

УДК 618.3:618.14-053.31

## ВЕДЕННЯ РОДІВ ПРИ ЗАТРИМЦІ РОЗВИТКУ ПЛОДА

**Янюта С.М.**

*Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, м.Київ*

Затримка розвитку плода (ЗРП) займає важливе місце в структурі перинатальної захворюваності і смертності. Частота ЗРП складає 5-16,5% випадків, а в структурі перинатальної смертності загибель плода і новонародженого із цим синдромом складає 20-25% [2,4,6].

Існуючі методи ведення родів у цих вагітних мають істотні недоліки і нерідко мають побічну дію на організм плода. Застосування окситоцина

найчастіше призводить, у зв'язку з вираженим утеротонічною дією, до погіршення стану плода на фоні вираженої плацентарної недостатності. Тому пошуки і розробка нових найбільш ефективних методів ведення родів і нових утеротонічних препаратів залишаються і нині актуальною проблемою.

Накопичено великий матеріал по внутрішньовенному застосуванню простагландинів

при веденні родів у вагітних із різноманітною акушерською патологією [3,5]. У останні роки з'явилися препарати фірми "Pharmacia&Upjohn" у вигляді гелів для підготовки шийки матки до родів (препидил-гель) і родозбудження (простин Е<sub>2</sub>).

Вагінальний гель простин Е<sub>2</sub> показаний для індукції родів у жінок із доношеною вагітністю і готовою шийкою матки до родів. Гель вводиться глибоко в заднє склепіння на відстані від устя цервикального каналу спеціальним стерильним шприцом. Після його введення пацієнтка повинна знаходитись у горизонтальному положенні. Використовували 1 мг препарату. Здійснювався ретельний моніторинг скорочувальної активності матки, стану плода і шийки матки в процесі родів.

Метою даної роботи було вивчення ефективності застосування простину Е<sub>2</sub> фірми "Pharmacia&Upjohn" для індукування родів у 33 практично здорових вагітних у віці від 17 до 37 років із ЗРП 1 ступеня (компенсована фето-плацентарна недостатність). У 15 жінок мала місце симетрична форма, а у 18 - асиметрична форма ЗРП. перші роди були у 23, повторні – у 10 жінок.

Скоротливу активність матки і серцеву діяльність плода реєстрували за допомогою кардіотокографа О.Т.Е. фірми "Biomedica" (Італія). При розвитку регулярної пологової діяльності, сгладжуванні і розкритті шийки матки на 3-4 см застосовували спазмолітики, анальгетики.

Показаннями для родозбудження були: пізній гестоз, імуноконфлікт по системі АВО і резус-фактору, переносування. Препарат ми не використовували при наявності в анамнезі алергічних реакцій, операції кесарева розтину, при анатомічно і функціонально вузькому тазі.

При проведенні родовикликання враховували готовність шийки матки до родів. "Зріла" шийка матки була у 27 (81,8%) вагітних, недостатньо "зріла" - у 6 (18,2%). Всім вагітним у залежності від ступеня зрілості шийки матки попередньо створювали естрогено-глюкозо-вітаміно-кальцієвий фон, проводили лікування фето-плацентарної недостатності. Роди відбулися у 29 (87,9%) жінок, у інших (4 пацієнтки) - для завершення родів проведено повторне родовикликання. Через природні пологові шляхи розроджено 30 (90,9%) вагітних і 3 роділлям проведена операція кесарського розтину в зв'язку з погіршенням стану плода. У процесі родів 5 (15,2%) жінкам знадобилося додаткове введення утеротонічних препаратів (окситоцин).

Тривалість родів при використанні вагінального геля простина Е<sub>2</sub> склала в середньому у жінок, що родили вперше, 6 годин 35 хвилин і 3 години 15 хвилин - у тих, що мали повторні роди. Тільки у 6 жінок з першими родами і з недостатньо "зрілою" шийкою матки тривалість родів перевищила 10 годин і ні в одній з них вона не перевищила 24 годин.

Скоротливу діяльність матки реєстрували методом зовнішньої гістерографії а аналіз результатів дослідження проводили по методу кількісної оцінки гістерограм [1].

За даними зовнішньої гістерографії (табл.), скоротлива діяльність матки під впливом вагінального геля простин Е<sub>2</sub> розвивалася поступово, наближаючись до фізіологічних родів, максимальна амплітуда перейм, їх тривалість і кількість наростали з перебігом родів, тоді як інтервали між переймами зменшувались.

Таблиця

Показники скоротливої діяльності матки в родах, викликаних введення препарату Простин Е<sub>2</sub>

Показники скоротливої діяльності матки	Відкриття шийки матки (см)			Другий період родів
	2 – 4	5 – 7	8 – 10	
Максимальна амплітуда Перейм (м)	(1,4+0,1)10 <sup>-2</sup>	(1,9+0,2)10 <sup>-2</sup>	(2,4+0,1)10 <sup>-2</sup>	(3,2+0,2)10 <sup>-2</sup>
Час фази скорочення (с)	21 9+0,8	24 5+0 9	33 4+0,8	40 1+1,1
Час фази розслаблення (с)	23 9+0,7	28 3+0 6	36,5+0,7	43 2+1,2
Інтервал між переймами (с)	134,5+2.9	117 5+3 1	109,3+4.4	105,5+3 5
Тривалість перейм (с)	45 8+2,1	52 8+1 8	69 9+1,7	83 3+2,9
Тривалість маточного циклу (с)	180,3+3 9	170 3+4 4	170,8+3 8	188,8+3,9
Індекс ритму (відн.од.)	2,9+0 1	2 2+0,2	1 6+0 1	1,3+0 2
Кількість перейм за 10 хвилин	3,3+0 3	3 6+0,4	3 6+0 4	3.2+0 3

Середня крововтрата в родах склала 274 мл, коливаючись від 100 до 700 мл. Крововтрата більш 400 мл відзначена в 3 жінок після кесарського розтину і у 2 - при наявності дефекту плацентарної тканини в Ш періоді родів.

Стан плода оцінювали за даними кардіотахограм, що реєстрували на всьому протязі родовикликання. Базальна частота серцевих скорочень (БЧСС) у процесі розвитку пологової діяльності була в межах 120-160 уд /хв. В

основному зустрічалися V, рідше W -подібні децелерації по типу dip I або V-W-подібні децелерації по типу dip II.

Зменшення частоти серцевих скорочень плода в основному відзначалося в другому періоді родів, що по ймовірно пов'язано з проходженням головки плода через вузьку частину малого тазу.

У 2 спостереженнях зменшення БЧСС до90-100 уд./хв було пов'язано з гіпертонусом матки. Після введення спазмолітичних препаратів (но-шпи,

бускопану), партусистену інтрапарталу серцебиття плода вдалося вирівняти до 130-150 уд./хв і нормалізувати характер пологової діяльності.

У задовільному стані з оцінкою по шкалі Апгар 8-10 балів народилося 84,8% дітей. В асфіксії легкого ступеня народилося 12,1% новонароджених і тільки 1 (3,1%) дитина одержала при народженні оцінку 5 балів у зв'язку з дворазовим тугим обвиттям пуповини навколо шиї.

У післяродовому періоді в 3,1% жінок мала

місце субінволюція матки і розходження швів на рані промежини після епізіотомії. У інших 93,8% жінок ускладнень не спостерігалось.

Таким чином, застосування вагінального гелю простин Е<sub>2</sub> фірми "Pharmacia&Upjohn" є ефективним засобом завершення родів у жінок із ЗРП I ступеня. Він негативно не впливає на організм матері плода і може широко використовуватися в акушерській практиці з урахуванням показань і протипоказань.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Зайцев Л.М., Дашкевич В.Є, Карпенко О.П. Кількісна оцінка гістерограм // ПАГ. – 1984 - № 4. – С.34–39.
2. Никитюк В.А. Сучасні аспекти затримки внутрішньоутробного розвитку плода //ПАГ. – 1997. - № 5. - С.69–72.
3. Сидоров И.С., Макаров И.О. Применение препидил геля путем эндоцервикального введения для подготовки шейки матки к родам у беременных группы высокого риска по перинатальной патологии //Акушерство и гинекология. – 1994 - № 5. – С.50-53.
4. Стрижаков А.Н., Михайленко Е.Т., Бунин А.Т., Медведев М.В. Задержка развития плода. – Київ: Здоров'я, 1988. – 184 с.
5. Чернуха Е.А., Алиева Э.М. Локальное применение простагландинов для подготовки шейки матки к родам и индуцированию родов у первобеременных // Акушерство и гинекология. – 1996. - № 3. – С.7-11.
6. Lin C.C., Evans M.I. Intrauterine Growth Retardation: pathophysiology and clinical management. – New York: McGraw. Hill Book Company, 1984.- 385 p.

## SUMMARY

### DELIVERY MANAGEMENT IN CASE OF FETAL GROWTH RETARDATION

**S.M.Yanyuta**

In this article the efficacy of Prostin E<sub>2</sub> is studied her induction of labour in 33 healthy women with Fetal growth retardation of I step. Due to date of hysteroграмs under the influence of Prostin E<sub>2</sub> the labor activity developed step-by-step closely to normal delivery. The preparation didn't influence negatively to organs of mother and child.

**Key words:** pregnancy, delivery, fetal growth retardation, prostaglandins.