

Література

1. Подольський В.В., Касаткіна Т.О. Стан репродуктивного здоров'я в жінок фертильного віку, які перебувають під впливом наркотичної інтоксикації / Подольський В.В., Касаткіна Т.О. //Здоровье женщины. – № 5 (41). – 2009
2. Мьюсо А.И. Наркология / А.И. Минко, И.В. Линский. – М. : Эксмо, 2004. – 736 с.
3. Мішиєв В.Д. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів: клініка, діагностика, терапія / В.Д. Мішиєв. – Львів : Видавництво Мс, 2005. – 200с.
4. Дранік Г. Н. Клінічна імунологія та алергологія / Київ Поліграф плюс – 2006. – С. 58–62, 34–57
5. Овчаренко М.О. Динаміка концентрації фактора некрозу пухлини-альфа (ФНП-АЛЬФА) в сироватці крові у хворих на опіоїдну залежність /М.О. Овчаренко, І.К. Сосін, Л.Л.Пінський, Т.М. Овчаренко // <http://docs.google.com/viewer>. УДК 616.89-008.441.3
6. Овчаренко М.О. Вміст інтерлейкіну-6 в сироватці крові у хворих на опіоїдну залежність /М.О.Овчаренко // <http://docs.google.com/viewer>. УДК 616.89-008.441.3
7. Correlations among the serum levels of some interleukins and the histopathological aspects in hronic viral hepatitis C / C.S. Avramescu, V. Comanescu, S.N. Popescuscu [et al.] // Romanian Journal of Morphology and Embryology. – 2008. – Jv 49(1).-P. 57-62.

УДК 618.398-02:(43+616-053.34).

Л.Б. Маркін, С.Р. Смуток

ЧИННИКИ РИЗИКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПРИ ЗАПІЗНИЛИХ ПОЛОГАХ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ЧИННИКИ РИЗИКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПРИ ЗАПІЗНИЛИХ ПОЛОГАХ. Досліджені особливості перебігу пологів при перенесеній вагітності. Доведено, що провідними чинниками перинатальної патології при запізнилих пологах є аномалії скоротливої діяльності матки.

ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ЗАПОЗДАЛЫХ РОДАХ. Исследованы особенности хода родов при перенесенной беременности. Доказано, что ведущими факторами перинатальной патологии при запоздалых родах являются аномалии сократительной деятельности матки.

RISK FACTORS OF PERINATAL PATHOLOGY AT POSTMATURE BIRTH. The peculiarities of delivery course in womens' postmature pregnancy have been studied. It has been proved that the main factors of perinatal pathology in womens' delayed labor are the disorders of the uterine contractions.

Ключові слова: запізнілі пологи, аномалії родів, дистрес плода

Ключевые слова: запоздалые роды, аномалии родов, дистрес плода

Key words: postmature birth, labor anomalies, fetal distress.

ВСТУП. Однією з актуальних проблем сучасної перинатальної медицини є переносування вагітності (ПВ) (шифр МКБ – 10-048). Перенесеною вважається вагітність, яка продовжується більше 42 повних тижнів (294 доби або більше) від першого дня останнього менструального циклу і завершується запізнілими пологами (ЗП) [4,1]. Частота ПВ сягає 14% і супроводжується високим рівнем перинатальної захворюваності та материнських ускладнень [5, 3, 7].

Мета роботи полягала у визначенні провідних чинників ризику розвитку дистресу плода при ЗП.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Групу спостереження складала 15 жінок з ПВ. При визначенні гестаційного терміну враховували

дату останньої менструації (280 діб або правило Негеле), запліднення (в середньому 266 діб), овуляції (266 діб або модифіковане правило Негеле), першого відвідування жіночої консультації, відчуття вагітною перших рухів плода.

Оцінку стану плода проводили за шкалою, наведеною у клінічному протоколі з акушерської допомоги „Затримка росту плода” (наказ МОЗУ від 29.12.05, № 782).

Кардіомонітором 8030А фірми „Hewlett-Packard” (США) здійснювали динамічний контроль частоти серцевих скорочень (ЧСС) плода. Вагітним надавали напівфолерівського положення. Запис кардіотахограми (КТГ) здійснювали протягом 20 хв на стрічці, що рухалась зі швидкістю 1 см/хв. При аналізі КТГ враховува-

ли базальну ЧСС (БЧСС), амплітуду та частоту миттєвих осциляцій, кількість, амплітуду, тривалість акцелерацій та децелерацій, тривалість ділянок монотонності ритму ЧСС плода.

За даними ехографічної картини робили висновки про кількість навколоплодових вод, визначали величину найбільшого вертикального розміру вільної ділянки амніотичної рідини.

В інтранатальному періоді проводили моніторинг ЧСС плода і скоротливої діяльності матки. При вивченні токограми здійснювали якісний аналіз маткових циклів, визначали частоту, амплітуду та тривалість скорочень матки, тривалість інтервалів між переймами, величину відношення часу скорочення до часу розслаблення. При аналізі перебігу пологів враховували їх тривалість, наявність ускладнень, характер і кількість оперативних втручань тощо. Стан новонароджених оцінювали за шкалою Апгар, сумісно з неонаталогом визначали ознаки перезрілості.

Статистичну обробку результатів досліджень здійснили з використанням сучасних методів варіаційної статистики за допомогою стандартних програм статистичного аналізу Microsoft Excel 5.0.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. При ПВ спостерігалось маловоддя, зменшення окружності живота (на 5-7 см), підвищення щільності матки, зниження тургору шкіри вагітної та маси її тіла на 1 кг і більше. Вагінальне дослідження виявляло збільшення щільності кісток черепа, вузькість швів та тім'ячок плода.

Наявність олигогідроамніону підтверджували результати ультразвукового дослідження. Навколоплодові води не візуалізувались в більшій частині порожнини матки. Найбільший вертикальний розмір вільної ділянки складав $1,2 \pm 0,4$ см.

Характерною особливістю ЧСС плода при ПВ було зниження амплітуди миттєвих осциляцій. Переважно спостерігався ундулюючий тип варіабельності ЧСС плода. Амплітуда осциляцій складала $3,2 \pm 0,5$ уд/хв.

У 7 вагітних для підготовки шийки матки до пологів був використаний гель, що містить ПГЕ₂ (0,5 мг). Препарат вводили у цервікальний канал в положенні жінки на спині. У 3 випадках додатково були використані палички-ламінарії. Ламінарії вводили таким чином, щоб їх внутрішній кінець знаходився на одному рівні з внутрішнім вічком шийки матки. За один сеанс вводили 3-5 паличок, розташовуючи їх паралельно одну до одної. Для надійності палички фіксували у піхві за допомогою стерильної марлевої серветки.

При наявності „зрілої” шийки матки використовували хірургічний метод індукції пологів (амніотомію). Попередньо здійснювали реалізацію рефлексу Фергюсона – механічне подразнення шийки матки і пальцеве відшарування (stripping of membranes) нижнього полюсу плідно-

го міхура від стінок нижнього сегмента матки. Така процедура помітно підвищує збудливість матки внаслідок рефлекторного збільшення продукції окситоцину задньою часткою гіпофізу, збільшення ендогенних простагландинів і послаблення блокуючої дії плацентарного прогестерону на м'яз матки [6,2].

При веденні пологів проводили моніторний контроль ЧСС плода і активності матки.

Меконіальне забарвлення амніотичної рідини спостерігалось у 6 роділь. Переважно мала місце помірно в'язка (зеленого кольору) консистенція навколоплодових вод. Останнє, при наявності задовільного стану плода, ми пов'язували з активізацією вагусного рефлексу при переносуванні вагітності, реалізація якого обумовлює меконіальний пасаж.

Нормальна пологова діяльність спостерігалась у 8 роділь. При токографії реєстрували координовані скорочення матки. По мірі прогресування пологів відбувалось згладжування та розкриття шийки матки. Тривалість латентної фази першого періоду пологів складала $6,7 \pm 0,4$ год. При цьому відбувалось розкриття шийки матки з середньою швидкістю $0,32$ см/год. В активну фазу першого періоду пологів число перейм за 10 хв сягало $3,5 \pm 0,4$, тривалість – $69,5 \pm 3,3$ с, амплітуда – $16,3 \pm 1,6$ мм. Інтервал між переймами дорівнював $104,6 \pm 5,7$ с. Відношення часу скорочення до часу розслаблення складало $0,66$. Скорочення матки відбувались за типом „трійного низхідного градієнта”.

Пологовий стрес, переважно, знаходився у межах адаптаційних можливостей організму плода. БЧСС складала $152,7 \pm 4,3$ уд/хв, амплітуда осциляцій – $3,3 \pm 0,4$ уд/хв. У відповідь на маткові скорочення реєструвались середнього ступеня важкості ($22,6 \pm 2,4$ уд/хв) та тривалості ($60,2 \pm 4,6$ с) ранні децелерації.

Необхідно відзначити, що у 4 спостереженнях було зареєстроване періодичне виникнення варіабельних децелерацій. Слід зазначити, що останні не свідчать про розвиток інтранатального дистресу плода, а виникають внаслідок маловоддя та стоншення пуповини, що є характерним для переносування вагітності.

Незадовільний прогрес пологів мав місце у 4 роділь. Спостерігалось уповільнення активної фази першого періоду пологів. Число перейм за 10 хв становило $2,6 \pm 0,3$, тривалість – $36,3 \pm 3,2$ с, амплітуда – $12,1 \pm 0,14$ мм. Інтервал між переймами дорівнював $202,2 \pm 5,6$ с. Відношення часу скорочення до часу розслаблення становило $0,18$. Швидкість розкриття шийки матки складала $0,78$ см/год.

Лікування слабкості пологової діяльності проводили шляхом внутрішньовенного введення окситоцину (5 ОД у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду). Інфузію препарату починали зі

швидкістю 6-8 крап./хв (0,5-1,0 МОД/хв). При досягненні ефекту швидкість інфузії збільшували кожних 30 хв на 6 крап. (0,5 МОД/хв). Максимальна швидкість введення окситоцину не перевищувала 40 крап./хв.

Клінічні ознаки дискоординованої пологової діяльності спостерігались у 3 випадках. В активній фазі першого періоду пологів звертала на себе увагу поява болючих нерегулярних перейм. Пальпація матки виявляла неоднакове її напруження у різних відділах. Значно скорочувалися період розслаблення матки, тонус міометрія між переймами залишався підвищеним. Спостерігалось уповільнення або відсутність просування передлеглої частини плода. Реєструвались несиметричні і некоординовані скорочення матки. Відмічалось порушення трійного низхідного градієнта і відсутність доміанти дна. Токографічна крива приймала неправильну форму. Скорочення матки відрізнялись невисокою амплітудою ($9,2 \pm 1,2$ мм) і значною тривалістю ($84,2 \pm 5,3$ с). Частота перейм складала $3,5 \pm 0,4$ за 10 хв спостереження, інтервал між ними – $80,6 \pm 3,8$ с, відношення часу скорочення до часу розслаблення – 1,04.

Лікування некоординованих та зтяжених скорочень матки здійснювали шляхом проведен-

ня токолізу. Гексопреналін (25 мкг) розводили у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводили внутрішньовенно, починаючи від 8 крап./хв до 10-15 крап./хв.

У зв'язку з неефективністю терапевтичних заходів при аномаліях пологової діяльності, розвитком гострого дистресу плода, пологи у 5 випадках були завершені шляхом кесаревого розтину. Народились діти у стані асфіксії ($6,0 \pm 0,4$ бали за шкалою Апгар). З ефектом були проведене терапевтичні заходи. Новонароджені мали ознаки перезрілості (темно-зелений колір шкіри, мацерація шкіри, переважно на ручках і стопах, зменшення кількості сироподібної змазки, зниження тургору шкіри, відсутність конфігурації голівки, щільні кістки черепа, вузькі шви і тім'ячка).

ВИСНОВОК. Провідним чинником ризику перинатальної патології при запізнілих пологах є аномалії пологової діяльності (гіпотонічна дисфункція матки і дискоординована пологова діяльність).

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ. Вивчення чинників ризику розвитку дистресу плода при запізнілих пологах та факторів, що призводять до запізнілих пологів, дозволить зменшити перинатальні втрати.

Література

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К.Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с. – (Серия «Национальные руководства»).
2. Бондаренко К.В. Программированные роды – основной путь снижения перинатальной заболеваемости и смертности при их высоком риске: автореф. дисс. ... к. м. н. – М., 2007. – 24 с.
3. Вученович Ю.Я., Сармосян М.А., Ордянец И.М. Дифференцированный подход к программированному завершению переносимой беременности // Вестник РУДН, сер. Медицина. Акушерство и гинеколог-

гия. – 2008. – №5. – С.46-53.

4. Запорожан В.М., Цегельський М.Р., Рожковська Н.М. Акушерство і гінекологія. Підручник: у 2-х томах. Т.1. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – 472 с.

5. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Тимохина Е.В. и др. Переносимая беременность. – М.: Династия, 2006. – 305 с.

6. Чернуха Е.А. Родовой блок. – М.: Медицина, 1999. – 213 с.

7. Briscoe D. Management of Pregnancy Beyond 40 Weeks' Gestation // Am. Fam. Physician. – 2005. – №71. – P.73-89.