

Прогнозування та профілактика перинатальної патології при аномаліях пологової діяльності

С.Я. Ткачик

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: зниження частоти перинатальної патології при різних аномаліях пологової діяльності на основі удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних і прогностичних заходів.

Матеріали та методи. Було обстежено 400 першороділець, у тому числі 100 роділець із фізіологічною пологовою діяльністю (1-а група); 100 жінок із патологічним прелімінарним періодом (2-а група); 100 жінок із слабкістю пологової діяльності (3-я група) і 100 жінок із дискоординованою пологовою діяльністю (4-а група). Жінок 2–4-ї груп розподілено на відповідні підгрупи залежно від варіанта використовуваних лікувально-профілактичних заходів.

Результати. Результати проведеного дослідження свідчать, що різні варіанти аномалій пологової діяльності (патологічний прелімінарний період, слабкість та дискоординація пологової діяльності) є взаємопов'язаними процесами, призводять до високої частоти перинатальних втрат (інтранатальна асфіксія плода) та постнатальної захворюваності (постгіпоксична енцефалопатія, різні нейропатії).

Заключення. Результати проведених досліджень свідчать про важливість наукової проблеми – перинатальної патології при різних варіантах аномалій пологової діяльності. Використання удосконаленого алгоритму прогностичних та лікувально-профілактичних заходів дозволяє покращити перинатальні наслідки розродження жінок групи високого ризику, що є підставою для його широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: аномалії пологової діяльності, профілактика, прогнозування.

Незважаючи на значну кількість робіт, присвячених вивченню аномалій пологової діяльності (АПД), дотепер не лише не відзначено зниження їхньої частоти, а навпаки, є тенденція до зростання даної патології у жінок групи високого ризику, число яких постійно збільшується [2, 4]. При цьому залишається високою материнська і перинатальна захворюваність і смертність плодів і новонароджених як наслідок зростання акушерської агресії, оперативних пологів і пологового травматизму [6, 7].

За даними ВООЗ (2010), на сьогодні близько 65% всіх пологів закінчується використанням окситоцину. При цьому небезпечна тенденція збільшення дози окситоцину, що вводять під час пологів, призводить до підвищення частоти дистресу плода і постнатальної енцефалопатії [3].

Незважаючи на великий прогрес у сучасній науці, у результаті якого виникли принципово нові технології лікування значної кількості захворювань, в акушерстві при терапії АПД, як і раніше, найширше використовують технології, розроблені ще в середині минулого століття [1]. Упровадження в практику простагландинів як утеротонічних засобів не вирішило проблеми, хоча саме їм були присвячені перспективні дослідження наприкінці минулого століття. Певні надії покладали на відкриття молекулярних механізмів скорочення утероміоцитів, але отримані результати експериментальних досліджень ще не скоро будуть реалізовані у клінічній практиці.

Досі недостатньо вивчені і суперечливі відомості про фізіологію і патологію пологових переймів. Немає переконливих даних про етіологію і патогенез дискоординованих маткових скорочень, ролі адренергічного механізму, метаболічних процесів у міометрії [5]. Продовжуються дискусії про доцільність використання естрогену під час пологів, а також мало вивчені чинники, здатні впливати на якість скорочення м'язів матки. Можливо, глибше вивчення описаної вище проблеми дозволить не лише краще зрозуміти етіологію і патогенез АПД, але і дасть можливість проводити своєчасне прогнозування і цілеспрямовану корекцію даних ускладнень пологів.

Усе викладене вище стало підставою для проведення справжнього наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливу наукову проблему сучасного акушерства.

Мета дослідження: зниження частоти перинатальної патології при різних АПД на основі удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних і прогностичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З метою виконання поставлених завдань дослідження було обстежено 400 першороділець, у тому числі 100 роділець із фізіологічною пологовою діяльністю (1-а група); 100 жінок із патологічним прелімінарним періодом (ППП) (2-а група); 100 жінок із слабкістю пологової діяльності (СПД) (3-я група) і 100 жінок із дискоординованою пологовою діяльністю (ДПД) (4-а група). Жінок 2–4-ї груп розподілено на відповідні підгрупи залежно від варіанта використовуваних лікувально-профілактичних заходів:

- а) підгрупа 2.1 – 50 жінок із ППП, що отримували загальноприйнятий алгоритм;
- б) підгрупа 2.2 – 50 жінок із ППП, проведених за вдосконаленим алгоритмом;
- в) підгрупа 3.1 – 50 жінок із СПД, що отримували загальноприйнятий алгоритм;
- г) підгрупа 3.2 – 50 жінок із СПД, проведених за вдосконаленим алгоритмом;
- д) підгрупа 4.1 – 50 жінок із ДПД, що отримували загальноприйнятий алгоритм;
- е) підгрупа 4.2 – 50 жінок із ДПД, проведених за вдосконаленим алгоритмом.

Загальноприйняту тактику ведення жінок із ППП, СПД і ДПД проводили згідно з клінічним протоколом «Аномалії пологової діяльності», що затверджений Наказом МОЗ України від 31.12.2004 р. № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», і яка включала наступне:

- При ППП: седативні, заспокійливі засоби (діазепам до 30 мг на добу при внутрішньовенному введенні; 1 мл 2% промедолу); при неефективності – однократне застосування токолітичної терапії β_2 -адреноміметиками (гексопреналін 25 мкг (5 мл) розчиняється у 500,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно краплинно повільно – 10 – 15 крапель/хв з урахуванням протипоказань). Наступна підготовка до пологів – інтравагінальним введенням простагландину E_2 .
- При СПД:
- у латентній фазі пологів: амніотомія з подальшим поло-

гопідсиленням внутрішньовенним краплинним введенням окситоцину або простагландину E₂; оцінювання ефективності через 6–8 год із переглядом за показаннями подальшої тактики ведення пологів. За відсутності переходу в активну фазу пологів після 8 год пологодсилення окситоцином – розродження кесаревим розтинном;

- в активній фазі пологів: амніотомія і спостереження протягом 2 год при активній поведінці роділлі, за необхідності – пологодсилення внутрішньовенним краплинним введенням окситоцину або простагландину F_{2α};

- при збільшенні тривалості періоду вигнання: виключення клінічної невідповідності розмірів голівки і таза. За клінічної невідповідності – розродження кесаревим розтинном. За відсутності клінічної невідповідності – пологодсилення внутрішньовенним краплинним введенням окситоцину. За необхідності – залежно від місця розташування передлеглої голівки плода – вакуум-екстракція плода або накладання акушерських щипців.

- При ДПД: пролонгована епідуральна анестезія; проведення токолізу (гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться у 500,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно краплинним повільно, починаючи з 8 крапель/хв до 10–15 крапель/хв, не перевищуючи 15–20 крапель/хв під спостереженням за активністю перейм).

Удосконалений нами алгоритм був спрямований на профілактику перинатальної патології і мав наступні відмінності:

- При ППП:

1. Застосування седативних, заспокійливих засобів (діазепам до 30 мг на добу при внутрішньовенному введенні; 1 мл 2% промедолу);

2. За неефективності – однократне застосування токолітичної терапії β₂-адреноміметиками – болосне введення гексопреналіну (10 мкг гексопреналіну розчиняється в 10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно повільно протягом 10 хв) на фоні болосного внутрішньовенного введення мідронату – 0,5 г/5 мл. Токоліз продовжують гексопреналіном, який уводять інфузоматом із розрахунку 0,3 мкг/хв;

3. Наступна підготовка шийки матки до пологів за допомогою катетера Фолея.

- При СПД:

- У латентній фазі пологів:

1. Амніотомія;

2. Пологодсилення внутрішньовенним краплинним введенням окситоцину на фоні болосного введення мідронату – 0,5 г/5 мл;

3. Використання епідуральної анестезії з мінімальним моторним блоком та збереженням вертикального положення в пологах;

4. Партнерські пологи;

5. Оцінювання ефективності через 6–8 год з переглядом за показаннями подальшої тактики пологів;

6. За відсутності переходу в активну фазу пологів після 8 год – пологодсилення окситоцином – розродження кесаревим розтинном.

- В активній фазі пологів:

1. Амніотомія;

2. Спостереження протягом 2 год за активної поведінки роділлі;

3. Пологодсилення внутрішньовенним краплинним введенням окситоцину на фоні болосного введення мідронату – 0,5 г/5 мл;

4. Партнерські пологи.

- При ДПД:

1. З метою швидкого зняття тону мати – болосне введення гексопреналіну (10 мкг гексопреналіну розчиняється в 10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно повільно протягом 10 хв) на фоні болосного внутрішньовенного введення антигіпоксантів – мідронату –

- 0,5 г/5 мл. Токоліз продовжують гексопреналіном, який уводять інфузоматом із розрахунку 0,3 мкг/хв протягом 40–60 хв.

2. Амніотомія проводиться, якщо протягом 60 хв після закінчення введення гексопреналіну не встановився нормальний характер пологової діяльності;

3. Партнерські пологи;

4. Використання епідуральної анестезії з мінімальним моторним блоком та збереженням вертикального положення в пологах.

Основними критеріями включення пацієток у 2–4-у групи були:

- діагностований ППП на підставі клінічних і функціональних методів дослідження;

- клініка СПД: перейми безболісні, рівномірні за частотою і тривалістю, переважання тривалості діастолі над систолою, достатнє розслаблення мати між переймами, уповільнення процесів укорочення, згладжування і розкриття шийки мати (ШМ) у латентну фазу пологів; результати функціональних методів дослідження;

- клініка ДПД: перейми болочі, нерівномірні за частотою, силою і тривалістю; переважання тривалості систолі над діастолою; відсутність достатнього розслаблення мати між переймами; уповільнення процесів укорочення, згладжування і розкриття ШМ у латентну фазу пологів на фоні «сильної» пологової діяльності; результати функціональних методів досліджень.

Критерії виключення були схожі у всіх чотирьох групах: повторні пологи, тазове і ніжне передлежання; роздубдження, рубцева деформація ШМ, оперативні втручання на матці в анамнезі, передчасні і запізнілі пологи, багатоплідна вагітність, прееклампсія середнього і тяжкого ступеня; використання спеціальної допологової підготовки (гелі, ламінарії тощо).

У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, ендокринологічні, морфологічні, психологічні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведеного дослідження свідчать, що різні варіанти АПД (патологічний преліментарний період, слабкість та дискоординація пологової діяльності) є взаємопов'язаними процесами, що призводять до високої частоти перинатальних втрат (інтранатальна асфіксія плода) та постнатальної захворюваності (постгіпоксична енцефалопатія, різні нейропатії). Загальноприйнятті лікувально-профілактичні та прогностичні заходи є недостатньо ефективними в аспекті зниження перинатальної патології.

При оцінюванні причин розвитку різних АПД (ППП, СПД і ДПД) загальними моментами є: недостатня готовність ШМ (90,0%); гестаційна анемія (70,0%); плацентарна дисфункція (46,0%) і прееклампсія (24,0%). Характерними моментами при СПД є наявність запальних захворювань органів малого таза (22,0%); порушення менструальної функції (22,0%) і тиреоїдна дисфункція (22,0%). При ДПД, окрім цього, в анамнезі відзначений високий рівень патології ШМ (32,0%) і супутньої ендокринної патології (32,0%).

Психоемоційний статус жінок із різними АПД, причому незалежно від їхнього варіанта, полягає у наявності внутрішнього конфлікту між ригідністю, активністю життєвої позиції, емоційною нестійкістю, чутливістю та вразливістю. Мотивація досягнення успіху стикається зі страхом неуспіху, призводячи до стану психоемоційного напруження і соматизації ситуації.

При розродженні жінок із різними АПД встановлені наступні особливості:

- при патологічному преліментарному періоді частота переходу в слабкість або дискоординацію пологової діяльності становить 94,0%; абдомінальне розродження проводиться в 46,0%; вакуум-екстракція плода – у 8,0%;

- при СПД початкова частота патологічного преліментарно-го періоду становить 32,0%; передчасного розриву плодових

оболонки – 66,0%; кесарева розтину – 52,0%; вакуум-екстракції плода і накладення акушерських щипців – 12,0%;

– при ДПД фоновий рівень патологічного прелімінарного періоду становить 40,0%; передчасного розриву плодових оболонок – 68,0%; абдомінального розродження – 56,0%; вакуум-екстракції плода і накладення акушерських щипців – 16,0%.

Перинатальні результати розродження жінок із різними АПД незалежно від їхнього варіанта характеризуються високою частотою асфіксії новонароджених (66,0%), постгіпоксичною енцефалопатією (56,0%), затримкою розвитку плода (38,0%), реалізацією інтраамніального інфікування (10,0%) і гіпербілірубінемією (10,0%).

Включення у комплекс лікувально-профілактичних заходів у жінок із різними АПД психологічної корекції дозволяє зменшити рівень тривоги та іпохондричного настрою роділеї, підвищити їхню самооцінку, зміцнити впевненість у власних силах, сприяє появі миролюбства і готовності співпрацювати з медичним персоналом.

Використання удосконаленого алгоритму прогностичних та лікувально-профілактичних заходів у жінок із різними АПД дозволяє зменшити частоту: кесаревих розтинів (на 20,0%); ви-

користання вакуум-екстракції плода та акушерських щипців – на 6,0%; інтранатальної (на 20,0%) за рахунок тяжкої асфіксії (на 10,0%) асфіксії та середнього ступеня тяжкості (на 10,0%); постгіпоксичної енцефалопатії (на 26,0%), а також сумарні перинатальні втрати (на 20,0%).

Для ефективного прогнозування різних варіантів АПД необхідно урахувати той факт, що загальними чинниками ризику для всіх варіантів є неготовність ШМ, плацентарна дисфункція, гестаційна анемія та прееклампсія. Для слабкості пологової діяльності характерна наявність супутньої тиреоїдної дисфункції, а для дискоординації – фонова патологія ШМ та супутня ендокринна патологія.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать про важливість наукової проблеми – перинатальної патології при різних варіантах аномалій пологової діяльності (АПД). Використання удосконаленого нами алгоритму прогностичних та лікувально-профілактичних заходів дозволяє покращити перинатальні наслідки розродження жінок групи високого ризику, що є підставою для його широкого використання у практичній охороні здоров'я.

Прогнозирование и профилактика перинатальной патологии при аномалиях родовой деятельности С.Я. Ткачик

Цель исследования: снижение частоты перинатальной патологии при различных аномалиях родовой деятельности на основе усовершенствования алгоритма диагностических, лечебно-профилактических и прогностических мероприятий.

Материалы и методы. Были обследованы 400 первородящих, в том числе 100 родильниц с физиологической родовой деятельностью (1-я группа); 100 женщин с патологическим прелюминарным периодом (2-я группа); 100 женщин со слабостью родовой деятельности (3-я группа) и 100 женщин с дискоординированной родовой деятельностью (4-я группа). Женщины 2–4-й групп были разделены на подгруппы в зависимости от варианта используемых лечебно-профилактических мероприятий.

Результаты. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что различные варианты аномалии родовой деятельности (патологичный прелюминарный период, слабость и дискоординация родовой деятельности) являются взаимосвязывающими процессами, которые приводят к высокой частоте перинатальных потерь (интранатальная асфиксия плода) и постнатальной заболеваемости (постгипоксическая энцефалопатия, различные нейропатии).

Заключение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о важности научной проблемы – перинатальной патологии при различных вариантах аномалий родовой деятельности. Использование усовершенствованного алгоритма прогностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет улучшить перинатальные результаты родоразрешения женщин группы высокого риска, что является основанием для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: аномалии родовой деятельности, профилактика, прогнозирование.

Forecasting and preventive maintenance perinatal pathologies at anomalies patrimonial activity S.J. Tkachik

The objective: frequency decrease perinatal pathologies at various anomalies patrimonial activity on the basis of improvement of algorithm diagnostic, treatment-and-prophylactic and forecasting actions.

Patients and methods. We survey 400 woman with first labour including 100 women in childbirth with physiological patrimonial activity (1 group); 100 women with the pathological preliminary period (2 group); 100 women with weakness of patrimonial activity (3 group) and 100 women with dyscoordination of patrimonial activity (4 group). Women of 2-4 groups have been divided into subgroups depending on a variant of used treatment-and-prophylactic actions.

Results. The results of the study suggest that the various embodiments anomalies of labor activity (pathological preliminary period, weakness and dyscoordination labor) are interconnecting processes that lead to a high rate of perinatal losses (intrapartum asphyxia) and postnatal morbidity (posthypoxic encephalopathy, various neuropathies).

Conclusion. Results of the spent researches testify to importance of a scientific problem – perinatal pathology at various variants of anomalies of patrimonial activity. Use of the algorithm improved by us forecasting and treatment-and-prophylactic actions allows to improve perinatal results at women of group of high risk that is the basis for wide use in practical public health services.

Key words: anomalies patrimonial activity, preventive maintenance, forecasting.

Сведения об авторе

Ткачик Светлана Ярославовна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В. Индукция родов и их регуляция простагландинами / В.В. Абрамченко, Р.А. Абрамян; Руководство для врачей. – СПб.: Элби, 2010. – 288 с.
2. Грищенко В.И. Совершенствование диагностики и терапии перинатальной патологии / В.И. Грищенко, Н.А. Щербина // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 6. – С. 17–22.
3. Жилка Н.Я. Репродуктивне здоров'я населення України: проблеми та перспективи / Н.Я. Жилка, О.О. Дудіна, А.П. Гук // Фармацевтична Україна. – К., 2012. – № 2. – С. 27–33.
4. Маркін Л.Б. Комплексна оцінка стану плода при затримці його розвитку

5. / Л.Б. Маркін, Т.Ю. Мартин // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 5. – С. 83–84.
6. Милованов А.П. Патология системы мать–плацента–плод / А.П. Милованов. – М.: Медицина, 2011. – С. 30.
7. Радзинский В.Е. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца / В.Е. Радзинский, С.А. Князев, И.Н. Костин. – М.: Эсмо, 2009. – 288 с.
8. Bailey J. Expression of the cyclic AMP-dependent transcription factors, CREB, CREM and ATF2, in the human myometrium during pregnancy and labour / J. Bailey, C. Sparey, R.J. Phillips // Hum. Reprod. – 2014. – Vol. 6, N 7. – P. 648–660.

Статья поступила в редакцию 04.04.2016