

Особенности сократительной деятельности матки у рожениц с легкой преэклампсией

Н.В. Аббасова, Э.М. Алиева, В.А. Ахмед-заде, А.Дж. Исмаилова

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

Цель исследования: изучение особенностей сократительной деятельности матки у рожениц с легкой преэклампсией.

Материалы и методы. Изучена сократительная деятельность матки у 97 рожениц с легкой преэклампсией. Возраст рожениц составил $25,24 \pm 0,42$ года (17–37 лет). Длительность клинических проявлений легкой преэклампсии была в пределах $3,2 \pm 0,1$ недели. Сократительная деятельность матки оценивалась методом наружной интранатальной кардиотокографии.

Результаты. Установлено, что у рожениц с легкой преэклампсией отмечаются высокие показатели сократительной деятельности матки в латентную фазу, включая интенсивность схватки – $43,78 \pm 2,32$ мм рт ст, длительность сокращений – $28,32 \pm 1,1$ с, длительность расслабления – $43,44 \pm 1,46$ с, общую продолжительность схваток – $71,76 \pm 1,27$ с, продолжительность маточного цикла – $66,55 \pm 11$ ч и соответственно общую продолжительность родов – $9,18 \pm 0,22$ ч.

Заключение. У рожениц с легкой преэклампсией отмечаются высокие показатели сократительной деятельности матки в латентной фазе, что достоверно снижает продолжительность родов как в данной фазе, так и общую продолжительность родов.

Ключевые слова: легкая преэклампсия, сократительная деятельность матки, латентная фаза родов, активная фаза родов, интранатальная кардиотокография.

Одним из тяжелых осложнений беременности являются гипертензивные состояния беременности, наиболее часто проявляющиеся преэклампсией.

Установлено, что частота преэклампсии у беременных составляет 5–10% [4, 6, 8]. Частота материнской смертности при данной акушерской патологии колеблется в пределах 12–15%. В развивающихся странах данный показатель достигает 30% [9, 10, 12].

По данным различных авторов, частота преждевременных родов у рожениц с преэклампсией составляет 20–30%, перинатальной заболеваемости – 560%, перинатальной смертности – 12% [10, 11]. В динамике беременности преэклампсия наиболее часто проявляется артериальной гипертензией и протеинурией.

В Москве преэклампсия занимает одно из ведущих мест в структуре материнской смертности. В последние годы отмечается существенный рост частоты встречаемости преэклампсии, достигая 17–28%.

По данным министерства здравоохранения России, частота преэклампсии в 1998 году составила 8–15%, в 2006 году – 21,6%, в 2009 году данный показатель был в пределах 22,2% [3].

Установлено, что частота перинатальной смертности при преэклампсии составляет 10–30%, перинатальной заболеваемости – 463–780%, фетоплацентарной недостаточности – 26,8–37,2% [2, 3].

В последние годы частота легкой преэклампсии колеблется в пределах 3%, частота тяжелых проявлений преэклампсии достигает 2%. При этом отмечается системное пора-

жение органов, существенно влияющих на состояние здоровья матери, плода и новорожденного и определяющих показатели материнской, перинатальной заболеваемости и смертности [4, 7].

По данным научных исследований, у 6,3% женщин с различной тяжестью преэклампсии роды происходят через естественные родовые пути, у 87,5% – путем кесарева сечения. Выбор метода родоразрешения у женщин с различной степенью тяжести преэклампсии зависит от сложившейся акушерской ситуации, от состояния матери и плода, от уровня родовспомогательного учреждения, от практической подготовленности бригады врачей, от желания больной [3, 6, 10].

Следует отметить, что имеются ограниченные сведения об особенностях родового процесса и состоянии сократительной активности матки у рожениц с легкой преэклампсией.

Исходя из актуальности проблемы, определена **цель исследования:** изучение особенностей сократительной деятельности матки у рожениц с легкой преэклампсией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было исследовано состояние сократительной активности матки у 97 рожениц с легкой преэклампсией. Средний возраст рожениц составил $25,24 \pm 0,42$ года (17–37 лет). Длительность преэклампсии у рожениц во время беременности была в пределах $3,2 \pm 0,1$ нед. При этом уровень систолического давления составлял $142,2 \pm 0,69$ (130–155) мм рт.ст., диастолического давления – $96,13 \pm 0,6$ (85–110) мм рт.ст. Показатель протеинурии составил $0,33 \pm 0,03$ г/л. У рожениц с легким проявлением преэклампсии отмечались: гипопроотеинемия – $59,3 \pm 0,35$ г/л, анемия – $107,24 \pm 1,3$ г/л.

Ультразвуковое исследование рожениц с легкой преэклампсией выявило у 9,3% (9 женщин) маловодие, у 3,1% (3 женщины) – многоводие.

Кардиотокографическое исследование состояния плода до родовой деятельности позволило определить, что у 35% (34 пациентки) беременных состояние плода было нормальным. У 53,6% (52 пациентки) отмечались легкое проявление хронической внутриутробной гипоксии плода, у 11,3% (11 пациенток) – выраженные кардиотокографические проявления хронической внутриутробной гипоксии плода.

Оценка зрелости шейки матки по шкале M.S. Burnhill в модификации Е.А. Чернухи позволила установить у 79,4% (77 пациенток) наличие зрелой, у 22,7% (22 пациентки) – недостаточно зрелой шейки матки.

В динамике родового процесса исследование сократительной активности матки проводили методом наружной интранатальной кардиотокографии. При этом оценивали следующие показатели: интенсивность схваток, длительность сокращения матки, длительность расслабления матки, общая продолжительность схваток, длительность интервала между схватками, частота схваток в течение 10 мин.

В данном исследовании были рассчитаны интегрированные показатели: отношение сокращения матки к расслаблению матки (K_1) и отношение сокращения матки к общей продолжительности схватки (K_2).

Показатели сократительной деятельности матки у рожениц с легкой преэклампсией (M+Se)

| Показатели | I период родов | | | II период родов | P |
|--|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| | Раскрытие маточного зева, см | | | | |
| | 2-4 | 5-7 | 8-10 | | |
| | P ₁ | P ₂ | P ₃ | P ₄ | |
| Интенсивность схваток, мм рт ст | 43,78±2,32 (20-98) | 71,9±2,96 (35,0-100,0) | 83,85±2,27 (40,0-100,0) | 93,6±1,54 (70,0-100,0) | P<0,05 |
| Длительность сокращения матки, с | 28,32±1,1 (10,2-50) | 37,81±1,38 (20,4-65,0) | 31,59±1,57 (20,4-60,0) | 38,21±2,46 (20,4-55,0) | P ₁₋₂ <0,05 P ₂₋₃ <0,05 P ₃₋₄ >0,05 |
| Длительность расслабления матки, с | 43,44±1,46 (20,4-90) | 52,75±1,48 (30,0-90,0) | 49,8±1,31 (20,6-120,0) | 48,88±2,64 (31,86-60,0) | P ₁₋₂ <0,05 P ₂₋₃ >0,05 P ₃₋₄ >0,05 |
| Общая продолжительность схваток, с | 71,76±1,27 (30,6-102,4) | 90,56±1,12 (51,0-80,0) | 81,39±2,11 (20,4-120,0) | 87,19±2,42 (20,4-60,0) | P ₁₋₂ <0,05 P ₂₋₃ <0,05 P ₃₋₄ >0,05 |
| Длительность интервалов между схватками, с | 94,79±9,38 (20,4-306,0) | 55,37±6,76 (30,6-200,0) | 54,45±4,32 (20,4-120,0) | 55,58±3,56 (30,6-81,6) | P ₁₋₂ <0,05 P ₂₋₃ >0,05 P ₃₋₄ >0,05 |
| Количество сокращений в течение 10 мин | 2,72±0,3 (1-5) | 4,0±0,27 (3-7) | 4,89±0,48 (3-8) | 4,5±0,29 (4-5) | P ₁₋₂ <0,05 P ₂₋₃ >0,05 P ₃₋₄ >0,05 |
| Продолжительность маточного цикла, с | 166,55±0,28 | 162,9±0,42 | 135,84±0,21 | 142,8±0,33 | P<0,05 |
| Показатель соотношения сокращений матки к расслаблению, (K ₁) | 0,65±0,03 | 0,72±0,06 | 0,63±0,01 | 0,78±0,02 | P>0,05 |
| Показатель соотношения сокращения матки к общей продолжительности схваток, (K ₂) | 0,39±0,01 | 0,42±0,03 | 0,39±0,02 | 0,44±0,03 | P>0,05 |
| Активность матки в единице Монтевидео | 119,1±23,4 | 287,6±21,1 | 410,0±28,3 | 421,2±18,5 | P ₁₋₂ <0,05 P ₂₋₃ <0,05 P ₃₋₄ >0,05 |
| Активность матки в Александрийской единице | 3372,9±82,2 | 10874,2±123,1 | 12951,9±120,6 | 16094,1±128,1 | P<0,05 |

Примечание: P – показатель достоверности.

Для определения сократительной активности матки рассчитывали показатели единицы Монтевидео и Александрийской единицы.

Единицу Монтевидео рассчитывали по формуле:

$$EM = IC \times CM,$$

где EM – единица Монтевидео;
IC – интенсивное сокращение;
CM – сокращение матки.

Александрийскую единицу рассчитывали по формуле:

$$AE = EM \times CM,$$

где AE – Александрийская единица;
EM – единица Монтевидео;
CM – сокращение матки.

Сократительную активность матки определяли в динамике родового процесса в первый период при раскрытии шейки матки 2–4 см и раскрытии маточного зева 5–7, 8–10 см – во второй период родов.

Полученные результаты сравнивали с аналогичными показателями, полученными при спонтанных неосложненных родах [1].

Результаты подвергали статистической обработке с использованием вариационно-корреляционного дисперсного анализа. При этом использовали программу «Statgraph», предназначенную для параметрических и непараметрических методов расчета средних значений. Оп-

ределяли среднее значение полученных результатов, среднеквадратических отклонений, стандартных ошибок (Se) с определением минимальных (min) и максимальных (max) значений. Полученные результаты сравнивали с табличным значением T-критерия Уилкоксона и определяли статистическую достоверность различий между сравниваемыми показателями.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Показатели сократительной активности матки в динамике родового процесса у рожениц с легкой преэклампсией представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, в динамике родового процесса отмечается статистически достоверное увеличение интенсивности схваток (P<0,05).

В результате проведенного исследования установлено, что показатель сокращения матки достоверно увеличивается в первый период родов до раскрытия маточного зева 8–10 см (P<0,05).

В конце первого и во второй период родов отмечается некоторое увеличение данного показателя (P>0,05).

По данным интранатальной кардиотокографии установлено достоверное увеличение показателей расслабления матки до раскрытия маточного зева 5–7 см (P<0,05). В дальнейшем в первый и во второй периоды показатели расслабления матки были аналогичными.

Показатели продолжительности родов у женщин с легкой преэклампсией, M±Se

| Период родов | У рожениц с легкой преэклампсией | При спонтанных родах без аномалии родовой деятельности | P |
|----------------------------------|----------------------------------|--|-------|
| Первый период, ч: | 8,33±0,24 (1-14,3) | 10,41±0,34 (1,4-13) | <0,05 |
| - латентная фаза, | 1,24±0,11 (1-3) | 3,18±0,31 (3-7) | <0,05 |
| - активная фаза | 7,09±0,22 (3-10) | 7,23±0,36 (3-11) | >0,05 |
| Второй период родов, мин | 32,21±1,76 (1-50) | 27,95±0,84 (10,0-50,0) | >0,05 |
| Третий период родов, мин | 7,22±0,34 (5-15) | 6,0±0,29 (3-10) | >0,05 |
| Общая продолжительность родов, ч | 9,12±0,22 (5,4-14,5) | 11,24±0,21 | <0,05 |

Примечание. P – показатель достоверности.

Одним из показателей, отражающих сократительную активность матки, был показатель общей продолжительности схватки. В динамике родового процесса до второго периода родов отмечали достоверность увеличения продолжительности схваток (P<0,05). Во второй период родов она практически не менялась.

Изучение особенностей изменения интервала позволило установить достоверное уменьшение схваток до раскрытия шейки матки 5–7 см (P<0,05). В дальнейшем интервал между схватками практически не менялся. Аналогичные изменения отмечались в частоте схваток в течение 10 мин. В активную фазу родового процесса определяли достоверное увеличение частоты схваток (P<0,05).

В активную фазу родов и во второй период родов частота схваток не изменялась (P>0,05).

Изучение длительности маточного цикла позволило выявить достоверное снижение длительности маточного цикла в динамике родового процесса (P<0,05).

Исследование интегрированных показателей сократительной активности матки (K₁ и K₂) позволило выявить отсутствие статистически достоверных различий показателей в динамике родового процесса (P>0,05).

Изменение сократительной активности матки в единице Монтевидео выявили увеличение данного показателя до

второго периода родов (P<0,05). Во второй период родов данный показатель не изменялся.

Особенность сократительной деятельности матки в Александрийской единице позволило определить достоверное увеличение его в динамике родового процесса (P<0,05).

Особенности сократительной активности матки у рожениц с легкой преэклампсией отразились на длительности родового процесса у данного контингента женщин. Длительность родового процесса у рожениц с легкой преэклампсией представлена в табл. 2.

Как видно из табл. 2, у рожениц с легкой преэклампсией отмечается достоверное снижение длительности латентной фазы и соответственно общей продолжительности родов (P<0,05), что является результатом координированной сократительной активности матки с началом родовой деятельности, проявляющейся высоким уровнем интенсивности схваток, длительности сокращений, расслабления, общей продолжительности схваток.

ВЫВОДЫ

Таким образом, у рожениц с легкой преэклампсией отмечаются высокие показатели сократительной деятельности матки в латентной фазе, что достоверно снижает продолжительность родов как в данной фазе, так и общую продолжительность родов.

Особливості скоротливої діяльності матки у роділь з легкою преєклампсією

Н.В. Аббасова, Е.М. Алієва, В.А. Ахмед-заде, А.Дж. Ісмаїлова

Мета дослідження: вивчення особливостей скорочувальної діяльності матки у роділь з легкою преєклампсією.

Матеріали та методи. Вивчено скорочувальну діяльність матки у 97 роділь з легкою преєклампсією. Вік роділь становив 25,24±0,42 року (17–37 років). Тривалість клінічних проявів легкої преєклампсії була в межах 3,2±0,1 тижня. Скорочувальну діяльність матки оцінювали методом зовнішньої інтранатальної кардіотокографії.

Результати. Встановлено, що у роділь з легкою преєклампсією фіксують високі показники скорочувальної діяльності матки у латентну фазу, включаючи інтенсивність переймів – 43,78±2,32 мм рт ст, тривалість скорочень – 28,32±1,1 с, тривалість розслаблення – 43,44±1,46 с, загальну тривалість переймів – 71,76±1,27 с, тривалість маточного циклу – 66,55±11 год і відповідно загальну тривалість пологів – 9,18±0,22 год.

Заключення. У роділь з легкою преєклампсією виявляють високі показники скорочувальної діяльності матки у латентній фазі, що достовірно знижує тривалість пологів як у цій фазі, так і загальну тривалість пологів.

Ключові слова: легка преєклампсія, скорочувальна діяльність матки, латентна фаза пологів, активна фаза пологів, інтранатальна кардіотокографія.

Peculiarities of the uterine contractile activity in pregnant with mild preeclampsia at labor

N.V. Abbasova, E.M. Aliyeva, V.A. Akhmed-zade, A.Dj. Ismailova

The objective: to study the contractile activity of the uterus in pregnant with mild preeclampsia at labor.

Patients and methods. Was studied contractile activity of the uterus during the labor in 93 pregnant with mild preeclampsia. The average age of women was 25,24±0,42 (17–37 years). The duration of the clinical manifestation of mild preeclampsia was 3,2±0,1 (1 week). The contractile activity of the uterus was evaluated by the method of external cardiotocography.

Results. There was confirmed, that pregnant with mild preeclampsia had high indicators of uterine contractile activity at the latent phase, including intense of the cramps 43,78±2,32 mm Hg, duration of the cramps – 28,32±1,1 s, duration of relaxation – 43,44±1,46 s, total duration of the cramps – 71,76±1,27 s, duration of the uterine cycle – 66,55±0,28 s. And this leads to significant decreasing of the duration of the latent phase 1,24±0,11 hour, and decreasing of the total labor time (9,18±0,22 hours) appropriately.

Conclusion. In parturient women with mild preeclampsia, high rates of contractile activity of the uterus in the latent phase, what significantly reduce the duration of the latent phase, and the total duration of labor as well.

Key words: mild preeclampsia, contractile activity of the uterus, latent phase of the labor, active phase of the labor, intranatal cardiotocography.

Сведения об авторах

Аббасова Нигяр Валех – Кафедра Акушерства и гинекологии 1 Азербайджанского Медицинского Университета, AZ1022, Азербайджан, г. Баку, ул. Бакиханова, 23; тел.: (99412) 495-35-66

Алиева Эльмира Микаил – Кафедра Акушерства и гинекологии 1 Азербайджанского Медицинского Университета, AZ1022, Азербайджан, г. Баку, ул. Бакиханова, 23; тел.: (99412) 495-35-66

Ахмед-заде Вусаля Ахмед – Кафедра Акушерства и гинекологии 1 Азербайджанского Медицинского Университета, AZ1022, Азербайджан, г. Баку, ул. Бакиханова, 23; тел.: (99412) 495-35-66

Исмайлова Арзу Джамал – Кафедра Акушерства и гинекологии 1 Азербайджанского Медицинского Университета, AZ1022, Азербайджан, г. Баку, ул. Бакиханова, 23; тел.: (99412) 495-35-66

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агакишиева Л.Г., Алиева Э.М. Особенности сократительной деятельности матки при спонтанных родах без аномалий родовой деятельности // Ж. Медицинские новости. – 2015. – № 5. – С. 64–67.
2. Гребник Т.К., Павлович С.В. Возможности прогнозирования преэклампсии // Акуш. и гинекол. – 2011. – № 6. – С. 17–21.
3. Запорожец Э.Е., Шувалова М.П., Цымлякова Л.М., Фролова О.Г. Основные показатели деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка в Российской Федерации // Российское общество акушеров-гинекологов. ФГБУ «НЦАГИП им. В.И. Кулакова» Минздрава России. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. – 2013. – С. 48–61.
4. Иванов И.И., Черипко М.В., Косолапова Н.В., Прочан Е.Н. Преэклампсия беременных: особенности патогенеза, тактики ведения // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – Т. 15, № 2, ч. 2. – С. 273–286.
5. Каюмова Л.Х. Особенности состояния системы гемостаза после родов у женщин, беременность которых осложнилась преэклампсией // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Казань, 2011. – 19 с.
6. Мурашко Л.Е., Ванько Л.В., Милованов А.П. Преэклампсия: руководство / под ред. Г.Т. Сухих, Л.Е. Мурашко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 566 с.
7. Сидорова И.С., Никитина Н.А. Современный взгляд на проблему преэклампсии: аргументы и факты // Ж. акушер. и гинекол. – 2013. – Т. 112, № 5. – С. 10–16.
8. Carty D.M., Delles C., Dominiczak A.F. Preeclampsia and future maternal health // J.Hypertens. – 2010. – № 28. – P. 1349–1355.
9. Hernandez-Diaz S., Toh S., Chattingius S. Risk of pre-eclampsia in first and subsequent pregnancies: prospective cohort study // Br. Med. J. – 2009. – Vol. 338, № 18. – P. 2255–2260.
10. Pennington K.A., Schitt J.M., Jackson D.L. Preeclampsia: multiple approaches for a multifactorial disease // Dis.Model.Mech. – 2012. – Vol. 5, № 1. – P. 9–18.
11. Shenoy V., Kanasaki K., Kalluri R. Preeclampsia: connecting angiogenic and metabolic pathways // Trends in Endocrinology and Metabolism. – 2010. – Vol. 21. – P. 529–536.
12. Turner J.A. Diagnosis and management of preeclampsia: an update // Int. J. Women's Health 2010. – № 2. – P. 327–337.

Статья поступила в редакцию 25.05.17



Флуомізин

деквалінію хлорид 10 мг

- доведена ефективність по відношенню до *Atorobium vaginae* та інших збудників бактеріального вагінозу*
- дозволений до застосування у всіх триместрах вагітності**



Флуомізин. Реєстраційне посвідчення № UA/1852/01/01 від 22.08.14. Реклама лікарського засобу, перед застосування ознайомтесь з інструкцією та проконсультуйтеся з лікарем.

* Susceptibility testing of *Atorobium vaginae* for dequalinium chloride. Guido Lopes dos Santos Santiago et al., 2012 BMC Research Notes 2012, 3:151 (<http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/151>). ** Інструкція до лікарського засобу Флуомізин

Самолікування може бути шкідливим для вашого здоров'я

Це мій дім!



Рецидивуючий кандидоз?
Зверніть увагу на кишечник!



swiss standard