

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИНДУКЦИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Ф.А. АТАХОДЖАЕВА, Х.Р. АЛИМОВА

Ташкентская Медицинская Академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

МУДДАТДАН АВВАЛГИ ТУГРУҚ ИНДУКЦИЯСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ, УЛАРИНИНГ КЛИНИК АСПЕКТЛАРИ

Ф.А. АТАХОДЖАЕВА, Х.Р. АЛИМОВА

Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

CLINICAL ASPECTS OF MODERN METHODS OF INDUCTION OF PREMATURE BIRTH

F.A. ATAHODZHAEVA, H.R. ALIMOVA

Tashkent Medical Academy Republic of Uzbekistan, Tashkent

Мақсад: муддатдан аввалги тугруқ индукцияси усулларининг такослама таъхиси, уларни баҳолаш ва хавфсизлиги. Материал ва усуллари: 60 та аёл текширилди: 30 та аёлда тугруқ индукцияси мизопростол ва мифепристон билан, 30 та аёлда тугруқ индукцияси Гландин Е2 билан. Натижалар: мизопростолни мифепристон билан бирга қўлланилганда тугруқ вақти интервали қисқарди ва бошқа қўшимча аралашувларни талаб этмади. Хулоса: муддатдан аввалги тугруқ индукциясида мизопростолни мифепристон билан бирга қўлланилиши эффектив ва хавфсиз усулдир

Калит сўзлар: *тугруқ индукцияси, мизопростол, мифепристон, Гландин Е2.*

The goal: a comparative analysis of methods of induction of preterm labor, performed by various methods, and evaluation of its safety. Materials and Methods: 60 women were examined: 30 women labor induction of mifepristone and misoprostol, 30 women Glandin E2. Results of induction of labor: during the methods of induction with misoprostol in combination with mifepristone shortened the average length of time kind of decreases the need to use additional interventions. Conclusion: The method of induction of preterm labor with misoprostol mifepristone - efficiently and more safely.

Key words: *induction of labor, misoprostol, mifepristone, Glandin E2.*

Несмотря на то что основная часть прерывания беременности выполняется в 1 триместре (95,8% в 2012г), тем не менее, имеется потребность в этой процедуре и во втором триместре (4,2%). Это связано с задержкой диагностики пороков развития плода, возникновением медицинских показаний со стороны матери, а также несвоевременным (поздним) выявлением нежелательной беременности при наличии медицинских или социальных показаний к ее прерыванию.

Более одной трети, примерно 205 миллионов беременностей, которые ежегодно имеют место в мире, являются нежелательными и около 20% из них оканчиваются индуцированным абортom [2,4,5]. Аборт наиболее распространенная проблема в акушерской практике, частота его в мире - 40-50 млн. в год. [3,6,8] Большинство этих абортom, около 90%, происходят в первом триместре беременности [12]. Во всем мире, 10-15% всех индуцированных абортom происходят во втором триместре. По поводу оптимального метода выполнения абортom во втором триместре постоянно ведутся дискуссии [14]. Отдаленные осложнения после хирургического абортom связаны в большом проценте с потерей репродуктивной функции, а после медикаментозного абортom беременность наступает почти в следующем менструальном цикле [8,11,13].

Материалы и методы: Проведено обследование 60 пациенток, которые были разделены на две группы в зависимости от применяемых средств медикаментозного искусственного прерывания беременности: 1 группа - 30 беременных с установленным диагнозом тяжелая преэклампсия; определение осложнения беременности « Тяжелая

преэклампсия» основано на классификации МКБ-10. К тяжелой ПЭ отнесены случаи с уровнем АД - 160/100 мм.рт.ст. (во время отдыха, в постели при 2-кратном измерении с разницей как минимум 6 часов) и суточной протеинурией более 2 г/сут. В 1 группе прерывание беременности по медицинским показаниям проводили с использованием простагландинов - Гландин Е2. 2 группа - 30 пациенток, направленных на прерывание беременности в связи с диагностированными ВПР, соматическими заболеваниями, не совместимые с продолжением беременностью.

Для выяснения влияния различных способов прерывания беременности на состояние репродуктивного здоровья женщин, им проводилось комплексное обследование до и после прерывания беременности с помощью следующих методов: клинические: общий и акушерский анамнез, лабораторный фон, общеклинические и лабораторные исследования; бактериологические: качественный и количественный состав микрофлоры влагалища и цервикального канала, микробиологическое исследование, ультразвуковой: эхография до и после прерывания беременности.

Результаты: В первой группе была использована схема медикаментозного прерывания беременности с использованием мифепристона и мизопростона. Вызывали родовую деятельность: 1 тур состоял из приема Мифепристон в дозе 200 мг в виде таблетки, затем через 24 часа по 400 мкг под язык. При отсутствии начала родовой деятельности каждые 3 часа назначали 400 мкг мизопростона. Максимально назначали 5 доз. У всех беременных наблюдалось рождение плода. После проверки наблюдалось 4

случая выскабливания матки от остатков плаценты при кровопотере. Назначалась с целью профилактики осложнений антибиотикотерапия.

Во второй группе для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям использовали Гландин Е2. Вагинально назначали свечи, содержащие гландин Е2. Через 6 часов также вагинально применяли свечи с гландином Е2. У 7 женщин данное сочетание гландина Е2 способствовало созреванию шейки матки и началу родовой деятельности. Данным беременным была проведена амниотомия, что способствовало рождению плода.

У 23 беременных применение гландина Е2 не привело к созреванию шейки матки, поэтому вынуждены прервать беременность хирургическим путем. Были проведены операции кесарево сечение, после которого назначалась антибиотикотерапия. Перед родами и после родов женщинам с ТПЭ назначали антигипертензивные препараты. Кровопотеря при искусственном прерывании беременности во 2 группе в среднем составила 250-300 мл; при кесаревом сечении достигала 500 мл. В 1 группе при использовании МФ+МР кровопотеря составила в среднем 220-270 мл. Продолжительность родов в 1 группе составила от 3 часов до 6 час. 25 мин. Во 2 группе общая продолжительность родов отмечена от 8 час. 25 мин. До 15 часов.

Выводы. 1. Использование индукции преждевременных родов с применением мифепристона - мизопростола эффективно и более безопасно. 2. Необходимая средняя доза мизопростола для прерывания беременности значительно меньше, при применении его в сочетании с мифепристоном. 3. Наиболее часто встречаемые побочные эффекты – это тошнота, рвота, лихорадка, абдоминальные спазмы и диарея, которые легко устранимы симптоматическим лечением. Они маловероятны в связи с кратковременностью воздействия препарата.

Литература:

1. Абрамченко В.В, Голубаев О.В. Современные методы подготовки к родам простагландинами. Актуальные вопросы диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении // Санкт-Петербург, 2001; 14
2. Абрамченко В.В. Простагландины и антигестагены в акушерстве и гинекологии // Петрозаводск, 2003; 207
3. Баев О.Р., Калинина Е.М. Применение мифепристона в акушерской практике // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – Т.3. - №4. – С.80-84.
4. Богатова И.К. Обоснование возможности изменения аналога мифепристона для прерывания беременности у подростков // Акушерство и гинекология. - 2002. - №2. - С.16-17.
5. Ворошилина Е.С., Кротова А.А., Хаяутин Л.В. Количественная оценка биоценоза влагалища у беременных женщин методом ПЦР в реальном времени. // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. - М., 2008. - С.45-46.

6. Воскресенский С.Л., Тесакова М.Л., Небышинцев Л.М., Мельник Е.В., Шилкина Е.В., Малолеткина О.Л. Характеристика различных методов индукции родов. // Охрана материнства и детства. - 2012. - №1. - С.29-35.
7. Кареева Е.Н., Соловьева Е.В., Кирпичникова Н.В., Турманов А.В. Молекулярные механизмы действия антипрогестинов // Экспер. Клин. Фарм. – 1999. – Т.4. - №6. – С. 72.
8. Краснополюский В.И., Серова О.Ф., Мельник Т.Н. Новые возможности медикаментозного прерывания беременности в ранние сроки // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2006. - Т.6. - №2. - С.35-37.
9. Кулаков В.И., Жердев Д.В., Сариев А.К. и др. Фармакокинетика мифепристона и кинетика хорионического гонадотропина (ХГ) и прогестерона в плазме крови беременных женщин при медикаментозном прерывании ранней беременности // Эксперим. и клин. фармакол. - 2004. - Т.67. - №2. - С. 55-58.
10. Миляева Н.М., Ковалев В.В., Лебедева Л.М. Современные методы преиндукции и индукции родов при осложненном течении беременности. // Перинатология. - 2008. - №12. - С.145-149.
11. Попова Ю.Н., Кулинич С.В. Влияние хронических воспалительных заболеваний матки и придатков на структуру осложнений после медикаментозного и искусственного абортов // Сибирский медицинский журнал. - 2011. - №6. - С.132-135.
12. Попова Ю.Н., Кулинич С.И., Стриганова Э.Н. Сравнительный анализ осложнений медикаментозного и медицинского абортов. // Сибирский медицинский журнал. - 2010. - №6. - С.119-121.
13. Радзинский В.Е., Чередниченко Т.С. Беременность и роды у женщин после искусственного прерывания первой беременности: здоровье их младенцев. // Вестник Рос. Ун-та дружбы народов. – Серия "Медицина". - 2002. - №1. - С.108-112.
14. Саидова Т.Ш. Сравнительная характеристика современных методов прерывания беременности на поздних её сроках. // Научно – медицинский журнал "Вестник Авиценны". - 2011. - №4. - С.90-93.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИНДУКЦИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Ф.А. АТАХОДЖАЕВА, Х.Р. АЛИМОВА

Материалы и методы: проведено обследование 60 женщин: 30 женщин индукции родов мифепристона и мизопростола, 30 женщин индукции родов Гландином Е2. Результаты: при проведении методов индукция мизопростолом в комбинации с мифепристоном укорачивается средняя интервал времени рода, уменьшается необходимость в применении дополнительных вмешательств. Вывод: методы индукция преждевременных родов с применением мифепристона- мизопростола эффективно и более безопасно.

Ключевые слова: индукции родов, мизопростол, мифепристон, Гландин Е2.