

УДК 618.5-085.2/3:618.3-008.6:612.08 (575.2) (04)

**ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДОСРОЧНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ
ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ
ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОСТАГЛАНДИНОВ**

И.И. Мяслицин – аспирант

Н.Р. Керимова – докт. мед. наук, проф.

The effect of prostaglandins was studied for early delivery cases. Fifty preeclampsia patients with pregnancy 22 to 40 weeks were examined. The results are exposed in this paper.

Гипертензивные нарушения беременности (ГНБ) по-прежнему являются актуальной проблемой современного акушерства и занимают одно из ведущих мест в структуре материнской и перинатальной смертности. Частота ГНБ колеблется от 1,7 до 17% случаев, и не снижается, несмотря на существенные достижения в изучении этиологии, патогенеза, разработку новых методов профилактики и лечения этого осложнения беременности и активную тактику досрочного родоразрешения при тяжелых формах беременности [1–3].

Важным фактором при такой форме беременности является определение показаний к экстренному родоразрешению и срока беременности, при котором неблагоприятные перинатальные исходы будут минимальными. Остается спорным вопрос о методах досрочного родоразрешения при ГНБ, которые включают операцию кесарева сечения и индуцированные роды. Однако при длительном, латентном течении беременности с постепенным нарастанием тяжести заболевания операция кесарева сечения является менее удачным методом родоразрешения, если учесть следующие моменты: кесарево сечение – травматическое воздействие, даже при безупречной технике выполнения. Кровопотеря при операции значительно больше, нежели при родах через естественные родовые пути, что имеет суще-

ственное значение, поскольку сопровождается исходной гиповолемией.

На современном этапе родоразрешение через естественные родовые пути при тяжелой преэклампсии становится альтернативой оперативному родоразрешению. Индукцию родов в зависимости от степени зрелости шейки матки осуществляют несколькими методами. При достаточной зрелости шейки матки используют пальцевую отслойку нижнего полюса плодного пузыря и амниотомию с последующей инфузией утеротонических препаратов. При незрелой шейке матки с целью ее дозревания используют гидрофильные расширители (ламинарии, дилапан) и простагландины (ПГ). Наиболее широкое распространение для подготовки шейки матки и индукции родов получили ПГF_{2α} (динопрост), ПГE₂ (динопростон), ПГE₁ (мизопростол). Известны следующие способы применения простагландинов: внутривенной капельной инфузии, интрацервикальный и вагинальный. Однако каждый из этих способов отличается активностью, воздействием на миометрий и шейку матки, наличием побочных эффектов. Большой интерес в последнее время представляет синтетический аналог ПГE₁ – мизопростол. Во всем мире проводятся исследования сравнительной эффективности мизопростола с другими простагландинами, применяемыми для индукции ро-

дов [1–8]. В данное время очень мало работ, посвященных сравнительной эффективности простагландинов для досрочного родоразрешения у женщин с тяжелой преэклампсией [9].

Таким образом, выбор оптимального метода досрочного родоразрешения у женщин с тяжелой преэклампсией остается до сих пор актуальным.

Цель исследования – оптимизировать методы досрочного родоразрешения у женщин с тяжелой преэклампсией применением простагландинов.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное динамическое обследование 50 женщин с тяжелой преэклампсией в сроки беременности от 22 до 40 недель. Всем беременным проведено традиционное общеклиническое обследование, включающее развернутый анализ крови, общий анализ мочи, биохимические анализы показателей функции печени и азотовыделительной функции почек, состояние свертывающей системы крови, ультразвуковая фетометрия, изучение центральной гемодинамики у матери, доплерометрическое исследование маточно-плацентарного, плодового кровотока, а также кардиотокография. Тяжелая преэклампсия диагностирована на основании критериев МКБ X. По структуре экстрагенитальной патологии обследуемые достоверно не отличались друг от друга.

В зависимости от метода стимуляции созревания шейки матки все беременные были разделены на две группы – I из 35 беременных с тяжелой преэклампсией, у которых подготовку шейки матки и индукцию родов проводили путем интравагинального введения мизопростола. Препарат вводили в дозе 50 мкг в задний свод влагалища однократно или каждые 4–6 ч. максимум до 3 доз. Если требовалось введение окситоцина, то рекомендуемый минимальный интервал составлял 4–6 ч. после применения последней дозы мизопростола.

Средний возраст беременных I группы составил $27,3 \pm 7,2$ года. Срок беременности к моменту родов составлял от 22 до 40 недель (в среднем 32 нед.). Первородящих было 25 (71,4%), повторнородящих – 10 (28,6%). У 29 (82,8%) женщин тяжелая преэклампсия сочеталась с экстрагенитальной патологией. Наличие кольпита наблюдалось у 24,1% женщин,

3 (8,5%) женщины поступили в стационар с антенатальной гибелью плода и 1 (2,8%) с пупочным заносом.

Во II группе были 15 женщин с тяжелой преэклампсией, у которых подготовку шейки матки и индукцию родов проводили с помощью внутривенного капельного введения энзапроста. С этой целью 5 мг (1 мл) энзапроста разводили в 500 мл физиологического раствора хлорида натрия. Средний возраст II группы составил $32,0 \pm 6,3$ года. Срок беременности к моменту родов был от 22 до 40 недель (в среднем 36 нед.). Первородящих было 5 (33,3%), повторнородящих – 10 (66,7%). Тяжелая преэклампсия в сочетании с экстрагенитальной патологией была у 11 (73%) женщин. Антенатальная гибель плода к моменту поступления в стационар была у одной (6,6%) женщины.

Результаты и обсуждение. В I группе роды через естественные родовые пути произошли у 33 (94%) женщин. При использовании мизопростола регулярные схватки у всех женщин развились менее чем через 2 часа после введения препарата. Кесарево сечение произведено у 2 (5,7%) женщин. Показаниями к операции были начавшаяся отслойка нормально расположенной плаценты у одной роженицы и дискоординация родовой деятельности у второй роженицы. Средняя кровопотеря при родах через естественные родовые пути составила $200,0 \pm 50,0$ мл. Родилось 31 живых новорожденных, оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни в среднем составила $6,1 \pm 0,3$ балла, на 5-й – $6,9 \pm 0,2$. Средняя продолжительность периода от момента введения мизопростола до конца родов составила 8 ч. 40 мин.

Во II группе роды через естественные родовые пути произошли у 12 (80%) женщин. Кесарево сечение проведено у 3 (20%) женщин. Показаниями к оперативному родоразрешению у двух женщин были начавшаяся отслойка нормально расположенной плаценты, и у одной (6,6%) женщины безуспешная индукция родов. Средняя кровопотеря при родах через естественные родовые пути составила $365,0 \pm 50,0$ мл. У трех женщин кровопотеря в родах превысила физиологическую и составила 500,0–550,0 мл (на фоне исходной гиповолемии), что потребовало переливания свежезамороженной плазмы для профилактики коа-

гулопатического кровотечения и восполнения ОЦК. По данным литературы, энзапрост вызывает изменения в свертывающей системе в сторону гиперкоагуляции [10]. На фоне тяжелой преэклампсии, когда имеется хронический ДВС-синдром, любые изменения в свертывающей системе могут привести к срыву компенсаторно-приспособительных механизмов и вызвать коагулопатическое кровотечение или к развитию тромбоемболических осложнений. Вероятно, воздействие энзапроста на свертывающую систему крови повлияло на объем кровопотери в родах. Родилось 14 новорожденных, оценка по шкале Апгар: новорожденные на 1-й минуте жизни в среднем составила $7,0 \pm 0,2$ балла, на 5-й – $7,6 \pm 0,2$ балла. Более высокая оценка по шкале Апгар у новорожденных этой группы, возможно, объясняется тем, что средний срок беременности к моменту родов у этих женщин был выше чем в I группе. Средняя продолжительность периода от начала введения энзапроста до родов составляет 11 ч.

У женщин с наличием инфекции мочеполовых органов начальная доза мизопростола должна составлять 25 мкг во избежание гиперстимуляции сокращений матки ввиду того, что микробные фосфолипазы стимулируют синтез простагландинов из тканевых фосфолипидов в организме женщины.

В процессе родов во избежание ухудшения течения преэклампсии и вероятности тяжелых осложнений продолжали интенсивную гипотензивную терапию, проводили контрольное наблюдение за состоянием матери и плода и адекватное обезболивание родов.

В результате комплексного исследования, а также анализа исходов беременностей и родов установлено, что подготовка шейки матки и индукция родов мизопростолом у женщин с тяжелой преэклампсией более приемлема по сравнению с энзапростом. Мизопростол не только является экономически выгодным и прост в применении, а также вызывает меньше побочных явлений и осложнений. Применение энзапростола увеличивает вероятность гипер-

стимуляции матки, которая приводит к отслойке нормально расположенной плаценты и большей кровопотере при родах.

При необходимости досрочного родоразрешения женщины с тяжелой преэклампсией методом выбора является применение простагландинов. Для подготовки шейки матки и индукции родов предпочтительнее вагинальное введение мизопростола. При наличии инфекции мочеполовых органов разовая доза мизопростола должна быть меньше и составлять 25 мкг. Для профилактики осложнений преэклампсии следует продолжать интенсивную гипотензивную терапию, проводить контрольное наблюдение за состоянием матери и плода, адекватное обезболивание родов.

Литература

1. Савельева Г.М. Современные принципы диагностики, лечения и профилактики ОПГ-гестозов // Проблемы ОПГ-гестозов: Тез. докл. Всерос. науч. практ. конф. – Чебоксары, 1996. – С. 80.
2. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. – М., 1997.
3. Стрижаков А.Н., Мусаев З.М. // Акушерство и гинекология. – 1998. – №5. – С. 13–18.
4. Lemancewicz A., Urban R., Skothicki M.Z. et al. // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 1999. – 67/3. – P. 139–145.
5. Ramsey P.S., Hogg B.B., Savage K.G. et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2000. – 183/5. – P. 1100–1102.
6. Ramsey P.S., Ogburn P.L., Harris D.Y. et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2000. – 182/6. – P. 1616–1619.
7. Wong K.S., Ngai C.S., Yeo E.L. et al. // Hum. Reprod. – 2000. – 15/3. – P. 709–712.
8. Абрамченко В.В., Голубева О.В. // V Всероссийская научно-практическая конф. «Актуальные вопросы диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении». – СПб., 2001. – С. 13.
9. Храмова Л.С., Мусаев З.М., Ляценок Е.А. // Акушерство и гинекология. – 1995. – №6. – С. 6–9.
10. Akhan S.E., Yidirim A., Lyibozkut A.C., Turfanda A. // Clin. Exp. Obstet. Gynaecol. – 2000. – 27/3–4. – P. 207–211.