

## АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ

УДК 618.3+618.39

## ПРОГРАМОВАНІ ПОЛОГИ У ЖІНОК З ПЕРЕДЧАСНИМ РОЗРИВОМ АМНІОНУ ТА НЕДОНОШЕНОЮ ВАГІТНІСТЮ

Дрінь Т.М.

Івано-Франківська державна медична академія, м. Івано-Франківськ

**Ключові слова:** передчасний розрив амніональних оболонок, недоношена вагітність

**Вступ.** Розродження жінок з передчасним розривом амніональних оболонок (ПРАО) та недоношеною вагітністю залишається складною акушерською проблемою. Успішному проведенню програмованих пологів у таких жінок можуть перешкоджати “незрілість” шийки матки і низька контрактильна здатність міометрію. При застосуванні препаратів, які у даний час призначаються вагітним для їх допологової підготовки, спостерігається підвищена частота ускладнень пологового акту (гіпоксія плода, передчасне відокремлення нормально розміщеної плаценти, слабкість або дискоординація пологової діяльності), а застосування окситоцину для індукції пологів останнім часом все більше піддається критиці [1].

В зв'язку з цим метою дослідження було провести порівняльну оцінку перебігу програмованих передчасних пологів у вагітних з ПРАО, індукованих окситоцином і запропонованим нами комплексним методом з застосуванням пірацетаму і простагландину  $E_2$  (ПГЕ<sub>2</sub>) [2].

**Матеріали і методи.** Розроджено 76 жінок з недоношеною вагітністю і ПРАО. Основну групу склали 42 жінки, яким з метою індукції пологів доведено вводили 10 мл розчину пірацетаму у 200 мл 5%-вого розчину глюкози після чого їм перорально призначали 0,5 мг протину Е2. Контрольну групу склали 34 вагітних, у яких індукцію пологів проводили доведеним введенням розчину окситоцину.

Показники кардіотокограм (КТГ) реєструвались на моніторі “Biomedica” (Італія), їх оцінювали за шкалою Fischer (1976), ступені “зрілості” шийки матки оцінювали за шкалою Bishop (1964).

**Результати дослідження і їх обговорення.** При аналізі інтранатальних КТГ помічено, що індукція пологів окситоцином супроводжувалась виникненням брадикардії в 25% (8) випадків, в 21,87% (7) записів КТГ спостерігалась помірна стійка тахікардія у плода. Середня частота серцевих скорочень (БЧСС) плода при родостимуляції окситоцином складала  $134,61 \pm 2,61$  уд/хв і була нижчою від БЧСС плодів при родостимуляції пірацетамом і ПГЕ<sub>2</sub> – відповідно  $151,73 \pm 4,29$  уд/хв ( $p < 0,01$ ) і у тих же вагітних до початку індукції пологів –  $146,53 \pm 3,52$  уд/хв ( $p > 0,05$ ).

Особливої уваги заслуговує аналіз показників варіабельності БЧСС, яка залежить від ступеня зрілості вегетативної нервової системи плода і тому

знижена у недоношених дітей. При індукції пологів окситоцином зафіксовано виникнення монотонного ритму в 8 (25%) випадках запису КТГ, у 2 (6,25%) випадках незабаром після початку індукції пологів окситоцином виникла базальна тахікардія серцевих скорочень плода з підвищеною амплітудою миттєвих осциляцій, яка не зникла після припинення введення окситоцину та інтенсивної реабілітації плода. У одному з випадків на тлі триваючої базальної тахікардії було зафіксовано інтранатальну смерть плода. Стабільний синусоїдальний ритм при індукції пологів окситоцином зареєстровано в 3 (9,37%) випадках. При індукції пологів комплексним методом вже через 15-20 хвилин від початку введення пірацетаму спостерігалось покращання параметрів серцебиття плода, достовірно навіть з деякими показниками КТГ в антенатальному періоді, що проявлялось насамперед, зростанням його середньої частоти і варіабельності. Монотонний тип КТГ після введення пірацетаму спостерігався лише у 3 (7,14%) роділь, базальна тахікардія з підвищеною амплітудою миттєвих осциляцій – у 2 (4,76%) роділь, проте інтранатальної смертності новонароджених у таких жінок не було.

Частота осциляцій при індукції пологів комплексним методом була достовірно вищою ніж при родостимуляції тільки окситоцином – відповідно  $5,23 \pm 0,52$  проти  $3,01 \pm 0,51$  за 30 хв. ( $p < 0,02$ ). Аналізуючи характер акцелерацій у жінок, відмічено, що в антенатальному періоді реєструються, як правило, спонтанні та варіабельні акцелерації, які відрізняються одна від одної тривалістю, амплітудою і формою кривої й виникають у відповідь на рухи плода або скорочення матки. Такий тип акцелерацій зустрічався на КТГ майже у всіх (92,5%) обстежених жінок на першу добу після розриву амніону, проте зі зростанням тривалості безводного проміжку частота КТГ з такими типами акцелерацій зменшується, а в пологах зустрічаються в основному уніформні акцелерації, які виникають синхронно з переймами і свідчать про помірну гіпоксію плода. Найявність на КТГ комплексів акцелерація-децелерація, які вказують на періодичну часткову компресію пуповини, зустрічались при обох способах індукції пологів з однаковою частотою – відповідно у 18 (42,85%) жінок з індукованими ПГЕ<sub>2</sub> пологами і у 15 (46,87%) жінок, у яких індукція пологів проводилась окситоцином. Число децелерацій при

індукції пологів пірацетамом і ПГЕ<sub>2</sub> було достовірно меншим, ніж при індукції окситоцином – відповідно 2,71±0,31 і 3,93±0,48 за 30 хв. ( $p < 0,02$ ). Варіабельні децелерації типу dip III легкого ступеня та пізні децелерації типу dip II виникали у 5 (11,90%) жінок при індукції пологів ПГЕ<sub>2</sub> й у 7 (21,87%) жінок при індукції пологів окситоцином. В 5 (15,62%) випадках у жінок з індукованими окситоцином пологами ці патологічні типи децелерацій поєднувались з базальною брадикардією, що вказувало на значний ризик для плода і корелювало з дуже тяжким станом його після народження.

Загальна оцінка КТГ при індукції пологів комплексним методом дорівнювала 8,11±0,21 бала, при індукції пологів окситоцином оцінка КТГ була достовірно нижчою – відповідно 6,79±0,52 бала ( $p < 0,02$ ).

Скоротлива діяльність матки при розродженні жінок високого перинатального ризику має інколи вирішальне значення. Довготривалі пологи або повторні, безуспішні пологозбудження завжди чинять негативний вплив на стан плода, призводять до збільшення тривалості безводного проміжку і зростання частоти виникнення хоріоамніоніту. У 4 (12,50%) жінок перше родозбудження окситоцином було неефективним, у однієї жінки розродження відбулось після третього і у однієї – після четвертого родозбудження окситоцином. Неефективна індукція пологів призводила до пролонгування безводного проміжку всередньому до 131,75±30,38 год.

При вивченні можливостей застосування пірацетаму як антигіпоксантичного препарату при розродженні обстежених жінок з ПРАО і недоношеною вагітністю ми помітили його виражений вплив на скоротливу здатність міометрія. У 3 (8,82%) випадках введення окситоцину після застосування пірацетаму викликало у роділь виникнення гіпертонусу і тахісistolії матки, тому ми поєднання пірацетам-окситоцин не застосовували. В 5 (11,90%) випадках після введення лише пірацетаму у жінок з ПРАО розвинулась продуктивна родова діяльність, і утероміметики, зокрема ПГЕ<sub>2</sub>, їм уже не призначались. Усі жінки, у яких для індукції пологів застосовувались пірацетам і ПГЕ<sub>2</sub> були розроджені за першим разом.

Маткова активність у першому періоді пологів при комплексному пологозбудженні була нижчою, ніж у жінок при пологозбудженні окситоцином. Проте при аналізі параметрів скоротливої активності матки відмічено, що незважаючи на достовірно меншу частоту, перейми у жінок при їх родозбудженні пірацетамом і ПГЕ<sub>2</sub> були тривалішими – відповідно 92,18±2,41 проти 81,43±1,68 сек при родозбудженні окситоцином ( $p < 0,02$ ), і більш синхронізованішими, на що вказує достовірна різниця значення коефіцієнта асиметрії перейм. Середня тривалість інтервалів між переймами у жінок з індукованими пірацетамом і ПГЕ<sub>2</sub> пологами дорівнювала 69,61±3,80 сек, у жінок з індукованими пологами окситоцином – відповідно

54,52±2,92 сек ( $p < 0,02$ ).

Це має певне фізіологічне значення, тому що достатня тривалість інтервалів між переймами, розвиток нормальних маткових циклів сприяють більш активному відновленню скоротливої здатності міометрія і матково-плацентарного кровообігу.

Тривалість першого періоду пологів при їх індукції пірацетамом і ПГЕ<sub>2</sub> дорівнювала 3,51±0,45 год, при індукції окситоцином – відповідно 7,59±1,31 год ( $p < 0,002$ ). Швидкість відкриття шийки матки, з урахуванням її відкриття перед індукцією пологів і біпаріетального розміру головки недоношених новонароджених при комплексному методі індукції пологів дорівнювала 2,67±0,42 см/год, при індукції пологів окситоцином – 1,18±0,22 см/год ( $p < 0,02$ ). Така швидкість відкриття спостерігалась при майже однакових показниках зрілості шийки матки у жінок з різними способами пологозбудження – відповідно 5,36±0,88 і 5,57±0,52 бала ( $p > 0,05$ ).

При визначенні корелятивних зв'язків між тривалістю першого періоду пологів, показниками зрілості та швидкості відкриття шийки матки в жодному випадку не було виявлено достовірних значень індексу кореляції ( $p > 0,05$ ). Таким чином, більш оптимальні показники швидкості відкриття шийки матки та вкорочення першого періоду пологів при зменшеній матковій активності у жінок з індукцією пологів пірацетамом і ПГЕ<sub>2</sub> можна пояснити тільки утерокінетичними властивостями обраних нами препаратів, їх синергічної дії.

Для уніфікації дослідження впливу різних видів перебігу передчасних пологів на перинатальні наслідки у всіх досліджених нами жінок з ПРАО другий період проводився за єдиною схемою. Для цього усім жінкам проводилась "віялоподібна" інфільтрація промежини 0,25%-вим розчином новокаїну в об'ємі 15-20 мл, при цьому голку шприца направляли у напрямку від нижньої злуки промежини до правого сідничного бугра, до верхівки крижової кістки і до лівого сідничного бугра. Після такої "віялоподібної" інфільтрації промежини у всіх роділь у періоді зганяння з початком врізування головки плода проводилось механічне розширення вульварного кільця: при цьому вказівні пальці обидвох рук акушера (пологи приймались лікарем) вводились у піхву роділі і під час потуг промежина плавно відтягувалась в напрямку до сідничних бугрів і до себе. Така маніпуляція дозволяла уникнути контакту рук акушера і тканини промежини з головою недоношеного плода під час потуг і між ними. У всіх первородящих і повторнородящих жінок з ригідною або зміненою рубцями промежиною, а також при глибокій недоношеності плода виконувалась верхньо-латеральна епізіотомія глибиною на 3 см, що дозволяло збільшити окружність вульварного кільця всередньому на 6 см. Під час прорізування головки плода акушерська допомога обмежувалась тільки підтриманням головки на одному рівні з тулубом плода, без створення запасу тканин промежини. Пояснюється це

тим, що рухи головки при фіксованому плечовому поясі є небезпечними щодо пошкодження хребцевих артерій і розвитку порушення дихання у недоношених дітей.

**Висновки.** Плановане передчасне розродження жінок з ПРАО і недоношеною вагітністю загальноприйнятими консервативними методами, зокрема при індукції пологів окситоцином, призводить до погіршення стану плода і не завжди передбачуваного розвитку динаміки активності матки. Індукція окситоцином не у всіх випадках ефективна, що вимагає повторних спроб індукції пологів. При цьому подовжується тривалість безводного проміжку,

погіршується стан плода і функціональна здатність фето-плацентарного комплексу, розвиваються клінічні ознаки ХА. Застосування пірацетаму при індукції передчасних пологів у жінок з ПРАО покращує показники стану плода, що пояснюється антигіпоксантичними властивостями цього препарату. Характерною перевагою пірацетаму є його здатність посилювати чутливість міометрія до утероміметиків, зокрема до ПГЕ<sub>2</sub> і окситоцину. Індукція пологів пірацетамом і ПГЕ<sub>2</sub> у жінок з недоношеною вагітністю і передчасним розривом амніону є більш раціональною в інтересах плода порівняно з індукцією пологів окситоцином.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Грищенко В.И., Лазуренко В.В. Использование простагландинов E<sub>2</sub> в предродовой подготовке и родовозбуждении беременных с акушерской патологией // Матеріали конф.: Простагландини в сучасному акушерстві. – Київ, 1999. – С.23-24.
2. Степанківська Г.К., Дрін Т.М. Індукція пологів у жінок з передчасним розривом амніональних оболонок і недоношеною вагітністю // ПАГ. – 2000. – №6. – С.92-95.

## SUMMARY

### PROGRAMMATIC LABOR IN WOMEN WITH PREMATURE RUPTURE OF AMNIOTIC MEMBRANES AND PREMATURE PREGNANCY

**Drin T.M.**

76 women with premature pregnancy and premature amnion rupture were observed. The duration of anhydrous interval till their labor induction was 75,22±9,5 hours. In 42 women of the first group labours were induced through an intravenous injection of piracetam and per os prostin E<sub>2</sub> (dinoprost), in 34 women of the second group — intravenous oxytocin. Monitoring of the first group showed a better condition of the fetuses during the labor, the cardiogram estimation according to Fischer scale constitution 8,11±0,21 points, in the second group 6,79±0,52 points (p<0,01). The first group women gave birth after a single induction and their first period lasted 3,51±0,45 hours the second group 12% pregnant women underwent repeated inductions, the first labor period lasted 7,59±1,32 hours (p<0,02). Thus, labor induction using piracetam and prostin E<sub>2</sub> is more rational, what concerns the foetus.

**Key words:** premature rupture of the amniotic membranes, preterm labor.