

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ СПОНТАННОЇ АКТИВНОСТІ І ТОНУСУ МАТКИ ШЛЯХОМ ЕЛЕКТРОРЕЛАКСАЦІЇ У ЖІНОК ПРИ ДИСКООРДИНОВАНІЙ ПОЛОГОВІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Маляр В.А., Маляр В.В.

Якщо схематично розглядати плід як об'єкт трофіки, а системою життєзабезпечення його - фетоплацентарну систему, яка в більшій мірі залежить від кровообігу в міжворсинкових просторах, який тією чи іншою мірою обумовлений скоротливою активністю і тонусом матки, цілком стає зрозуміла роль спонтанної активності і тонусу матки в системі життєзабезпечення плоду. Тому в зниженні перинатальної захворюваності і смертності важливе значення має корекція спонтанної активності і тонусу матки у жінок з аномаліями пологової діяльності [1, 2, 3, 5].

Метою нашого дослідження було вивчення стану плода і новонародженого у жінок з дискоординованою пологовою діяльністю та розробка методів корекції порушень спонтанної активності і тонусу матки.

Клініко-біофізичне дослідження проведено у 218 практично здорових роділь, які були розподілені на дві групи. Із них у 98 (1 група) - на основі тільки клінічних спостережень, діагноз дискоординованої пологової діяльності був виставлений несвоєчасно, у зв'язку з чим проводилась не зовсім патогенетично обгрунтована терапія або з запізненням, що нерідко призводило до погіршення утробного стану плода. Другу підгрупу склали 152 роділля, у яких проводилась електрорелаксація матки на апараті серійного виробництва "Утеростім-1" в режимі релаксації. Контрольну групу склали 50 жінок з нормальним перебігом родів.

Вивчення клініко-фізіологічної характеристики скоротливої активності матки проводилось з використанням механогістерографа на тензометричних датчиках (ДУ-3) та фетальному моніторі ВМТ-9141 (НДР), тонус матки вимірювався тонусометром конструкції ВНДІ ПАГ [4].

Досліджуваній контингент жінок за віковим складом в основному представлений найбільшим числом роділь у віці від 20 до 30 років, приблизно однаково у всіх трьох групах. Так, в першій підгрупі даний вік становив 77.4%, в другій – 78.1%, в контрольній – 80.2%.

Спадкова схильність до патології пологового акту нами виявлена у 89 (35.8%) роділь. При цьому серед родичок 1-ступеня родинності у жінок в основній підгрупі, затяжні пологи на фоні аномалій пологової діяльності відмічені в 2.5 рази частіше, ніж при нормальному перебігу пологів. Частіше у даній підгрупі жінок в анамнезі зустрічались перенесені в дитинстві інфекційні захворювання, запальні захворювання жіночих статевих органів і відповідно становили 30.6%, 11.3%. При нормальних пологах, відповідно 14.0%, 1.8%. В той же час при дискоординованій пологовій діяльності на фоні втомі дані показники становили 22.6%, 4.8%.

Порушення оваріально-менструального циклу у жінок з дискоординованою пологовою діяльністю відмічено у 18%, при нормальних пологах у 0.7%. Крім цього, у групі жінок з дискоординованою пологовою діяльністю в пологах достовірно частіше зустрічався виражений прелімінарний період, пліткий плідний міхур, ригідність шийки матки (відповідно $6.0 \pm 1.9\%$; $23.3 \pm 3.5\%$; $24.6 \pm 3.5\%$ проти $1.4 \pm 0.9\%$; $8.2 \pm 2.3\%$; $13.0 \pm 2.8\%$; $P1 < 0.05$; $P1 < 0.001$; $P3 < 0.05$).

Серед жінок з дискоординованою пологовою діяльністю в 2 рази частіше зустрічалась загроза передчасних пологів в порівнянні з нормальними пологами. Поводи в даній групі жінок характеризувались затяжним перебігом.

Одним із частих ускладнень в пологах було несвоєчасне відходження навколоплідних вод, яке в 1.5 рази частіше зустрічалось у жінок основної підгрупи в порівнянні з контрольною.

Крім цього, в даній підгрупі жінок при проведенні УЗД-дослідження плаценти знайдено зміни, які вказують на її неповноцінність (кальценоз, ехонегативні включення та інше).

За даними нашого дослідження із 152 жінок самостійно народили 138 (90.5%), кесарський розтин було проведено у 6 (9.2%). Тривалість пологів у першій групі була 26 год. 26 хв. \pm 6 год. 20 хв., в другій 17 год. 51 хв. \pm 2 год. 18 хв.

Ручне обстеження стінок матки проведено у 8 (5.3%) породіль. Крововтрата в межах 0.5% до маси тіла роділля (до 400 мл) була у 124 (81.4%), більше 400 мл у 28 (18.4%) жінок.

Вивчення кількісної і якісної характеристики скоротливої діяльності матки наведено в таблиці 1.

Із даних табл. 1 видно, що при нормальному перебігу пологів в динаміці кількість дискоординованих маткових циклів (ДМЦ) і комплексів дискоординованих циклів (КДЦ) різного ступеня зменшується. Так, в другій фазі першого періоду пологів кількість НМЦ, при нормальному перебігу пологового акту складала 72% проти першої фази, де частота НМЦ була відповідно 65.9%.

Таблиця 1

Якісний склад маткового циклу (МЦ) в динаміці нормальних пологів і при дискоординованій пологовій діяльності (%)

Тип МЦ	Частота типів МЦ %			
	нормальні пологи		дискоординована пологова діяльність	
	1 фаза	2 фаза	1 фаза	2 фаза
НМЦ	65,9	72,0	38,9	26,1
ДМЦ-I	24,5	22,3	47,1	53,5
ДМЦ-II	7,5	4,4	9,5	10,9
КДС-I	2,1	1,3	2,4	5,3
КДС-II	1,2		2,1	4,2
КДС-III				

В той же час у родиль з дискоординованою пологовою діяльністю спостерігалась зворотня тенденція, в динаміці пологового акту знижувалась частота НМЦ при одночасному наростанні ДМЦ і КДС (відповідно 36,9% проти 26,1%).

Як показали наші спостереження, при фізіологічному перебігу пологів в динаміці пологового акту амплітуда, частота і тривалість переїм зростають: спостерігається феномен "пройшового психічного градієнту". Ефективність "роботи" самої матки в період "чистих" переїм і її відділів неперервно наростає, дискоординація відсутня. В той же час "робота" матки в проміжках між переїмами в процесі пологів зменшується. Так, в першій фазі вона складала $440,2 \pm 19,6$ ум.од.с. проти $844,0 \pm 14,2$ ум.од.с. в другу фазу першого періоду пологів ($P < 0,05$). Тонус матки в динаміці пологів в інтервалах між переїмами змінювався незначно (відповідно $7,2 \pm 0,4$ ум.од. в першу фазу проти $7,8 \pm 0,3$ в другу фазу 1-го періоду пологів, $P = 0,05$). В той же час при розвитку дискоординованої пологової діяльності в першу фазу першого періоду пологів початок переїм в ділянці нижнього сегменту випереджував початок скорочення матки в ділянці піла і дна.

"Робота" матки в період "чистої" переїми знаходилась на тому самому рівні і була нижчою за роботу при нормальних пологах.

В динаміці пологового акту відмічено також достовірне наростання тонусної активності матки (відповідно: $8,2 \pm 0,3$ ум.од. проти $7,1 \pm 0,5$ ум.од., $P < 0,05$).

З метою корекції пологової діяльності у родиль з дискоординованою пологовою діяльністю було використано немедикаментозний метод – електрорелаксацію матки.

Після створення нормального фону профілактики внутріутробної гіпоксії плода проведено електрорелаксацію матки з розміщенням електродів на нижній сегмент матки і попереково-крижовому відділах. Тривалість сеансу електровпливу 30-40 хв з інтенсивністю струму 2-2,5 мА. У 73,3% родиль в першій 20-30 хв. від початку електровпливу поріг больового чуття на переїми підвищується, частота переїм стала 3-4 за 10 хв., тривалість 60-90 сек, а частота нормальних маткових циклів (НМЦ) наближалась до другої фази нормального переїму пологів і відповідно становила 68,7% проти 71,2% ($P < 0,05$). Базальний тонус матки при цьому був в межах 8-10 ум.од.

Слід відмітити, що в процесі проведення і після закінчення електровпливу на матку не відмічено негативної побічної дії як на організм матері, так на організм плода. Навпаки, спостерігалось покращення утробного стану плода.

Так, частота серцевих скорочень у плода складала після електровпливу $138,8 \pm 2,85$ уд/хв проти $132,1 \pm 2,3$ уд/хв. ($P < 0,05$). Амплітуда повільних осциляцій становила $22,4 \pm 0,56$ уд/хв проти $17,3 \pm 0,76$ уд/хв ($P < 0,01$). Кількість децелерацій була в межах $0,9 \pm 0,11$ проти $2,5 \pm 0,15$ уд/хв ($P < 0,001$).

В першій підгрупі народилось 98 дітей, в другій 152. Середня маса новонароджених в першій підгрупі становила $3286,3 \pm 51,4$ г, ріст – $51,2 \pm 0,2$ см; в другій – $3276,1 \pm 28,7$ г, ріст – $50,7 \pm 1,36$ см. В першій підгрупі інтранатальна смертність склала 2,97%, в другій – 0.

Внутріутробна гіпоксія спостерігалась в 19,0% проти 54,8% в першій підгрупі новонароджених. По оцінці за шкалою Апгар новонароджені другої підгрупи на 2-3 бали були вище. Пологова травма у новонароджених другої підгрупи знизилась в 3 рази. Перинатальна захворюваність і смертність відповідно в першій підгрупі становила 10,2%, 3,9% проти 4,1% і 0 в другій підгрупі.

Таким чином, застосування методу електрорелаксації матки в пологах у жінок з дискоординованою пологовою діяльністю є більш ефективним, ніж базальний метод, оскільки дозволяє значно знизити частоту асфіксії і перинатальну захворюваність та смертність, не позначаючись негативно на організмі матері і плода.

ЛІТЕРАТУРА

1. Михайленко Е.Т. Слабость родовой деятельности.-К. : "Здоров'я", 1978.
2. Серов В.Н. Практическое акушерство.-М.: Медицина, 1989.
3. Сидорова И.С., Оноприенко Н.В. Профилактика и лечение дискоординированной родовой деятельности. -М.: Медицина, 1987.
4. Хасин А.З. Электростимуляция и электрорелаксация матки в акушерстве: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук.М., 1986.
5. Чернуха Е.А. Родовой блок. -М.: Медицина, 1991.

SUMMARY

CORRECTION OF DISTURBATIONS IN THE ACTIVITY OF UTERUS IN WOMEN WITH DISCOORDINATIVE ANOMALIES IN DELIVERIES

Malyar V.A., Malyar V.V.

The clinical and biophysical examinations in case of 218 healthy women in childbirth has proved that 35.8% of them have hereditary predisposition to the anomalies in delivery.

The threat of interruption of pregnancy and disturbance of ovarian menstrual cycle has been occurred twice as much as in the case of women in childbirth with discoordination activity in delivery.

We have suggested the non-medicament method of correction of this pathology, that is the method of electrorelaxation of uterus which permits the decrease of hypoxia of foetus 2.5 times and perinatal morbidity and mortality almost thrice.