

УДК 615.256:618.4

Сулейманова Насибахон Адашевна

Кафедра акушерства, гинекологии и онкологии факультета

повышения квалификации и переподготовки врачей

Андижанский государственный медицинский институт

**ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ
ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО
ВОЗРАСТА ПРИ ДОБЕРЕМЕННОМ СОСТОЯНИИ ШЕЙКИ
МАТКИ И НАСТУПЛЕНИИ РОДОВ**

Резюме: Для научного и практического акушерства большое значение имеет изучение особенностей формирования готовности организма беременной женщины к родам при физиологическом и осложненном течении беременности.

Решение закончить беременность прежде, чем начнутся спонтанные роды, является одним из наиболее драматических путей вмешательства в естественный ход развития беременности и родов. Доводы, выдвигаемые в поддержку elective родоразрешения, которое может достигаться как путем индукции родов, так и кесарева сечения, варьируют, начиная от жизненных показаний до совершенно тривиальных. Если планируется индукция родов и вагинальное родоразрешение, тогда главное внимание следует уделять состоянию шейки матки.

Ключевые слова: шейки матки, простагландины, первобеременных.

Suleymanova Nasibakhon Adashevna

Department of Obstetrics, Gynecology and Oncology, Faculty of

Advanced Training and Retraining of Doctors

Andijan State Medical Institute

THE USE OF MODERN MEDICATIONS FOR THE TREATMENT OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH PRE-PREGNANCY CERVICAL CONDITION AND THE ONSET OF LABOR

Resume: For scientific and practical obstetrics, it is of great importance to study the characteristics of the formation of the readiness of the body of a pregnant woman for childbirth in the physiological and complicated course of pregnancy.

The decision to end the pregnancy before spontaneous labor begins is one of the most dramatic ways of interfering with the natural course of pregnancy and labor. The arguments put forward in support of elective delivery, which can be achieved by both induction of labor and caesarean section, range from vital indications to downright trivial. If induction of labor and vaginal delivery are planned, then the main attention should be paid to the condition of the cervix.

Key words: cervix, prostaglandins, primary pregnant.

Актуальность. В акушерской практике часто возникает необходимость досрочного родоразрешения, связанная чаще всего с экстрагенитальной патологией (гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др.) и осложненном течением беременности (гестоз, перенашивание, патологическое состояние плода, иммунноконфликтная беременность и др.).

На сегодняшний день индукция родовой деятельности является общепринятым акушерским методом, применяемым для улучшения перинатальных результатов [6]. Современные системы диагностики состояния матери и плода дают основания для программированного

ведения родов у беременных с высоким риском развития перинатальной патологии [2, 1,3].

Кардинальным вопросом, определяющим стратегию современного акушерства, является прогнозирование, профилактика и раннее выявление возникающих в процессе родового акта осложнений, что даст, несомненно, возможность своевременного выбора оптимального метода родоразрешения [4].

Своевременная и правильная оценка состояния готовности ("зрелости") шейки матки к родам имеет большое значение для прогнозирования течения предстоящих родов и, особенно, при выборе времени и метода родовозбуждения [2].

Известно, что даже при неосложненном течении беременности ко времени спонтанного начала родов в среднем у 10% обнаруживается "незрелая" или недостаточно "зрелая" шейка матки, в том числе у 16,5 % первородящих, и у 3,5% повторнородящих [1,5], а при сопутствующих соматических заболеваниях эти показатели возрастают. Так при НЖО II степени при доношенной беременности незрелая шейка матки встречается в 15,4%, при НЖО III степени — в 30,4% [6].

При незрелой или недостаточно зрелой шейке матки роды сопровождаются преждевременным излитием околоплодных вод (57,2%), дискоординацией (16%) и слабостью родовой деятельности (28,1%), не поддающейся медикаментозной коррекции, а в 35,4% повышению оперативных методов родоразрешения [2].

Как в нашей стране, так и за рубежом в настоящее время применяются различные способы подготовки шейки матки к родам. Однако до сих пор остается открытым вопрос о наиболее оптимальной схеме, поскольку все методы имеют ряд недостатков, а их использование, к сожалению, не всегда приводит к желаемому результату.

Исторически первыми методами, разработанными для подготовки шейки матки к родам, были механические (нефармакологические) [1]. Эти методы не получили большую популярность из-за опасения инфицирования и наличия материнского дискомфорта [3]. Наиболее популярным на сегодняшний день является применение простагландинов (РО), моделирующих естественные эффекты в начале родов. Однако как показала мировая практика, фармакологические методы влекут наибольший процент осложнений и побочных эффектов, что лимитирует их широкое применение [5].

В нашей стране длительное время применялся традиционный способ комплексного использования эстрогенов. Однако данный метод, как показывает практика, малоэффективен (особенно при недоношенной беременности), проводится длительно в течение 2-10 дней и, зачастую, требует повторного применения [4,6].

Цель исследования. Оценить безопасность и эффективность применения простагландина E₁ для подготовки организма беременной к родам и стимуляции родовой деятельности в различных акушерских ситуациях.

Материалы и методы исследования. Нами проведена подготовка беременных к родам путем назначения мизопростола в дозе 50 мкг, вводимого интравагинально 106 беременным в III триместре беременности. Срок гестации 103 пациенток соответствовал 39–40 нед. У всех беременных было отсутствие биологической готовности к родам (незрелая шейка матки), что и послужило основанием начала индукции, причем у 3 беременных срок гестации соответствовал 36–37 нед., в этих случаях показанием к досрочному прерыванию беременности послужил длительно текущий гестоз средней степени. Пациентки были сопоставимы по возрасту, паритету и гинекологическому анамнезу.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований было установлено, что срочные роды были у 99 (93,3%) рожениц, преждевременные роды у 3 (2,8%) и запоздалые роды также у 3 (2,8%).

При изучении общей продолжительности родов после применения мизопростола в дозе 50 мкг интравагинально последняя у первородящих составила $7,1 \pm 0,3$ ч. При этом продолжительность родов $6,1 \pm 0,3$ ч. была у 16 женщин. Максимальная длительность родового акта составила $8,7 \pm 0,05$ ч.

Состояние зрелости шейки матки после введения препарата оценивали по шкале Бишопа. Как показало исследование, «зрелая» шейка матки определялась уже через несколько часов (2–3 ч.) после начала индукции у 65 (59,6%) женщин, у 18 (16,5%) IV степень зрелости шейки матки отмечена через 4–5 ч. после начала индукции. У оставшихся 26 (23,8%) пациенток «зрелая» шейка матки отмечена через 6 ч. после введения препарата.

Представляет большой интерес время возникновения регулярных схваток после однократного введения 50 мкг мизопростола. Менее чем в течение 2 ч. с момента индукции мизопростолом регулярные схватки возникали у 67 (63,2%) женщин, из них 56 пациенток были первородящими, что составляет 52,8%, а свыше 2 ч. – у 38 (35,8%), из них 26 были первородящими, что составляет 24,5%. Таким образом, у 2/3 пациенток возникновение регулярной родовой деятельности наблюдается в течение первых 2 ч. после интравагинального введения 50 мкг мизопростола.

Как показало исследование, частота несвоевременного излития околоплодных вод составила 38 (35,8%). Слабость родовой деятельности отмечена в 9 случаях (8,09%), этим пациенткам применена дополнительная

родостимуляция введением в/в окситоцина. Существенно отметить, что гиперстимуляции матки не было ни у одной пациентки.

В результате проведенной индукции родов появились 106 новорожденных, 3 (2,08%) недоношенных с признаками гипотрофии, связанной с гестозом средней степени.

Дети, рожденные в результате «чистой» простагландиновой индукции, оценены в среднем на 8 / 8 баллов по шкале Апгар, что соответствует нормативным показателям. Адаптационный период протекал без осложнений, и на 5–6-е сутки они были выписаны в удовлетворительном состоянии домой. Новорожденные, появившиеся на свет в родах, где дополнительно применена родостимуляция окситоцином 9 (8,09%), также находились в удовлетворительном состоянии и были оценены на 7 / 8 баллов по Апгар. Однако адаптационный период в этой группе протекал с некоторыми осложнениями. Так, травма затылочной головки плода отмечена у 2 (22,2%) новорожденных, в связи с чем эти 2 новорожденных были выписаны на 7–8-е сутки, у оставшихся 7 детей период адаптации протекал без патологических отклонений. 3 недоношенных ребенка с признаками гипотрофии на 5-е сутки были переведены в отделение дохаживания.

Последовый и ранний послеродовый периоды у пациенток исследованной нами группы протекали благополучно, без каких-либо осложнений. Гипо- и атонического кровотечений не отмечено ни в одном случае. Все роженицы выписаны на 5–6-е сутки после родов.

Клинический анализ течения беременности и родов, состояния плода и новорожденного ребенка показывает, что подготовка беременных к родам назначением интравагинального введения мизопростола при незрелой шейке матки оказалась эффективной у большинства беременных женщин. При этом существенно отметить, что имеет место одновременное

быстрое созревание шейки матки и вступление в роды в течение ближайших 2 ч. у 2 / 3 пациенток.

Вывод. 1. Применение ПГ Еі позволяет:

- эффективно и в достаточно короткий срок проводить подготовку беременных к родам;
- успешно проводить родовозбуждение при отсутствии неблагоприятного влияния на состояние матери, плода и новорожденного;
- эффективно индуцировать родовую деятельность у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод, особенно при незрелой шейке матки.

2. Применение ПГ Еі является безопасным у беременных с разной степенью акушерского риска и позволяет ограничиться стандартными методами наблюдения за состоянием матери, плода и течением родового акта.

3. Низкая стоимость препарата делает его широко доступным для беременных и рожениц, снижает затраты на медикаментозное обеспечение родов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1.Абрамченко В.В. Индукция родов и их регуляция простагландинами: руководство для врачей / В.В. Абрамченко, Р.А. Абрамян. - СПб: Элби.-2005.-288 с.

2.Баев О.Р. Подготовка шейки матки к родам // Фарматека. - 2010. - № 14. -С. 31-36.

3.П.Гутиков Л.В. Применение ламинарий для подготовки шейки матки к родам при гестозе лёгкой степени /Л.В. Гутиков, В.А. Лискови // Акушерство и гинекология.-2006.- №5.- С.47-49.

4.Хурасаев Б.Ф. Особенности подготовки шейки матки к родам /Б.Ф. Хурасаев, Л.М. Кузнецова //Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. - 2002. - т.1. - №1.

5.Чернуха Е.А. Родовой блок: руководство для врачей. 3-е издание переработанное, исправленное и дополненное / Е.А. Чернуха - М.: "Триада-Х". 2005.-712 с.

6.Pevzner L. Factors predicting successful labor induction with dinoprostone and misoprostol vaginal inserts /L.Pevzner, W.F. Rayburn, P.Rumney, D.A.Wing //Obstet. Gynecol.-2009. - Vol. 114. - P.261-267.