

УДК: 618.3–008.6:(577.16+577.169)

СПОСОБ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ

Л.В. ГУТИКОВА*

Эффективность родовой деятельности зависит от степени подготовленности организма женщины к родам [1–3]. Одним из главных условий этого процесса является «зрелость» шейки матки [1, 4–5]. Родовозбуждение при незрелой шейке матки связано с повышенной частотой различных осложнений как со стороны матери (затяжные роды, аномалии родовой деятельности), так и со стороны плода (внутриутробная гипоксия) [1, 6]. В связи с этим многие исследователи обращаются к проблеме подготовки шейки матки к родам [1–3, 7]. С этой целью наиболее часто применяют препараты простагландинов в виде интрацервикальных и вагинальных гелей, свечей или таблеток [8]. Однако, несмотря на высокую эффективность, использование этих препаратов не всегда является оптимальным. Например, в ряде клинических ситуаций (гестоз, задержка внутриутробного развития и антенатальная гибель плода, резус-конфликт) необходим другой способ расширения цервикального канала, обладающий такими характеристиками, как эффективность, мягкость и безопасность [1, 9–10]. Этими свойствами обладают натуральные осмотические дилататоры – палочки ламинарий, изготовленные из морских водорослей. Гигроскопичность ламинарий при попадании в жидкую среду и, как следствие этого, расширение цервикального канала играют ведущую роль в подготовке шейки матки к родам [1–2, 4, 9].

Недостатком этого способа является то, что из-за длительного нахождения палочек в цервикальном канале существует опасность инфицирования [1, 2]. Способ требует довольно длительного времени. Нами разработан и внедрён в акушерскую практику новый способ подготовки шейки матки к родам (приоритетные справки № а 20050667 от 08.09.2005, № а 20050668 от 08.09.2005), который осуществляется путем предварительного помещения 1/3 части ламинарии с концевой нитью на 2 часа при температуре 36–37°C в 15 мл стерильного раствора, содержащегося в пенициллиновом флаконе, со следующим соотношением компонентов, г/л: хлорид натрия – 35–100,0; калия перманганат – 0,5–1,0; вода бидистиллированная – остальное. После инкубации производят введение ламинарий в цервикальный канал общепринятым методом [1, 2] на 8 часов.

Таблица

Основные клинические показатели, используемые для оценки эффективности применения ламинарий при подготовке шейки матки к родам (M±m)

Параметры	1 группа (n=23)	2 группа (n=25)
ИБ исходный, баллы	3,5±0,4	3,4±0,5
ИБ контрольный, баллы	5,3±0,3	6,5±0,6
Динамика ИБ, баллы	1,8±0,11*	3,1±0,20*
Интервал между амниотомией и полным раскрытием шейки матки, ч	5,6±0,4	5,1±0,5
Интервал между амниотомией и родоразрешением, ч	6,3±0,4	5,6±0,2
Продолжительность первого периода родов, ч	6,9±0,7	6,1±0,8
Общая продолжительность родов, ч	7,1±0,9	6,7±0,7

* УО «Гродненский государственный мединститут», 230015 Республика Беларусь, г. Гродно, ул. Горького, 80. Тел. 8 (0152) 33-03-65. Факс (0152) 33-53-41

Примечания: * – статистически значимые различия ($p < 0,05$)

Цель работы – оценка эффективности и безопасности интрацервикального введения предварительно инкубированных палочек ламинарий для подготовки шейки матки к родам при гестозе легкой степени.

Материал и методы исследования. Проведена подготовка шейки матки к родам у 48 беременных с гестозом легкой степени, не имеющих противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути: 23 беременным (1-я группа) интрацервикально вводили палочки ламинарий традиционным способом; 25 беременным (2-я группа) в цервикальный канал вводили палочки ламинарии с предварительной обработкой 1/3 их части со стороны концевых нитей в антисептическом растворе в течение 2 часов. Возраст беременных 1-й группы составил в среднем $26 \pm 2,3$ с колебаниями от 18 до 38 лет. Средний возраст беременных 2-й группы составил $21 \pm 2,8$ с колебаниями от 17 до 35 лет. По паритету родов женщины из сравниваемых групп существенно не различались, но отмечалось превалирование первородящих в обеих группах. Беременность у всех была доношенной (37–40 недель).

Всем беременным 1-й и 2-й групп проведено полное клиническое и лабораторное обследование, а также комплекс функциональных методов, включающий: ультразвуковое исследование с определением предполагаемой массы плода, кардиотокографию. Проведена клиничко-лабораторная оценка вагинального отделяемого. Степень зрелости шейки матки определялась по 10-балльной шкале Бишопа [1, 3]. При суммарном числе баллов от 0 до 4 шейка матки считалась незрелой, 5 баллов и более – зрелой. В исследование не включались пациентки с оперативными вмешательствами на матке в анамнезе, вульвовагинитами и/или цервицитами. Накануне запланированных родов шейку матки и влагалище беременных обеих групп обрабатывали антисептическим раствором, после чего в цервикальный канал вводили палочки ламинарий без предварительной обработки (1 группа) и с предварительной обработкой (2 группа).

При зрелой шейке матки (индекс Бишопа – ИБ > 5 баллов) всем находившимся под наблюдением женщинам (1 и 2 группы) проводилась амниотомия с последующим родовозбуждением простином или окситоцином по стандартным схемам. Во время подготовки к родам проводилось динамическое наблюдение за состоянием беременных, измерялся профиль артериального давления, пульс, температура, применялись гипотензивные, спазмолитические, а на ночь – седативные препараты. Контрольная оценка зрелости шейки матки производилась через 8 часов. Оценивалась эффективность используемых способов, возникновение побочных эффектов, осложнений. Определялись условия для родоразрешения. Ведение родов осуществлялось под кардиомониторным контролем. После родоразрешения проводился анализ и сравнение течения родов, их продолжительности, интервалов между амниотомией и полным раскрытием маточного зева, исхода родов, состояния новорожденных и течения послеродового периода.

Результаты исследования обработаны на персональном компьютере с использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 6.0», «Microsoft Excel».

Результаты исследования. Степень зрелости шейки матки на момент начала ее подготовки к родам в 1-й группе составила $3,5 \pm 0,4$ баллов, во 2-й группе – $3,4 \pm 0,5$ баллов. Степень зрелости шейки матки после подготовки к родам достоверно возросла как в 1-й, так и во 2-й группах (табл.). После удаления предварительно инкубированных палочек ламинарий зрелость шейки матки, оцененная по шкале Бишопа, была выше, чем после использования палочек ламинарий традиционным способом. Кроме того, динамика ИБ была достоверно выше во 2-й группе по сравнению с 1-й. Жалобы на болезненные сокращения матки в период подготовки к родам предъявляли 20 женщин 1 группы и только 9 2-й ($p < 0,05$). Во всех случаях эта активация сократительной деятельности матки подтверждена токографически.

Регулярная родовая деятельность развилась до окончания подготовки шейки матки к родам после введения палочек ламинарий традиционным способом у 4 женщин, после использования предварительно инкубированных палочек ламинарий – у 10 женщин. Нами отмечено три эпизода ухудшения состояния плода за время подготовки шейки матки к родам в 1-й группе. Частота преждевременного излития околоплодных вод в обеих группах была примерно одинаковой (4 и 3 случая соответственно). Во время родов и в неонатальном периоде в обеих группах не было инфекционных осложнений: ни у одной из пациенток не отмечено повышения температуры тела, не было случаев хориоамнионита. При оценке течения родов между группами были недостоверные отличия в отношении интервала между амниотомией и родоразрешением, продолжительности первого периода родов и их общей продолжительности (табл.). Роды через естественные родовые пути произошли у 17 женщин 1-й группы и у 22 женщин 2-й группы. В 1-й группе кесарево сечение произведено у 6 женщин. Основными показаниями для оперативного родоразрешения явились: слабость родовых сил, начавшаяся внутриутробная гипоксия плода. Во 2-й группе кесарево сечение произведено у 3 женщин в связи со слабостью родовых сил.

Родилось 48 живых доношенных детей. Оценка по шкале Апгар 8 баллов и выше была у 20 новорожденных 1-й группы и у всех новорожденных 2-й группы. Трое новорожденных из 1-й группы родились в состоянии асфиксии средней степени. Течение послеродового периода осложнилось у трех пациенток 1-й группы эндометритом, одной пациентки – гипотоническим маточным кровотечением; у одной пациентки 2-й группы – расхождением швов на передней брюшной стенке. Таким образом, частота осложнений послеродового периода в 1-й группе была выше, чем во 2-й. Разработанный нами способ является мягким, эффективным и безопасным. Он превосходит традиционный по динамике созревания шейки матки (на 72%); уменьшению интервала между амниотомией и родоразрешением, продолжительности первого периода родов и их общей продолжительности; снижению частоты операции кесарева сечения (на 50%); отсутствию асфиксий новорожденных и инфекционных осложнений в послеродовом периоде.

Обобщая полученные данные, можно заключить, что предложенный способ обеспечивает контролируемое и управляемое расширение цервикального канала в результате возникновения радиального давления за счет ускоренной гигроскопичности предварительно инкубированных палочек ламинарий, снижает риск неблагоприятного воздействия на организм матери и плода в связи с отсутствием влияния на артериальное давление и маточно-плацентарный кровоток и позволяет значительно снизить материальные и временные затраты на стационарное лечение пациенток.

Литература

1. *Абрамченко В.В.* Активное ведение родов: Рук-тво для врачей.– СПб.: Спец. Лит., 2003.– 664 с.: илл.
2. *Воскресенский С.Л. и др.* // Мед. панорама.– 2002.– № 7.– С. 17–23.
3. *Чернуха Е.А.* Родовой блок.– М.: Триада - X, 1999.– 533 с.
4. *Boulevard M. et al.* // Cochrane Database Syst. Rev.– 2001.– №4.– P. 23–25.
5. *Summers L.* // J. Nurse Midwifery.– 1997.– Vol. 42, № 2.– P. 71–85.
6. *Гутикова Л.В.* // Медицинские новости.– 2004.– № 2.– С. 81–84.
7. *Maradny E. et al.* // Acta Obstet. Gynecol. Scand.– 1996.– Vol. 75, № 3.– P. 203–207.
8. *Guinn D.A. et al.* // Obstet. Gynecol.– 2000.– Vol. 96, № 1.– P. 106–112.
9. *Lichtenberg E.S.* // Obstet. Gynecol. Surv.– 2004.– Vol. 59, № 7.– P. 528–536.
10. *Tinelli A. et al.* // Minerva Ginecol.– 2003.– Vol. 5, № 5.– P. 463–482.

THE METHOD OF PREPARATION OF CERVIX OF THE UTERUS FOR THE CHILD-
BIRTH

L.V. GUTIKOVA

Summary

In the article there was made an estimation of two methods of preparation of cervix of the uterus for childbirth under the influence of preeclampsia with light degree of severity: traditional intracervical injection of kelp bacillus and injection with preliminary incubation. There was revealed that the second method is more soft, effective, safe and it surpass the traditional one in the dynamics of maturing of cervix of the uterus (72%), in reduction of the interval between amniotomy and delivery, in the duration of the first period of childbirth, and its general duration, in the reduction of frequency of cesarean operation (50%), in the absence of asphyxia of newborns and infectious complications in puerperal period.

Key words: childbirth, intracervical injection



Гутикова Людмила Витольдовна в 2000 году с отличием окончила Гродненский государственный медицинский университет. В 2004 году защитила кандидатскую диссертацию. С 2000 г. по настоящее время – ассистент кафедры акушерства и гинекологии ГрГМУ. Имеется 1 монография, 28 статей и тезисов. Научные разработки доложены на международных и республиканских конференциях.