

различных акушерских осложнений: угрозы прерывания беременности, гестоза, фетоплацентарной недостаточности, хронической внутриутробной гипоксии плода, анемии беременных, повышается риск внутриутробного инфицирования плода. Задержка внутриутробного развития плода, преждевременными родами, что в свою очередь оказывают неблагоприятное воздействие на состояние плода и новорожденного.

Всем пациенткам в стационаре проводился комплекс лечебных мероприятий, включавших антибактериальную (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины II и III поколений), детоксикационную (кристаллоидные и коллоидные растворы с витаминами), противовоспалительную, симптоматическую терапию. Нарушенная уродинамика по верхним мочевым путям восстанавливалась путем катетеризации лоханки почки, которая была проведена 36 пациенткам, что составило 60% от общего числа больных. Мочеточниковые катетеры удалялись на 3-4 сутки после нормализации температуры. В результате проведенной терапии удалось быстро купировать симптомы основного заболевания, однако, полученные нами данные свидетельствуют о том, что даже за сравнительно короткое время течения пиелонефрита в условиях адекватной терапии, не позволило избежать возникновения целого ряда акушерских и перинатальных осложнений. Нами получены следующие данные по осложнениям беременности: гипохромная анемия – 85-90%, угроза прерывания беременности – 72,5%; нефропатия беременных – 24%, фетоплацентарная недостаточность – 30,3%, хроническая внутриутробная гипоксия плода – 14,3%, задержка внутриутробного развития плода – 9,4%, опережение степени зрелости плаценты – 12,5%, увеличение объема околоплодных вод – 9,4%. Гестоз – частое осложнение беременности при пиелонефрите. По данным литературы, наиболее тяжело гестоз II половины беременности протекает на фоне почечной патологии [1,2,4,13]. В 80% случаев пиелонефрит сочетается с гестозом беременных. Наиболее постоянными симптомами является протеинурия, артериальная гипертензия и изменение сосудов глазного дна.

Серьезным осложнением является развитие плацентарной недостаточности в различных ее проявлениях.

По данным ряда авторов, плацентарная недостаточность является основной причиной возникновения преждевременных родов [2,4,5,10]. Пиелонефрит является одним из экстрагенитальных заболеваний наиболее часто повышающим риск развития внутриутробной инфекции плода и новорожденного. Нарушение состояния фетоплацентарного комплекса оказывает неблагоприятное воздействие на состояние плода. Большинство авторов относят новорожденных от матери с инфекцией мочевых путей к группе высокого риска развития инфекционных осложнений как интранатальном, так и в постнатальном периодах [2,4]. Внутриутробное инфицирование новорожденных от матерей с пиелонефритом встречается в 7 раз чаще, чем от здоровых матерей. При остром гестационном пиелонефрите осложнения со стороны плода встречаются в 1,5 раза реже, чем при хроническом пиелонефрите. К симптомам внутриутробной инфекции, относят: много- и маловодие, стойкую тахикардию плода, нарушение массово-ростовых параметров, нарушение структуры плаценты, патологические изменения в органах плода.

По данным наших исследований, антенатально на 26 неделе гестации погиб один плод с явлениями задержки развития плода и внутриутробной гипоксии, мать которого страдала тяжелой формой острого гестационного пиелонефрита и прогрессирующим гестозом. Хроническая гипоксия плода у беременных, перенесших острый воспалительный процесс в почках, возникает в 10 раз чаще, чем у здоровых пациенток. Частота синдрома внутриутробной задержки роста плода при пиелонефрите в 6 раз чаще, чем у здоровых пациенток. При внутриутробной инфекции в ранние сроки беременности могут возникать инфекционные эмбриопатии (пороки развития, первичная плацентарная недостаточность). В тяжелых случаях беременность может заканчиваться самопроизвольным абортom. Пиелонефрит, осложняющий течение беременности, даже в случае его купирования, неблагоприятно влияет на процесс родов. Осложнения родовой деятельности были выявлены у 80%. В большинстве случаев имеет место сочетание нескольких осложнений родового акта: несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, нарушение отделения плаценты и др. Среди осложнений родового акта первое место занимало несвоевременное излитие околоплодных вод, которое регистрировалось у 34 (56,7%) пациенток.

Вторыми по частоте осложнениями родов были аномалии сократительной деятельности матки – у 18 (30%).

Осложненное течение послеродового периода наблюдается у 12% женщин и проявляется возникновением гипотонического кровотечения и др. Из новорожденных обеих групп с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов родилось 24,9% детей, 7-8 баллов – 72% детей, 6-7 баллов – 3,1% новорожденных. Средняя масса тела новорожденных составила 3152 ± 300 , длина – $50 \pm 1,2$ см. Крупные размеры имели только 9 (15%) детей. Частота нарушений массово-ростовых параметров (гипотрофия плода и СЗВРП) у новорожденных, рожденных от матерей, перенесших острый гестационный пиелонефрит, составило 16 (26,7%). Наиболее часто выявлялся синдром задержки развития плода – 10 (16,7%), гипотрофия новорожденных отмечена у 6 (10%). Инфекционные заболевания в виде конъюнктивита, врожденной пневмонии имели место у 6% детей. Проявлениями внутриутробной инфекции у новорожденного чаще всего является врожденный везикулез, пневмония, омфалитом. Ринит и конъюнктивит встречаются реже. Пиелонефрит ведет к осложнениям во время беременности и развитию фетоплацентарной недостаточности, оказывает отрицательное влияние на адаптационные реакции плодов и новорожденных.

Таким образом, острый пиелонефрит является серьезным осложнением беременности и имеет различные неблагоприятные последствия, как для матери, так и для плода и новорожденного.

Литература

1. Авдошин В.П., Морозов С.Г., Соболев В.А. и др. Оценка эффективности лечения острого гестационного пиелонефрита // Акуш и гин. М., 2005.
2. Довлатян А.А. Острый пиелонефрит беременных. М. Медицина, 2004. 215с.
3. Забиров К.И., Шабад А.Л. Острый гестационный пиелонефрит // Правление Всерос. обществом урологов. Екатеринбург. 1996. С. 243.
4. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И. Некоторые научно-практические итоги по диагностике и лечению пиелонефрита беременных и родильниц // Акушерство и гинекология, 2005. №6.
5. Мысякова В.Б. Факторы, способствующие возникновению пиелонефрита у беременных // Акуш. и гинек. 1991. №12. С. 3-6.
6. Никольская И.Г. Акушерские и перинатальные аспекты пиелонефрита. Дис. канд. мед. наук. М., 1999.
7. Пытель Ю.А., Лоран О.Б. Острый гестационный пиелонефрит // Пленум Правления Всероссийского общества урологов. Мат, Екатеринбург, 15-18 окт. 1996. С. 229-233.
8. Шехтман М.М. Акуш. нефрология. М., Триада X, 2000. 255 с.
9. Delzell J.E.Jr., Lefevre M.L. Urinary tract infections during pregnancy // Am Fam Physician. 2000;61:713-721.
10. Grio R., Porpiglia M., Verra E. et al. Asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a diagnostic and therapeutic approach // Panminerya Med, 1999. Dec. 36(4):195-197.
11. Hooton T.M., Stamm W.E. Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection // Infect. Dis. Clin. North. Am. 1997. Sep. 1(3):
12. Korman T.M., Grayson M.L. Treatment of urinary tract infections // Aust. Fam. Physician, 1995. Dec. 24(12): 2205-2211
13. Krieger J.N. Urinary tract infections: what's new? // J Urol, 2002;168:2351-2358.
14. Millar L.K., Cox S.M. Urinary tract infections complicating pregnancy // Infect. Dis. Clin. North. Am. 1997. Mar. 1(1): 13-26
15. Reid G. New concept. In: The biology of urinary tract infection. In: XIII-th International Congress of Nephrology, Madrid, 1995. p.106.

THE SHARP GESTATIONAL PYELONEPHRITIS

I.S.SIDOROV, A.P. KIRYUCHSHENKOV, A.O. VARTANOVA

The Moscow Medical Academy named after I.M.Sechenov

Occurrence and development of gestational pyelonephritis is caused by presence of two major factors: infringement of urodynamics of topurinary tracts and presence of the infectious center in an organism.

Key words: gestational pyelonephritis, tissue, pregnant

УДК 618.5

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИФЕПРИСТОНА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ НА РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ

В.Г. ВОЛКОВ, Е.С. МАКАРОВА, И.Н. ЦЕВЕНКОВА*

На основании ретроспективного анализа течения родов у 30 беременных, в 11 из которых требовалось прерывание беременности при сроке 28-35 нед., в связи с антенатальной гибелью плода, и 19 – с доношенной беременностью, срок 39-41 нед., и «незрелыми» родовыми путями (оценка состояния шейки матки по шкале Bishop) изучена эффективность мифепристона для подготовки шейки матки к родам. Клиническая эффективность мифепристона составляет 97%.
Ключевые слова: беременные, подготовка к родам, шейка матки

* Тульский государственный университет, медицинский институт

Если необходимо индуцировать роды при «незрелой» шейке матки, перед акушером-гинекологом встаёт вопрос о выборе метода подготовки шейки к родам. При этом он должен способствовать не только ускорению «созревания» шейки матки, но и увеличению частоты самопроизвольных родов здоровым ребёнком. Рассмотрим современные представления о физиологических процессах в шейке матки в процессе её «созревания». Созревание шейки сходно с воспалительной реакцией и представляет собой каскад ферментативных реакций, ведущих к перестройке межклеточного матрикса [1]. Во время беременности происходит ряд физиологических изменений в шейке матки: гиперплазия и гипертрофия фибробластов и гладких мышечных клеток наряду с возрастающей гидратацией тканей [1,2]. Прогестерон контролирует процесс «созревания» шейки матки. В связи с этим ведётся активное изучение антагонистов прогестерона и их применения в индукции «созревания» шейки матки [2]. Сывороточный уровень прогестерона снижается при выкидыше, но не при родах в срок. Тем не менее, исследования доказали успешность применения антипрогестинов для индукции срочных родов [2]. Прогестероновые рецепторы представлены двумя изоформами (PR-A, PR-B), различающимися биологическими ответными реакциями. Прекращение влияния прогестерона может осуществляться несколькими путями: воздействием на прогестероновые рецепторы, изменением его концентрации или рецептор опосредованных эффектов в миометрии и шейке. В прелиминарном периоде, поддерживаемым влиянием гипофизарных гормонов, прекращение действия прогестерона на миометрий может происходить через изменение синтеза синергистов прогестерона [1] или через изменение в экспрессии изоформ прогестероновых рецепторов. Последние исследования подтвердили мнение, что прекращение влияния прогестерона осуществляется на рецепторном уровне.

В процесс «созревания» шейки матки вовлечен широкий круг медиаторов воспаления, включая простагландины и ИЛ-8 [3]. Мифепристон – антагонист прогестерона, применяемый для прерывания беременности на ранних и более поздних гестационных сроках и для индукции родов при перенашивании [5]. У небеременных женщин мифепристон не вызывает изменений в шейке матки. Кроме антипрогестероновых эффектов, препарат проявляет антиглюкокортикоидную активность и эстрогеноподобные свойства. При пероральном введении пик концентрации в плазме крови достигается уже через 1-2 часа [5].

Мифепристон стимулирует сократительную активность миометрия посредством блокирования действия прогестерона и индукции активности циклооксигеназы [7]. Под действием мифепристона в тканях шейки возрастает концентрация лейкоцитов, особенно нейтрофилов и моноцитов. Блокада рецепторов прогестерона приводит к разрушению материнских капилляров в отпадающей оболочке, синтезу ПГ в эпителии децидуальных желез и угнетению простагландиндегидрогеназы. Мифегин повышает сократительную активность миометрия, в шейке матки увеличивается количество рецепторов ПГ. Началу сокращения матки предшествуют размягчение и расширение шейки. Клинические исследования у женщин с внутриутробной гибелью плода при применении в отдельных группах мифепристона и плацебо показали достаточно высокую эффективность мифепристона [7].

Вместе с тем многие вопросы клинического использования мифепристона в акушерской практике остаются неразработанными, недостаточно научных работ, доказывающих его безопасность для матери и плода в III триместре беременности, при различных осложнениях ее течения, и рандомизированных исследований, которые показывают его преимущества в прерывании беременности ранних сроков или родоразрешении.

Цель исследования – клиническая оценка эффективности применения мифепристона для подготовки шейки матки к родам на различных сроках беременности.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Тульского городского родильного дома № 1. Вошедшие в исследование 30 беременных женщин, были разделены на 2 группы: I (n=11), в которой было показано прерывание беременности при сроке 28-35 недель, в связи с антенатальной гибелью плода, и II (n=19) с доношенной беременностью, срок 39-41 неделя, и «незрелыми» родовыми путями. Возраст женщин составил от 18 до 35 лет, среди них – от 18 до 20 лет – 6 (20%), от 21 до 25 лет – 12 (40%), от 26 до 35-12 (40%). Первородящих в I группе было 9 (82%) и во II – 14 (74%). Повторнородящих – 2 (18%) и 5 (26%) соответственно. Ни у одной из женщин не было показаний к

родоразрешению путём операции кесарева сечения. Для оценки зрелости шейки матки применялась шкала Бишоп. У 25 женщин (83%) шейка матки была оценена как «незрелая», у 5 (17%) (из II группы) – как «недостаточно зрелая» (6-7 баллов). Мифепристон («Мир-Фарм», Россия) назначался в дозе 200 мг (1 таблетка) один раз в сутки (утром) перорально, с интервалом в 24 часа, в течение 2-х дней. У всех пациенток антенатально изучалось состояние фетоплацентарной системы. Реактивность сердечно-сосудистой системы плода во II группе определялась по данным кардиотокографии до, и после применения мифепристона. Ни у одной из женщин не обнаружены патологические изменения.

Критериями эффективности подготовки организма беременной к родам являлось развитие регулярной родовой деятельности или наличие достаточной биологической зрелости шейки матки (условие для последующей амниотомии).

Результаты. В течение первых суток после повторного приёма мифепристона родовая деятельность развивалась у 4 (36%) в I группе и у 5 (26%) во II. На 2 сутки – у 2 (18%) и 6 (32%), на 3 сутки – у 1 (9%) и у 5 (26%), на 4 – у 3 (27%) и 2 (11%) соответственно. У одной женщины во II группе (5%) спонтанная родовая деятельность развивалась на 5 сутки. У 4 (36%) женщин из I группы проводилось родоразрешение путём дорожной амниотомии на 1-3 сутки после повторного приёма мифепристона. Во II группе данный вид родоразрешения не применялся. Для развития нормальной родовой деятельности введение утеротоников потребовалось в 2 случаях (энзапрот) (18%) в I группе и в 7 случаях (37%) во II. Роды произошли через естественные родовые пути в I группе во всех наблюдениях, во II – в 17 (89%). Произведено 2 (11%) операции кесарева сечения, в т.ч. по поводу отслойки плаценты и острой интранатальной гипоксии плода (1) и по поводу перенашивания беременности в сочетании с «незрелой» шейкой матки (1). Средняя длительность безводного промежутка составила 365±5 мин в I группе и 435±15 мин во II.

Общая продолжительность родов составила менее 360 мин у 4 женщин (36%) в I группе и 4 (21%) во II, 360-720 мин – у 6 (55%) и 13 (68%), 720 мин и более – у 1 (9%) и 2 (11%) соответственно. Эпидуральная аналгезия во время схваток применялась у 2 родильниц (18%) в I группе и у 3 (16%) во II. Осложнения родов в I группе: у 1 роженицы (9%) – родовое излитие околоплодных вод и длительный безводный промежуток. Во II группе было 3 случая (16%) родового излития околоплодных вод, в 1 случае – вторичная слабость родовой деятельности. В 1 (5%) после родов произведено ручное обследование стенок послеродовой матки. Дети, рожденные женщинами во II группе, оценены ~в 7/8 баллов по шкале Апгар, что соответствует норме. Адаптационный период шел без осложнений, и на 5-6-е сутки они были выписаны в удовлетворительном состоянии домой.

Выводы. Клиническая эффективность мифепристона составляет 97%. Родовая деятельность развивалась у 93% женщин. Использование препарата является эффективным методом подготовки к родам на различных гестационных сроках, а также снижает потребность в применении простагландинов и окситоцина.

Литература

1. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности. М.: 2006; 214 с.
2. Глазалева Е.А., Никонов А.П. // Акуш. и гин. 2000. № 2. С. 26–29.
3. Абрамченко В.В., Абрамян Р.А., Абрамян Л.Р. Индукция родов и их регуляция простагландинами. СПб: 2005; 288 с.
4. Петрухин В.А., Коваленко Т.С., Капустина М.В., Ахмедовичи К.Н., Магилевская Е.В. // Рос. вест. акушера-гинеколога. 2009. № 5. С. 50–53.
5. Шарпова О.В. Письмо о применении мифепристона в акушерстве и гинекологии МЗ РФ №2510/7213-03-32 от 2.07.2003.
6. Гаспарян Н.Д., Карева Е.Н. и др. // Рос. вестник акушера-гинеколога. 2002. №2. С. 4–6.
7. Elliot C.L., Brennd J.E., Calder A.A. // Obstet Gynecol. 1998. №92, Vol.5.P. 804–809.

COMPARISON OF EFFICACY OF USING EFFECTS OF MIFEPRISTONE FOR CERVICAL RIPENING TO LABOR INDUCTION IN VARIOUS DURATION OF GESTATION

V.G. VOLKOV, E.S. MAKAROVA, I.N. TSEVENKOVA

The Tula State University, Medical Institute

On the basis of a retrospective analysis of the course of labor in 30 pregnant women, 11 of which showed an abortion at 28-35 weeks duration, in relation to antenatal fetal death, and 19 full-term pregnancy, (the period 39-41 weeks), and "immature" birth canal (assessment of the cervix on a scale of Bishop) the effectiveness of mifepristone to prepare the cervix for labor. It was studied Established that the clinical efficacy of mifepristone is 97%. Labor developed in 93% of women.

Key words: pregnant women, preparation for delivery, mifepristone, cervix