

Література

1. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Потеря беременности. – М., 2007
2. Несяева Е.В. Неразвивающаяся беременность: этиология, патогенез, клиника, диагностика // Акушерство и гинекология – 2005. – №2. – С. 3-7.
3. Буткова О.И., Хоминская З.Б. Характеристика гормонального статуса у женщин с наличием погибшего плода в матке в зависимости от срока беременности // Репродуктивное здоровье женщины – 2003. – №1. – С. 35-37.
4. Доброхотова Ю.Э., Савченко Т.Н. Неразвивающаяся беременность: Учебно-методическое пособие. Под ред. О.В. Макарова. – М: РГМУ, 2002. – С. 5-10.
5. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. – М., 2002.

УДК 618.5-0846618.5-036.3

О.П. Гнатко, Н.О. Захаренко

**ПРОФИЛАКТИКА АНОМАЛИЙ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ЖІНОК
З ПАТОЛОГІЧНИМ ПРЕЛІМІНАРНИМ ПЕРІОДОМ**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ПРОФИЛАКТИКА АНОМАЛИЙ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЧНИМ ПРЕЛІМІНАРНИМ ПЕРІОДОМ
Проведена зрівняльна оцінка ефективності застосування при лікуванні патологічного прелімінарного періоду гініпралу та інстенону в залежності від ступеня зрілості шийки матки і характеру скорочувальної функції матки. У жінок з "незрілою" шийкою матки доцільне проведення тривалого токолізу гініпралом, з "недостатньо зрілою" – лікування інстенонем. Використання даних препаратів дозволило знизити частоту розвитку аномалій пологової діяльності.

ПРОФИЛАКТИКА АНОМАЛИЙ РОДОВОЇ ДЕЯТЕЛЬНОСТІ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕЛИМИНАРНЫМ ПЕРИОДОМ. Проведена сравнительная оценка эффективности применения при лечении патологического прелиминарного периода гинипралом и инстенонем в зависимости от степени зрелости шейки матки и характера сократительной функции матки. У женщин с "незрелой" шейкой матки целесообразно проведение продолжительного токолиза гинипралом, с "недостаточно зрелой" – лечение инстенонем. Использование данных препаратов разрешило снизить частоту развития аномалий родовой деятельности.

ANOMALY PROPHYLAXIS OF LABOR FUNCTION IN WOMEN WITH PATHOLOGIC PRELIMINARY PERIOD Comparative effectiveness evaluation of ginipral and instenon administration in treatment of pathologic preliminary period, depending on maturity of cervix of uterus and character of contractive function of uterus was held. For women with "not mature" cervix of uterus it is more appropriate to do a long term tocolytic therapy with the use of ginipral, and treatment by instenon in women with "not enough mature" cervix of uterus. Use of listed drugs led to decrease of anomaly frequency in labor functions.

Ключові слова: патологічний прелімінарний період, аномалії пологової діяльності, профілактика.

Ключевые слова: патологический прелиминарный период, аномалии родовой деятельности, профилактика.

Key words: pathologic preliminary period, anomaly of labor function, prophylaxis.

ВСТУП. Проблема порушень скорочувальної діяльності матки в пологах залишається однією з найважливіших в акушерстві, тому що вони є провідною причиною перинатальної захворюваності і смертності та сприяють виникненню значного спектра ускладнень у матері [1, 2, 3, 4].

В наш час аномалії скорочувальної діяльності розглядають як одну з форм порушення інтеграції між пусковим механізмом пологів і станом органу-мішені (готовністю матки та шийки до пологів [5, 6, 7, 8]. Випередження готовності матки до пологів в співставленні з уповільненням процесу "дозрівання" шийки матки формують в подальшому своєрідну скоротливу діяльність матки, що

трактується як патологічний прелімінарний період (ППП). ППП є найбільше частим ускладненням, що передує розвитку аномалій пологової діяльності. При клінічно вираженому підготовчому періоді відмічають порушення добового ритму сну і психоемоційного стану вагітної, дискоординовані тривалі скорочення міометрія з підвищенням його базального тону, що не сприяють структурним змінам шийки матки [1, 4, 8, 9].

Пологи при "незрілій" шийці матки супроводжуються більшою частотою виникнення слабкої та дискоординованої пологової діяльності, несвоєчасним розривом плідного міхура, високим відсотком оперативних втручань, насамперед кесарсь-

кого розтину, кровотечами, пологовим травматизмом, дистресом плода та асфіксією новонародженого [1, 2, 4, 10].

Аналіз сучасних даних літератури з проблеми лікування патологічного прелімінарного періоду та профілактики аномалій пологової діяльності показав, що єдиних поглядів на тактику ведення вагітних з ППП не існує [1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10]. Лікування ППП повинно носити комплексний характер, що включатиме нормалізацію скорочувальної діяльності матки і функції центральної нервової системи, створення біологічної готовності до пологів, спрямованої регуляції нейроендокринних порушень, покращення рівня мікро циркуляції в плаценті [1, 3, 6, 9, 10]. Тому вважається актуальним застосування медикаментозних засобів, що мають комплексний механізм дії на різні ланки патогенезу патологічного прелімінарного періоду з метою покращення результатів лікування даного ускладнення вагітності і пологів.

Мета дослідження – розробити диференційований підхід до вибору профілактичних заходів аномалій пологової діяльності у жінок з патологічним прелімінарним періодом в залежності від особливостей стану шийки матки та характеру скорочувальної функції матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Клінічні дослідження проведені у 59 вагітних з патологічним прелімінарним періодом в терміні вагітності 38-41 тиждень, що народжували вперше. Діагноз патологічного прелімінарного періоду був виставлений після 9 годин скоротливої діяльності матки.

В процесі спостереження всі вагітні з ППП скаржились на періодичні переймоподібні болі в нижній ділянці живота та в попереково-крижовій ділянці, що призводили до втоми, порушення добового ритму сну.

Оцінка стану шийки матки проводилась за шкалою Бішопа та за показниками ультразвукового дослідження стану шийки матки через 9 годин ППП та після застосування препаратів.

Динамічний контроль активності матки і серцевої діяльності плода проводився із застосуванням зовнішньої кардіотокографії у такі ж часові проміжки.

Вагітні з ППП були розподілені на дві клінічні групи, в залежності від ступеня зрілості шийки матки і характеру скорочувальної діяльності матки.

В першу групу віднесені 27 вагітних з "незрілою" шийкою матки в поєднанні з неритмічними, тривалими, низько амплітудними матковими скороченнями на фоні підвищеного базального маткового тону. В другу групу увійшли 32 жінки з "недостатньо зрілою" шийкою матки та ритмічними, малотривалими, але високо амплітудними матковими скороченнями з досить низькою частотою.

Всім вагітним були проведені загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи, що включали застосування традиційних препаратів: спаз-

молітиків, вітамінно-мінеральних комплексів, дезагрегантів.

15 жінкам з першої групи і 15 жінкам з другої групи було проведено лікування ППП з використанням гініпалу за методикою тривалого токолізу (50 мкг гініпалу в 500 мл фізрозчину в\в крапельно з частотою 15 крапель на хвилину 1 раз на добу з послідуочим прийомом таблеток гініпалу до 8 таблеток по 5 мг на добу протягом 2 діб). 12 вагітних першої групи і 17 другої групи з метою лікування ППП отримували інстенон (по 2 мл в 200 мл фізрозчину в\в крапельно, починаючи з 8-12 крапель на хвилину, 2 рази на добу під контролем артеріального тиску протягом 2 діб). Ефективність лікувальних заходів оцінювалась за динамікою "дозрівання" шийки матки і нормалізації показників скорочувальної функції матки.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Суттєвих розбіжностей серед обстежених вагітних за віком, наявністю генітальної та екстрагенітальної патології та перебігом вагітності не було. Середній вік складав $27,2 \pm 0,8$ р.

Обтяжливий акушерсько-гінекологічний анамнез був у 22 (37,2%) жінок. З анамнестичних даних виявлено, що спостерігаються порушення оваріально-менструальної функції 9 (15,2%), генітальні інфекції 10 (16,9%), непліддя 6 (10,1%), невиношування вагітності 3 (5,1%). Штучне перевернення передуючої вагітності було проведено у 23 (39%) жінок.

У вагітних з ППП виявлено достатньо високий відсоток екстрагенітальної патології – у 27 (45,7%). ППП розвивається у жінок на фоні вегето-судинної дистонії, захворювань щитоподібної залози, ожиріння, хронічного пієлонефриту.

Аналіз перебігу вагітності свідчив, що у цих жінок вагітність ускладнювалась загрозою переривання вагітності у різні терміни 12 (20,3%), гестозами 10 (16,9%), багатоводдям 3 (5,1%), плацентарною дисфункцією 6 (10,1%), переносування вагітності 3 (5,1%), анемією вагітних 5 (8,4%).

При застосуванні гініпалу у жінок першої групи зареєстровано зменшення частоти та амплітуди маткових скорочень, зниження рівня базального тону, через 30-45 хвилин – повне припинення скорочень. Вагітних не турбували больові відчуття, тривалість сну склала $4,6 \pm 0,8$ год. Оцінка шийки матки за шкалою Бішопа до і після проведення лікування залишалася однаковою – $4,1 \pm 0,3$ бали, $4,3 \pm 0,3$ бали відповідно, при проведенні ультразвукової біометрії шийка матки зберігала гіперехогенну структуру, довжина цервікального каналу була $33,76 \pm 1,22$ мм, $32,04 \pm 1,07$ мм відповідно, передньо-задні О зовнішнього та внутрішнього вічок залишалися практично незмінними ($28,12 \pm 0,93$ мм та $26,34 \pm 0,87$ мм; $34,54 \pm 1,21$ мм та $33,12 \pm 0,97$ мм відповідно). Застосування тривалого токолізу дозволило зупинити основні клінічні прояви ППП в даній групі вагітних.

У жінок другої групи після лікування гініпралом відмічено зниження амплітуди, тривалості та частоти маткових скорочень, базального маткового тону, але повного припинення скорочень матки не було зареєстровано. Інтенсивність больових відчуттів була нижче, ніж до початку лікування, що надало можливості для відпочинку протягом $3,3 \pm 0,6$ год. Оцінка шийки матки за шкалою Бішопа до і після лікування залишалася в межах $5,7 \pm 0,7$ - $6,6 \pm 0,9$ бали ("недостатньо зріла"), при проведенні ультразвукової біометрії шийка матки зберігала гіперехогенну структуру, довжина цервікального каналу змінилась в бік вкорочення від $34,51 \pm 1,18$ мм до $29,11 \pm 1,03$ мм, передньо-задні О зовнішнього та внутрішнього вічок залишалися практично незмінними ($25,32 \pm 0,97$ мм та $23,56 \pm 0,89$ мм; $31,77 \pm 1,18$ мм та $30,12 \pm 0,96$ мм відповідно). Таким чином лікувальний ефект гініпралу в даній групі вагітних полягає в незначній динаміці процесу "дозрівання" шийки матки та зменшенні активності маткової діяльності.

При використанні у вагітних першої групи інстенону зареєстрована незмінена частота та амплітуда маткових скорочень, зниження рівня базального тону матки. Больові відчуття прийняли постійний монотонний характер, що не надавало можливості для повноцінного сну. Шийка матки за шкалою Бішопа до і після проведення лікування залишалася "незрілою", але при проведенні ультразвукової біометрії шийка матки в 4 випадках (33,3%) змінила ехоцифрність в бік поліехогенності, довжина цервікального каналу залишалася в межах 29-33 мм, передньо-задні О зовнішнього та внутрішнього вічок незначно збільшилися (з $27,87 \pm 0,91$ мм до $33,31 \pm 0,86$ мм; з $32,18 \pm 0,95$ мм до $37,56 \pm 0,98$ мм відповідно). Дані зміни шийки матки трактовані як початок процесу "дозрівання", але показники скоротливої діяльності матки не свідчать про її нормалізацію.

У жінок другої групи після лікування інстенонем зареєстровані ритмічні та достатньо часті скорочення матки, нормалізація амплітуди і тривалості маткових скорочень, базального маткового тону, що вказувало на формування фізіологічної скорочувальної функції матки. Інтенсивність больових відчуттів була помірною, залишалася однаковою до і після лікування. Оцінка шийки матки за шкалою Бішопа до і після лікування збільшилась на $2,8 \pm 0,7$ бала (з $5,6 \pm 0,8$ до $8,4 \pm 0,9$ бала), при проведенні ультразвукової біометрії

шийка матки змінила гіперехогенну структуру в бік полі- та гіпоехогенності, що може свідчити про початок функціонування додаткових судин в шийці матки.; довжина цервікального каналу зменшилась від $31,84 \pm 1,16$ мм до $20,09 \pm 1,04$ мм; передньо-задні О зовнішнього та внутрішнього вічок збільшилися (з $24,78 \pm 0,93$ мм до $36,18 \pm 0,87$ мм; з $33,12 \pm 1,14$ мм до $40,51 \pm 1,18$ мм відповідно). Таким чином в даній групі жінок відмічена позитивна динаміка в процесі "дозрівання" шийки матки і нормалізації скорочувальної діяльності матки.

Аналізуючи результати пологів визначено, що у жінок першої групи, де в лікуванні ППП застосовували гініпрал, та у жінок другої групи, в лікуванні яких користувалися інстенонем в порівнянні з жінками інших двох груп, була більше низька частота таких ускладнень, як передчасний розрив плідного міхура, первинна та вторинна слабкість пологової діяльності, дискоординована пологова діяльність, гострий дистрес плода. В інших групах відмічено збільшення частоти пологопосилень та пологозбуджень, неефективного лікування аномалій пологової діяльності, та в наслідок цього більш високий відсоток оперативних втручань.

ВИСНОВОК. Таким чином, як показують дані проведених досліджень, в лікуванні ППП у жінок з "незрілою" шийкою матки в поєднанні з неритмічними, тривалими, низько амплітудними матковими скороченнями на фоні підвищеного базального маткового тону, доцільно застосовувати тривалий токоліз гініпралом. В даній групі вагітних це дозволило зупинити основні клінічні прояви ППП.

В корекції порушень при ППП у жінок з "недостатньо зрілою" шийкою матки та ритмічними, нетривалими, але високо амплітудними матковими скороченнями з досить низькою частотою, достатньо ефективно використання інстенону, що призводить до покращення процесів "дозрівання" шийки матки за рахунок початку функціонування додаткових судин в тканинах шийки матки.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Більш ретельне вивчення аномалій пологової діяльності у жінок з патологічним прелімінарним періодом та диференційований підхід до лікування ППП, в залежності від особливостей стану шийки матки та характеру скорочувальної функції матки, дозволяє знизити частоту ускладнень в пологах, що виникають, в першу чергу, внаслідок аномалій пологової діяльності.

Література

1. Абрамченко В.В. Патологический прелиминарный период. – Ст-Пб.: Элби, 2006. – 287 с.
2. Баскаков П.Н., Регушевский С.Е. Профилактика перинатальной патологии у женщин с патологическим прелиминарным периодом на фоне фетоплацентарной

недостаточности // Репродуктивное здоровье женщины. – 2003. – №4 (16). – С. 17-19.

3. Романенко Т.Г., Вдовиченко В.П. Современные аспекты ведения патологического прелиминарного периода // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. –

№1 (21). – С. 37-38.

4. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности, Москва: МИА, 2006.-235 с.

5. Воскресенский С.Л. Биомеханизм родов: дискретно-волновая теория. – Минск: ВКООО "ПолиБиГ", 1996. – 185 с.

6. Жук С.І., Чечуга С.Б., Сальников С.Н., Соловей В. Сучасні аспекти до пологової підготовки шийки матки // Здоровье женщины. – 2006. – № 2. – С. 37-39.

7. Савицкий А.Г. О возможности уточнения степени готовности шейки матки к родам с помощью комплек-

сной сонографической биометрии. // Ж. акуш. жен. болезн. – 2005. – Т. LIV, Вып. 4. – С. 58-64.

8. Савицкий Г.А. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки. – Санкт-Петербург: Элби, 2003. – 287с.

9. Савченко С.Е. Подходы к терапии беременных с патологическим прелиминарным периодом // Здоровье женщины. – 2005. – № 1 (21). – С.30-33.

10. Подтетенев А.Д., Братчикова Т.В., Ткаченко О.Ю., Водяник Н.Д. Дифференцированный подход к терапии патологического прелиминарного периода // Российский медицинский журнал. – 2005. – № 4. – С.22-24.

УДК 616.8-009.24-036.3:616-018.74-008.6

О.П. Гнатко, Ю.Л. Марущенко

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІА У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ. Проведена оцінка функціонального стану ендотеліа за результатами ендотелій залежної вазодилатації плечової артерії у 38 вагітних з преєклампсією в третьому триместрі гестації. Контрольні дослідження проведені у 10 здорових вагітних з фізіологічним перебігом вагітності. Доведено, що у вагітних з преєклампсією має місце ендотеліальна дисфункція, характер якої залежить від ступеня важкості преєклампсії.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ. Проведена оценка функционального состояния эндотелиа за результатами эндотелий зависимой вазодилатации плечевой артерии у 38 беременных с преєклампсией в третьем триместре гестации. Контрольные исследования проведены у 10 здоровых беременных с физиологическим протеканием беременности. Доведено, что у беременных с преєклампсией имеет место эндотелиальная дисфункция, характер которой зависит от степени тяжести преєклампсии.

ENDOTELIA FUNCTIONAL STATE OF PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSY. The endotelia functional state was assessed as a result of endotelia dependent vasodilatation of brachial artery of 38 pregnant women with preeclampsy in the third trimester of gestation. The test analysis was held on 10 healthy pregnant women with physiological flow of pregnancy. It has been proved that the pregnant with preeclampsy have endothelial disfunction dependent on weight degree of preeclampsy.

Ключові слова: преєклампсія, ендотеліальна дисфункція, ендотелійзалежна вазодилатація.

Ключевые слова: преєклампсия, эндотелиальная дисфункция, эндотелийзависимая вазодилатация.

Key words: preeclampsy, endothelial disfunction, endotelia dependent vasodilatation.

ВСТУП. Однією з актуальних проблем сучасного акушерства залишається преєклампсія, яка в значній мірі обумовлює негативні наслідки вагітності та пологів для матері і плода [1,2].

Основну роль в патогенезі преєклампсії відіграє гостре пошкодження периферичної судинної системи. Основне місце в цьому процесі належить функціональному стану ендотелію судин, котрий є одним з головних факторів регуляції судинного тону, імунних реакцій організму, стану мікроциркуляції та всіх її складових [3,4]. Ендотелію притаманна властивість реагувати на різні гуморальні зміни навколишнього середовища продукцією судиннорозширюючих (ендотеліальний

релаксуючий фактор, простагландин, ендотеліальний гіперполяризуєчий фактор) та судиннозвужуючих (ендотелін, тромбоксан А2, простагландин Н2, ангіотензин II) факторів, баланс яких визначає тонус гладеньком'язевих клітин і є досить важливим в регулюванні артеріального тиску. Ендотелій контролює артеріальний тиск і зворотній тиск, що створюється м'язевим шаром судин [5,6].

На сьогоднішній день існує декілька методик оцінки регулюючої тонус функції ендотелію периферичних артерій, які використовуються при серцево-судинній патології, але використання цих інвазивних методик не завжди підходить для повторних досліджень, а також для раннього вияв-