

Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии

перинатальных исходах (рис. 2). Результатом применения Мифепристона для дополнительной подготовки родовых путей беременных к самостоятельной родовой деятельности стало рождение детей без асфиксии в 87% случаев. У Динопроста этот показатель составил 79%, а у ламинарий – 73%. Согласно результатам исследований, проводившихся в 2008 г. в Институте акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта, Мифепристон по сравнению с традиционными препаратами доказал свою высокую эффективность и в тех случаях, когда его использовали для дополнительной подготовки родовых путей у женщин с рубцом на матке: кесаре-

во сечение было сделано лишь 18% из них.

Словом, наименьшая частота осложнений родов и кесарева сечения отмечена при применении Мифепристона. При использовании палочек ламинарий наблюдалась высокая частота аномалий сократительной деятельности матки и кесарева сечения. К существенным недостаткам применения палочек ламинарий и геля Динопроста относятся такие побочные эффекты, как развитие патологического прелиминарного периода и начало непродуктивной родовой деятельности при незрелой или недостаточно зрелой шейке матки.

Следует учитывать: важным фактором при выборе способа под-

готовки родовых путей является состояние влагалищного биоценоза. Условием применения цервикального геля Динопроста и палочек ламинарий считается наличие I или II степени чистоты влагалища. Вместе с тем нарушение микробиоценоза – одно из самых частых состояний, сопровождающих беременность. В этой ситуации показано применение Мифепристона.

Таким образом, преимуществами Мифепристона являются: неинвазивный способ введения, возможность применения препарата в условиях нарушенного биоценоза влагалища, эффективность при незрелой шейке матки, усиление последующей родостимуляции.



Медикаментозная подготовка к программированным родам

Л.С. Логутова, д.м.н., профессор,
заместитель по научной работе директора ГУ МОНИИАГ, (Москва)

В целях сокращения числа операций кесарева сечения по поводу перенашивания плода, а также уменьшения вероятности возникновения аномалий родовой деятельности необходимо использовать различные методы подготовки организма к родам. Существуют несколько способов медикаментозной подготовки к родам, каждый из которых имеет, как свои показания, так и противопоказания (рис. 1). Проанализируем эффективность подготовки шейки матки с помо-

щью простагландинов и антигестагенов. В нашем институте было обследовано 310 беременных. Контрольную группу составили 130 беременных женщин – у них роды были физиологичными, без каких-либо осложнений. В первую основную группу вошла 101 пациентка – роды этих женщин осложнились слабостью родовой деятельности. Во вторую основную группу включили 78 беременных, получивших различную медикаментозную подготовку родовых путей.

Большинство из них – 41 пациентка – получали исключительно Мифепристон, 37 беременных получили комбинированный вариант, а именно: у 12 пациенток подготовка началась Мифепристоном с дальнейшим добавлением Динопроста, а у 25 пациенток подготовка началась Динопростом, к которому позже был добавлен Мифепристон. Таким образом, во второй основной группе был использован Мифепристон, либо самостоятельно, либо в сочетании с проста-

акушерство

Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии

гландином, либо как дополнение к простагландину. Подготовка к родам проводилась по следующим схемам. Мифепристон вводился по 200 мг в день перорально с интервалом в 24 часа в течение 2 дней. Следует отметить, что у некоторых пациенток родовая деятельность начиналась уже в первые сутки после приема препарата. Если через 48–72 часа роды не наступали, проводилась повторная оценка состояния шейки матки. Затем, при необходимости, для дальнейшей индукции родов назначались простагландины (в нашем случае – Динопрост). Через 30 минут после премедикации Динопрост вводили внутривенно, капельно по 0,3–0,5 мл раствора, разведенного в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия, а для того чтобы избежать гипертонуса матки, каждые 1,5–2 часа вводились спазмолитические препараты. Для определения содержания половых гормонов в плазме крови использовали радиоиммунный метод. Уровень рецепторов эстрадиола и прогестерона, а также сократительная способность матки оценивались с помощью радиолигандного метода.

✓	Гигроскопические дилататоры (ламинарии, ламицел, гипан, дилапан)
✓	Седативные и спазмолитические препараты
✓	Простагландины (препидил гель, протин, протин E ₂ , энзапрост Ф).
✓	Блокаторы кальциевых каналов (нифедипин)
✓	Антигестагены (мифепристон)

Рис. 1. Способы медикаментозной подготовки к родам

Первым этапом нашей работы было сравнение этих показателей у беременных контрольной группы (физиологические роды) и первой основной группы (роды, осложненные слабостью родовой деятельности). Выяснилось, что концентрация рецепторов эстрадиола в миометрии у беременных из контрольной группы перед родоразрешением была в два раза выше, чем у рожениц со слабостью родовой деятельности. Уровень рецепторов прогестерона у пациенток первой основной группы был значительно ниже, чем у рожениц из контрольной группы. Поскольку гормональ-

ная активность матки определяется действием разных гормонов, для более точного анализа состояния рецепторного аппарата матки сравнивали соотношение рецепторов прогестерона и эстрадиола в миометрии (рис. 2). В процессе родов у женщин из контрольной группы указанное соотношение увеличивалось, в то время как у пациенток из первой основной уменьшалось в латентной фазе и незначительно росло в активной фазе. Именно это нарушение рецепторного аппарата матки и приводило к развитию слабости родовой деятельности.

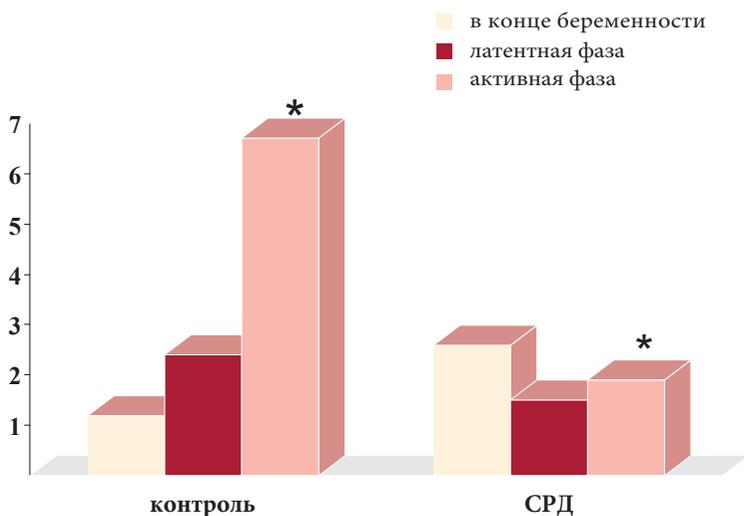


Рис. 2. Коэффициент $RP\RE$ в миометрии у беременных в контрольной и первой основной группах

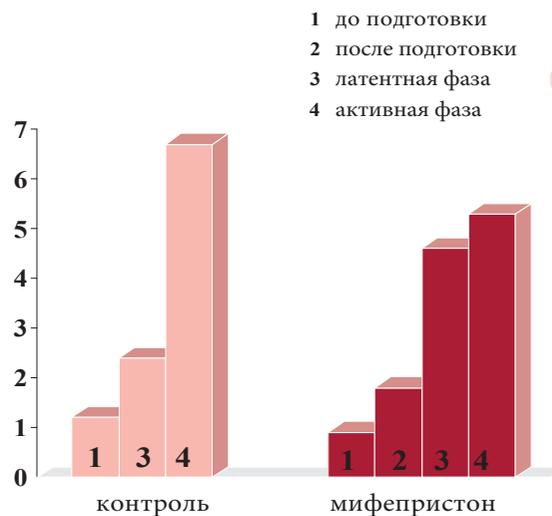


Рис. 3. Влияние Мифепристона на соотношение $RP\RE$ в миометрии

Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии

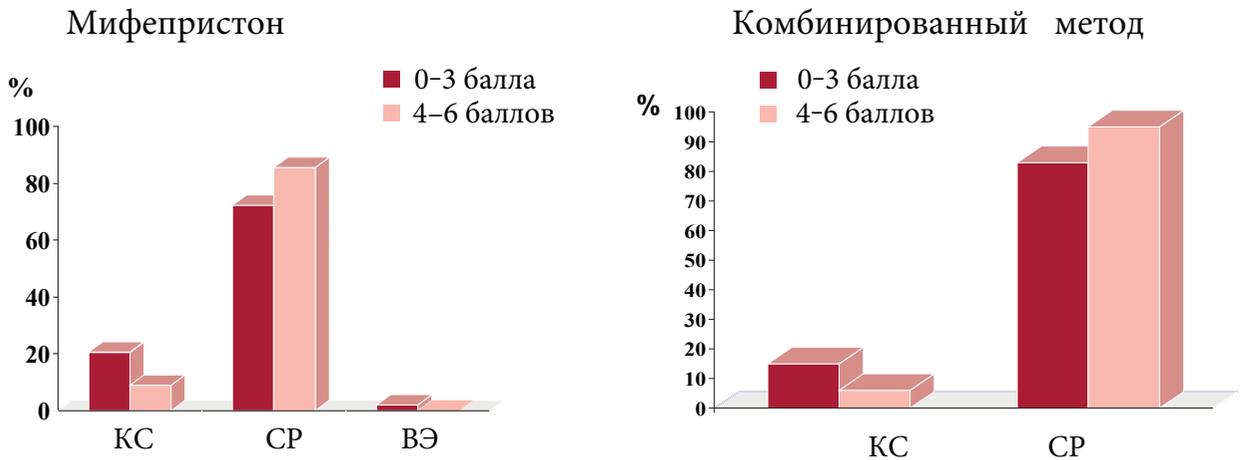


Рис. 4. Методы родоразрешения после подготовки к родам

Следующим этапом нашей работы была оценка эффективности различных методов подготовки шейки матки к родам. Как уже отмечалось, в первые сутки применения препарата Мифепристона у 30% пациенток развилась родовая деятельность, а после окончания лечения половина женщин начали рожать спонтанно. Это означает, что после использования Мифепристона количество рецепторов увеличилось, а значит рецепторный аппарат матки оказался готов к началу родов (рис. 3).

У 12 женщин подготовка Мифепристоном не дала необходимого результата и ее усилили с помощью Динопроста. Другим 25 пациенткам для подготовки к родам назначили Динопрост, а когда не удалось добиться нужного результата, ее усилили Мифепристоном. В итоге из 78 беременных женщин, получивших ту или иную медикаментозную подготовку, лишь у трех (3,5%) не удалось добиться готовности организма к самостоятельной родовой деятельности. При подготовке шейки матки с помощью Мифепристона 90%

родов были самопроизвольными, а при комбинированном методе процент был еще выше (рис. 4). Только трем из 78 женщин было проведено кесарево сечение по причине гипоксии плода. Безусловно, было бы наивно предполагать, что у женщин с высоким риском аномалий родовой деятельности будет стопроцентное благополучное родоразрешение. Однако не стоит забывать: практически у всех женщин из второй основной группы роды могли закончиться кесаревым сечением, и только благодаря применению Мифепристона подавляющее большинство из них смогли родить самостоятельно. Подводя итоги, хочется еще раз напомнить, как работает Мифепристон (рис. 5).

Препарат подавляет влияние прогестерона на уровне рецепторов, повышает чувствительность к утеротоникам, потенцирует эффект эндогенных простагландинов. Он улучшает обменные и метаболические процессы в матке – увеличивает уровень коллагеназ, металлопротеиназ, желатиназ, ускоряя процесс созревания шейки матки. Таким образом, Мифепристон – самостоятельно или в комбинации с простагландином – является эффективным способом медикаментозной подготовки организма беременной к родам, в том числе при перенашивании плода.



Рис. 5. Механизм действия Мифепристона

акушерство