимы.

Установлено, что почти у каждой 3-й пациентки ОГ и КГ отягощённый акушерский и гинекологический анамнез: искусственный и самопроизвольный аборт, различные нарушения менструального цикла, бесплодие, что составило 32% в основной и 25% в контрольной группах. Среди осложнений настоящей беременности в основной группе наиболее часто встречалась угроза прерывания (у 9 рожениц), или 36%. Данные показатели несколько ниже в контрольной группе. Такое осложнение встречалось у 11 рожениц, что составило 27,5%. Для подготовки шейки матки к родам и индукции беременных, отобранных в акушерском отделении патологии беременных, переводили в родильное отделение в индивидуальные родильные залы. В день перевода утром каждая беременная основной группы перорально получала мифегин в дозе 200 мг. При отсутствии родовой деятельности в течение 24 часов производилась оценка состояния шейки матки и повторно вводился мифегин 200 мг перорально. Если через 48–72 час. с момента первого приёма препарата родовой деятельности не наступала, то при наличии условий производилась амниотомия с целью индукции родов. Роженицы КГ поступали в родильное отделение из АОПБ с началом родовой деятельности или преждевременным излитием околоплодных вод. В ОГ роды через естественные родовые пути закончились в 22 случаях, что составило 88%. Кесарево сечение выполнено в 3 случаях (12%): в 2 случаях причиной стал дистресс плода в родах (8%), в 2 случаях (2%) – клиническое несоответствие. В КГ консервативных родов было 32 (80%). Причиной операций стал в 4 случаях (10%) дистресс плода, в 2(5%) – клиническое несоответствие, в 2(5%) – слабость родовой деятельности, не поддающаяся коррекции.

В ОГ регулярная родовая деятельность началась после введения препарата у 19 беременных. В первые 24 часа – у 5 беременных (в среднем через 21±2,55), у 10 беременных – в последующие 24 часа (в среднем через 41,5±5,4), у 4 беременных – через 2 суток (в среднем через 58,5±8,7) Причём у 5 беременных диагностировано преждевременное излитие околоплодных вод при наличии «зрелой» или «неполностью созревшей» шейки матки, после чего спонтанно развилась родовая деятельность в течение 2–4 час. безводного периода. У 6 беременных ОГ с целью индукции родов при наличии зрелой шейки матки через 72 часа с момента начала введения мифегина была выполнена амниотомия. При анализе родовой деятельности, используя не прямую гистерографию, в основной группе не зарегистрировано слабости родовой деятельности в латентной фазе родов. В активной фазе

* Медфакультет (т.35- 31 –80), кафедра акушерства и гинекологии СурГУ. Сургут. 646000, ул. Губкина, д.1

В ОГ (n-25) у 4 рожениц уже в латентную фазу родов регистрировались подозрительные кардиотокограммы (в основном, однократное отсутствие акцелераций, снижение вариабельности). В активную фазу родов у двух рожениц стали отмечаться при записи повторяющиеся патологические кардиотокограммы (умеренная тахикардия, повышение вариабельности, выраженные ранние децелерации, синусоидальный тип кривой). После сопоставления данных кардиотокографии с результатами дополнительных методов интранатальной диагностики был диагностирован дистресс плода, роды закончились операцией кесарево сече-

Таблица 1

Показатели индекса резистентности в латентную фазу родов

	Артерия пуповины, IR (M±m)	Маточные артерии, IR		Спиральные артерии, IR (M±m)	Средне- мозговая артерия, IR (M±m)
		Правая (M±m)	Левая (M±m)		
ОГ (n=25)	0,5±0,010	0,4±0,01*	0,4±0,01	0,33±0,010**	0,75±0,01
III КГ (n=40)	0,5±0,006	0,5±0,01***	0,4±0,01	0,32±0,006**	0,76±0,01

Примечание: достоверность различий по сравнению с КГ * – $p < 0,03$,
 ** – $p < 0,02$, *** – $p < 0,01$

Таблица 2

Типы дыхательной активности в КГ и ОГ

Типы дыхательных движений	КГ (n-40)				ОГ (n-25)		
	Физиологическое течение родов (n-24)	Слабость родовой деятельности (n-11)	Дискоординация родовой деятельности (n-1)	Дистресс ПЛОДа (n-4)	Физиологическое течение родов (n-20)	Слабость родовой деятельности (n-3)	Дистресс ПЛОДа (n-2)
Единичные нерегулярные	3	3	0	0	3	1	0
Регулярные Эпизодического характера	2	1	1	0	3	1	0
Регулярные Повторяющиеся	0	1	0	2	0	0	2

При аномалиях родовой деятельности в КГ значения фетальной пульсоксиметрии был значительно ниже, чем при физиологическом течении родов, хотя при этой же патологии в ОГ эти значения несколько выше аналогичных в КГ. Это можно объяснить защитно-приспособительной реакцией на значительную

нагрузку, испытываемую плодом при аномалиях родовой деятельности и при родоусилении. Самые низкие показатели зарегистрированы в активную фазу родов при дистрессе плода в КГ, обусловленном выходом мекония в околоплодные воды (19–36%)

Таблица 3.

Показатели сатурации крови (в%) в латентную и активную фазу родов, $P < 0,05 M \pm m$

Группы	Фазы родов	
	Латентная фаза	Активная фаза
Контрольная (n-40):		
Физиологическое течение родов (n-24)	47,29±2,88	44,71±3,05
Слабость родовой деятельности (n-11)	36,1±0,9*	34,5±0,6*
Дискоординация родовой деятельности (n-1)	35,5±1,7	32,9±1,26
Дистресс плода (n-4)	35,6±1,44	22,2±1,7
Основная группа (n-25):		
Физиологическое течение родов (n-22)	48,22±1,53	45,53±1,55
Слабость родовой деятельности (n-3)	38,3±1,6	36,3±1,7
Дистресс плода (n-2)	36,2±1,46	24,7±1,36

Следует отметить, что при одновременной кардиотокографии и записи сатурации снижение оксигенированного кислорода до 20–25% всегда соответствовало патологической кардиотокограмме (тахикардия больше 170 уд/мин., снижение вариабельности, появление поздних децелераций). Такое сочетание расценено как критическое состояние плода, требующее экстренное оперативное родоразрешение. Проведён анализ показателей кислотно-основного состояния, газового состава и метаболитов артериальной крови из сосудов пуповины у новорождённого (табл.4). При физиологическом течении родов в КГ и ОГ отмечались нормальные показатели газового состава, кислотно-основного состояния, метаболитов артериальной крови пуповины. При сравнении pH, pCO_2 , pO_2 в ОГ и КГ мы не наблюдали достоверных различий, хотя уровень содержания лактата в крови у детей после коррекции аномалий родовой деятельности превышает аналогичный показатель у детей, рождённых при физиологическом течении родов. При дистрессе плода в обеих группах высокая гиперлактатемия (до 4–7 mmol/L) у новорожденных свидетельствовали о метаболическом ацидозе и подтверждали наличие перенесенной острой гипоксии в интранатальном периоде.

Таблица 4.

Показатели кислотно-основного состояния, газового состава и метаболитов крови (лактата) артериальной крови пуповины, $P < 0,05$

Показатели	ОГ (M±m)			КГ (M±m)		
	Физиологическое течение родов	Аномалии родовой деятельности	Дистресс плода	Физиологическое течение родов	Аномалии родовой деятельности	Дистресс плода
pH	7,318±0,021	7,289±0,044	7,167±0,032	7,218±0,034*	7,210±0,06	7,193±0,018
pCO_2 , mmHg	45,26±3,72	47,01±5,25	56,66±2,99	42,17±3,68	48,04±4,99	53,31±2,08
pO_2 , mmHg	27,58±4,74	23,54±1,39	18,76±1,01	25,31±3,91	23,75±3,56	17,99±1,46
SO_2 , %	47,02±6,05	46,47±6,46	32,56±4,08	50,08±5,34	33,40±5,12*	31,48±4,92
clac, mmol/L	3,622±0,229	5,189±0,576	6,689±0,251	3,304±0,201	4,32±0,25	6,949±0,231
ctO ₂ c, Vol%	10,24±1,52	13,42±0,92	13,04±2,17	12,26±1,78	14,80±1,9	13,11±2,38
pSO_2 , mmHg	21,44±0,74	21,92±0,55	24,75±0,43	20,32±0,61	19,09±0,94	22,79±0,42*
HCO_3^- , mmol/L	18,77±1,09	20,44±0,53	20,53±1,35	19,34±1,75	22,07±1,50	19,10±1,28
CBase(Ecf), mmol/L	-3,7±0,63	-5,90±0,62	-5,54±0,77	-3,9±0,41	-6,39±0,36	-6,21±0,73
CK ⁺ , mmol/L	4,771±0,156	5,379±0,658	6,063±0,059	4,229±0,122	5,412±0,688	6,043±0,084
CCa ²⁺ , mmol/L	1,456±0,020	1,498±0,011	1,525±0,009	1,481±0,019	1,505±0,043	1,499±0,001*
CNa ⁺ , mmol/L	133,5±0,7	134,3±0,5	134,3±0,3	129,5±0,9	135,0±1,1	134,4±0,2

Выводы. При применении мифегина с целью подготовки шейки матки и индукции родов при сроке беременности 41 неделя и больше в 88% роды закончились консервативным путём, без аномалий родовой деятельности, с удовлетворительным состоянием детей. При спонтанно развившейся родовой деятельности в этом же сроке беременности консервативные роды без аномалий родовой деятельности составили 70%. Эффективность применения мифегина в плановых родах достаточно высокая. У рожениц ОГ не наблюдалось упорной слабости родовой деятельности. Таким образом, ведение плановых родов с использованием мифегина не осложняется некорригированными аномалиями родовой деятельности. Достоверных отличий в клинически значимых показателях: сатурации крови, кислотно-основного состояния, газового состава, лактата артериальной крови в ОГ и КГ не отмечалось. В наших исследованиях применение мифегина в индуцированных родах не ухудшало состояние плода. Так как окончательный диагноз перенесенной беременности устанавливается ретроспективно после рождения плода с признаками биологической перзрелости, то для выбора рациональной акушерской тактики у беременных со сроком гестации 41 неделя и более необходима адекватная оценка состояния плода в антенатальном периоде.

Литература

1. Стрижаков А.Н. и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003. – Т.2, №1. – С.11–18.
2. Савельева Г.М. и др. // Акуш. и гин. – 2000. – №5. – С. 3–8.
3. Стрижаков А.Н. и др. Физиология и патология плода. – М. Медицина, 2004. – С.126.
4. Савельева Г.М. // Акуш. и гин. – 2003. – №2. – С. 3–6.
5. Савельева Г.М. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – Т.3, №4. – С.7–11.
6. Сидорова И.С. и др. // Рос. вест. перинатол.и педиатрии. – 2002. – Т.47, №4. – С.15–19.

PARTICULARITY OF MANAGEMENT INDUCIAL LABOR WITH PROLONGED GESTATION.

L.D. BELOTSERKOVTSOVA, L.V. KOVALENKO., YU.V. PETINA

Summary

Frequency is 8–16%. Delivery with prolonged pregnancy was studied using french preparation «Miphegine» to prepare the cervix of uterus. High effectiveness of this preparation during planned delivery was found. «Miphegine» complicates delivery by uncontrolled abnormality of delivery. But according the data of intranatal diagnostics it does not deteriorate the condition of foetus. The main group consisted of 25 women in birth with pregnancy 41 weeks or more. They underwent preparation of the cervix of uterus with inducing «Miphegine» The control group included 40 women in birth with the same term without preparation.

Key words: pregnancy, prolonged gestation

УДК 616.- 092 (079.3)

ХРОНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Л.Т. УРУМОВА*, Л.Г. ХЕТАГУРОВА**

Введение. Эндометриоз – распространенное тяжелое заболевание женщин репродуктивного возраста, обнаруживающееся у 30–50% страдающих бесплодием и женщин с невынашиванием беременности, занимающее 3 место в структуре гинекологической заболеваемости. В задачи лечения этой категории больных входит не только удаление и подавление клинически активного процесса хирургическими методами и гормономодулирующей

* МСЧ 123 Федерального Медико-Биологического Агентства, Россия
** ИБМИ ВНИЦ РАН и РСО – Алания, Северо-Осетинская госакадемия, 362019 г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40; тел. (факс) 867(2)537335