

DOI: 10.26693/jmbs04.05.129

УДК 618.5: 615.832

Звягіна Н. Ю., Лазуренко В. В.

РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ЖІНОК З ДИСКООРДИНАЦІЄЮ РОДОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Харківський національний медичний університет, Україна

tatyana.torak@gmail.com

Дискоординація родової діяльності займає одне з перших місць серед аномалій скорочувальної діяльності матки за частотою травматичних ускладнень з боку матери та плода, при цьому частота кесарського розтину складає від 10 до 30%, дистрес плода дорівнює 35%. Відсутність критеріїв прогнозування, неможливість визначення груп вагітних, загрозливих щодо розвитку дискоординації родової діяльності, змушують акушерів-гінекологів до розробки клініко-діагностичних критеріїв з пошуком та вивченням новітніх терапевтичних можливостей регуляції аномалій скорочувальної діяльності матки.

Метою нашого дослідження стало вивчення причин дискоординації родової діяльності та можливостей її терапії за результатами клініко-інструментального обстеження жінок з порушенням скорочувальної функції матки.

Було обстежено 90 жінок з дискоординацією родової діяльності та 30 жінок з фізіологічним перебігом пологів (контрольна група). Залежно від метода лікування дискоординації родової діяльності роділлі були розділені на три клінічні підгрупи: I – з традиційною корекцією дискоординації родової діяльності згідно з наказами МОЗ України, II – для лікування дискоординації родової діяльності проведена епідуральна анестезія, III – для корекції дискоординації родової діяльності застосовували фосфатидилхолін (Біолік, Україна).

В I клінічній підгрупі був найнижчий рівень кесарева розтину – 33,3%, у II групі відсоток частоти кесарева розтину досяг 66,7%, у III групі, де корекцію дискоординації родової діяльності проводили за допомогою препарату, діючою речовиною якого є фосфатидилхолін, кількість пологів, що завершилися оперативним втручанням дорівнювала 40%.

Таким чином, проведене дослідження доводить високу ефективність використання фосфатидилхоліну в комплексній терапії дискоординації родової діяльності в порівнянні з існуючими методами за рахунок нормалізації пологової діяльності, покращення стану роділлі та стану плода, знижен-

ня відсотку оперативних втручань, зменшення кількості перинатальних ускладнень.

Ключові слова: дискоординація родової діяльності, фосфатидилхолін.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дана робота є частиною науково-дослідної роботи кафедри акушерства та гінекології №2 ХНМУ «Розробка нових підходів до діагностики, лікування та профілактики ускладнень у вагітних та при захворюваннях репродуктивної системи».

Вступ. Частота аномалій пологової діяльності коливається від 20 до 60% і залишається провідною причиною перинатальних ускладнень та оперативного пологорозродження [1]. Дискоординація родової діяльності (ДРД) займає одне з перших місць серед аномалій скорочувальної діяльності матки за частотою травматичних ускладнень з боку матери та плода [5]. Частота кесарського розтину при ДРД складає від 10 до 30%, дистрес плода – 35% [6]. Відсутність критеріїв прогнозування, неможливість визначення груп вагітних, загрозливих щодо розвитку ДРД, змушують акушерів-гінекологів вести пошук причин, облік яких дозволить проводити своєчасну профілактику розвитку ДРД. Актуальним питанням є визначення лікувальних підходів до ДРД та їх вплив на розвиток перинатальних ускладнень у роділь з порушеннями скорочувальної функції матки. Дані сучасної літератури про можливість прогнозування, профілактики та лікування ДРД часто роз'єднані та суперечливі [4, 8, 9]. При цьому відсутність зниження частоти ДРД вказує на необхідність розробки комплексного підходу для вирішення вказаної проблеми. Таким чином, враховуючи частоту та особливості ДРД розробка клініко-діагностичних критеріїв з пошуком та вивченням новітніх терапевтичних можливостей регуляції аномалій скорочувальної діяльності матки є необхідною та актуальною.

Мета дослідження – вивчення причин ДРД та можливостей її терапії за результатами клініко-

інструментального обстеження жінок з порушенням скорочувальної функції матки.

Матеріал та методи дослідження. Для досягнення встановленої мети було обстежено 90 жінок с ДРД (основна група) та 30 жінок з фізіологічним перебігом пологів, які склали контрольну групу. Середній вік жінок основної групи склав $26,5 \pm 3,2$ років, контрольної групи – $23,4 \pm 2,3$ роки.

Дослідження проведене відповідно до основних біоетичних норм Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення науково-медичних досліджень із поправками (2000, з поправками 2008), Універсальної декларації з біоетики та прав людини (1997), Конвенції Ради Європи з прав людини та біомедицини (1997). Письмова інформована згода була отримана у кожної пацієнтки дослідження, і вжиті всі заходи для забезпечення анонімності пацієнтів.

Залежно від метода лікування ДРД всі роділлі основної групи були розділені на три клінічні підгрупи. В першу підгрупу увійшли 30 роділь, яким проводилась корекція ДРД згідно з наказами МОЗ України та клінічними протоколами [7]. Другу клінічну підгрупу склали 30 роділь з ДРД, яким для корекції пологової діяльності проведена епідуральна анестезія [2]. В третю клінічну підгрупу увійшли 30 роділь, яким для корекції ДРД застосовували фосфатидилхолін для профілактики виснаження енергетичних ресурсів утероміоцитів.

Фосфатидилхолін (ФХ) – препарат вітчизняного походження (Біолік, Україна), який має вплив на процеси тканинного дихання, активність ендотеліальних клітин, поліпшує мікроциркуляцію та реологічні властивості крові, підтримує активність антиоксидантних систем організму, збільшує швидкість транспортування кисню через біологічні мембрани. Препарат не порушує функціональний стан органів та систем організму, нетоксичний, не має кумулятивних властивостей. ФХ циркулює у крові при внутрішньовенному введенні до 2 годин, максимальне накопичення препарату в органах спостерігається вже через 5 хвилин після введення, і зберігається протягом 180–300 хвилин. ФХ призначали у дозі 500 мг внутрішньовенно краплинно, повільно, на 0,9% фізіологічному розчині.

Для визначення причин розвитку ДРД були проаналізовані соматичний та акушерський анамнез жінок, паритет, наявність професійних та побутових шкідливостей, показники партограм роділь, темп розкриття маткового вічка, результати гістерографії та кардіотокографії (КТГ) (кардіотокограф Avalon FM 30, Нідерланди) [3]. Фетометрію та гемодинаміку в маткових судинах та судинах фетоплацентарного комплексу визначали за допомогою ультразвукового апарату “Phillips HD 11 XE”

(Німеччина), оцінка стану новонароджених проводилася за шкалою Апгар сумісно з неонатологом. Статистична обробка результатів проведена за допомогою програми “Statistica 6.0”.

Результати дослідження та їх обговорення. При спостереженні за перебігом вагітності та родової діяльності у 90 жінок з ДРД було визначено, що 76 (84,4%) народжували вперше (74 першовагітних та 2 повторновагітних, що мали в анамнез від 1 до 2-х штучних або самовільних переривань вагітності, позаматкову вагітність) і 14 (15,5%) тих, хто народжував вдруге. Таким чином, ДРД частіше зустрічалось в тих пацієнток, які народжували вперше.

Соціальний склад пацієнток розподілявся наступним чином: студентки – 12,2% (11 роділь); службовці – (педагоги, співробітники ІТ сфери та інш.) – 26,6% (24 роділь); робітниця – 16,6% (15 роділь); домогосподарки – 44,4% (40 роділь).

Аналізуючи фактор несприятливих професійних умов було визначено, що переважна кількість жінок основної групи займалися розумовою працею, яка була пов'язана з емоціональними навантаженнями. На несприятливі професійні умови у вигляді тривалого знаходження у вертикальному положенні, роботи за комп'ютером вказала 21 жінка (23,3%).

Звернули увагу і на матеріально-побутові умови, які у всіх жінок були задовільними. З кожною жінкою проводилася співбесіда для з'ясування наявності шкідливих звичок до того як вона завагітніла або під час теперішньої вагітності. Куріння та вживання спиртних напоїв до настання теперішньої вагітності відмічали 24 жінки (26,6%). Жительками міста виявилися 74 жінки (82,3%), жительками сільської місцевості – 16 (17,7%).

Перенесені екстрагенітальні захворювання були представлені переважно гострими респіраторними захворюваннями – 36 жінок (40%), хронічний тонзиліт мали 8 жінок (8,8%), анемію – 9 (10%), пієлонефрит – 3 (3,3%), соматоформна вегетативна дисфункція нервової системи – 33 (36,6%), ожиріння – 1 (1,1%). Приймаючи до уваги отримані данні, можна зробити висновок, що у роділь з ДРД частіше за все зустрічалися гострі респіраторні захворювання, вегетативна дисфункція нервової системи.

Затримка становлення менструальної функції відмічена у 6 жінок (6,6%), порушення менструального циклу (альгодисменорея, аномальні маткові кровотечі) зустрічалися у 10 роділь (11,1%). Запальні захворювання статевих шляхів перенесли 9 жінок (10%), у 11 роділь (12,2%) виявлено порушення цілісності епітелію шийки матки, які були проліковані ще до настання теперішньої вагітності.

Обтяжений акушерський анамнез зустрічався у 16 жінок (17,7%), причинами якого були переважно самовільні та штучні аборти. Під час аналізу

особливостей плинину даної вагітності загроза переривання зустрічалася у 17 (18,8%) жінок, плацентарна дисфункція – у 12 (13,2%).

Роділлі з ДРД найчастіше мали 0 (першу) групу крові – 54 жінки (60%), А (друга) та В (третя) зустрічалися з однаковою частотою – у 30 (33,3%), АВ (четверта) – зустрічалась у 6 (6,6%). Резус-позитивний фактор крові мала 81 жінка (90%), резус-негативний тип крові зустрівся у 9 (10%) роділь.

Зріст жінок даної групи склав в середньому $168,2 \pm 5,7$ см. Середня маса тіла – $69,5 \pm 3,2$ кг. Патологічну вагу під час вагітності набрали 8 (8,8%) жінок. Окружність живота перед пологами складає $101,3 \pm 2,1$ см, висота дна матки – $35,0 \pm 1,4$ см. Аномалії таза виявлені у 2 роділь (2,2%) у вигляді загальнозвуженого (1) та попереочнозвуженого (1).

Вагітність у всіх жінок буда одноплідною, передлежання – головне. Патологічний прелімінарий період більш ніж 12 годин спостерігався у 11 жінок (12,2%). У 31 вагітних (34,4%) була відсутня готовність організму до пологів, тобто була «незріла» шийка матки, «дозріваюча» виявлена у 16 (17,7%), «зріла» – у 33 (36,6%).

Несвоєчасне вилиття навколоплідних вод спостерігалось в 67,5% випадків, з них передчасний розрив плодових оболонок – у 4 роділь (4,4%), раннє вилиття амніотичної рідини – у 14 (15,5%). Плоский плідний міхур визначався у 5 (5,5%) роділь, в зв'язку з чим була проведена амніотомія з початком регулярної родової діяльності при відкритті маточного зів'язу на $3.1+0.8$ см. Тривалість безводного періоду в основній групі склала $9,9 \pm 2,3$ години, в контрольній – $3,5 \pm 1,7$.

Аналіз клінічної картини перебігу пологів у роділь з ДРД продемонстрував, що основною скаргою роділь було наявність болючих скорочень. Біль виникала унизу живота та ірадіювала в крижову та поперекову область. Пацієнтки вели себе неспокійно, кричали, метушились, ставали неконтрольованими, неадекватно реагували на спробу акушерського обстеження, у всіх було виражене психоемоційне збудження, страх перед пологами, відсутність впевненості в їх успішному закінченні. Гіперемія шкіри обличчя та підвищення пітливості відмічалось у 21 роділь (23,3%), у 7 (7,7%) роділь визначалась тахікардія, підвищувався артеріальний тиск. Пальпаторно матка була витягнута та щільно охоплювала плід. Через гіпертонус нижнього сегменту було важко визначити передлежачу частину. Звертала на себе увагу відсутність притискання головки плода до входу у малий таз у тих, хто народжує вперше, не дивлячись на невелику передбачувану масу плода та нормальні розміри таза матері. Поза переймами тонус матки майже не зменшувався. У 5 роділь (5,5%) відмічалась за-

тримка сечовиділення, не зважаючи на відсутність симптомів притискання уретри.

При вагінальному дослідженні через $4,2 \pm 1,2$ години від початку пологової діяльності відмічалось незначне згладжування шийки матки, але краї маткового вічка були щільними, погано розтягувалися, під час скорочень матки вони потовщувались, а відкриття цервікального каналу не збільшувалося.

Тривалість пологів до початку лікування в основній групі коливалася від 4 до 10 годин, в середньому – $5,8 \pm 0,9$ години. Частота перейм за 10 хвилин до лікування дорівнювала $5,1 \pm 0,5$.

Клініко-гістерографічне дослідження проведено у всіх роділь основної групи до початку лікування ДРД та після його застосування для визначення ефективності терапії. Слід відзначити, що до початку лікування скоротливу діяльність матки відмічали у 69 роділь – при відкритті маткового вічка на 2–4 см (латентна фаза пологів) та у 21 пацієнтки – при відкритті маткового вічка на 5–6 см (активна фаза пологів).

Вивчення скоротливої діяльності матки при ДРД показало значну кількість варіантів гістерографічних картин. Аналіз гістерограм продемонстрував наступну патологію: у 37 роділь (41,1%) виявлено порушення координації між правою та лівою половинами матки, при цьому особистий ритм скорочень мав як правий так і лівий маточний кут, а домінанта скорочень за амплітудою та тривалістю змістилися в тіло матки (горизонтальна форма ДРД). У решти жінок переважала домінанта нижніх відділів (тіла та нижнього сегменту) матки за інтенсивністю, тривалістю та частотою скорочень (вертикальна форма ДРД). Серед проаналізованих гістерограм з явищами «горизонтальної» та «вертикальної» дискоординації тільки на 2 були тотальні скорочення матки, на решті гістерограм скорочення мали сегментарний характер. Клініко-гістерографічне дослідження дозволило віднести вказаний характер патології контрактильної функції міометрію до ДРД другого ступеню (спастична сегментарна дистоція) [9]. При цьому варіанті є можливість корекції порушень скорочувальної діяльності матки. Гістерографічні картини, з тотальною дистоцією мали місце у 3 роділь, що стало показанням до кесарського розтину.

Під час аналізу гістерограм роділь основної групи до початку лікування були виявлені дискоординовані скорочення у вигляді домінування по тривалості та амплітуді скорочень нижнього сегменту; різкого підвищення тону мати з дуже коротким розслабленням. Поєднання кількох видів дискоординованих маткових скорочень мало місце у 7 (7,7%) роділь.

Відсутність «потрійного низхідного градієнта» хвилі маткових скорочень і реципрокних співвідношень між верхніми та нижніми відділами матки (при відкритті шийки матки більше 4 см), наявність яких при фізіологічних пологах обов'язкова, відмічено у 11 (12,2%) жінок.

Тривалість та амплітуда скорочень були максимальними у нижньому сегменті та мінімальними в області правого трубно-маткового кута. Найбільша маткова активність відмічалася в області нижнього сегменту, що складало передумови для спастичного скорочення м'язів нижнього сегменту та клінічно проявлялось в уповільненні розкриття шийки матки. Проведений аналіз показав, що скорочення в області нижнього сегменту при ДРД починаються на $8,9 \pm 1,2$ с раніше, ніж на дні та на $2,4 \pm 0,7$ с раніше, ніж в тілі матки.

Обговорення отриманих результатів. Таким чином, при вивченні скорочувальної функції матки у роділь з ДРД виявлено порушення тривалості, частоти та амплітуди скорочень, підвищення скорочень нижнього сегменту у порівнянні з аналогічними показниками при фізіологічних пологах [6, 11]. Клінічно це проявлялося посиленням болю при скороченнях матки, уповільненням розкриття шийки матки та відсутністю просування передлежачої частини плода вздовж родового каналу. На гістерограмах було визначено перейми неправильної форми (40%), з низькою амплітудою (19%), зміна координації маткових скорочень (9%).

За даними УЗД були визначені різна товщина міометрію в тілі матки та в нижньому сегменті в основній та контрольній групах ($1,9 \pm 0,2$ мм та $2,8 \pm 0,3$ мм відповідно), порушення гемодинаміки в маткових артеріях та матково-плацентарного кровообігу за даними доплерометрії у кожної другої жінки з ДРД [12].

Всі перелічені патологічні зміни свідчать про необхідність проведення корекції порушень скорочувальної функції матки. Дослідження показали, що в клінічній підгрупі, де корекція пологової діяльності проводилась згідно з наказом МОЗ України № 676, від 31.12.2004р. [7] був найнижчий рівень кесарева розтину – 33,3%. В групі, де корекція ДРД проводилась за допомогою епідуральної анестезії, відсоток частоти кесарева розтину досяг 66,7%. В групі, де корекцію ДРД проводили за допомогою препарату, діючою речовиною якого є фосфатидилхолін, кількість пологів, що завершилися оперативним втручанням була 40%. Враховуючи данні партограм роділь основної групи, в яких пологи закінчилися фізіологічним шляхом, можна сказати, що при використанні ФХ у роділь зменшилась частота виникнення ранніх та пізніх децелерацій.

Стан новонародженого в різних клінічних групах був наступним: у 100% вагітних контрольної

народилися живі доношені немовлята з оцінкою за шкалою Апгар 9-10 балів. При традиційному лікуванні ДРД в задовільному стані (8–9 балів за шкалою Апгар) народилося 76,7% новонароджених, при застосуванні регіонарної анестезії – 66,7%, при використанні ФХ – 83,3%.

Таким чином, за результатами клініко-інструментального обстеження жінок з ДРД в пологах було визначено, що це були переважно першороділлі з несприятливими професійними умовами, підвищеним емоційним навантаженням, шкідливими звичками, обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом, які страждали на вегетативні розлади, мали плацентарну дисфункцію, загрозу невиношування з відсутністю готовності організму до пологів, частим несвоечасним розривом плідного міхура.

Скоротлива діяльність матки у роділь з ДРД проявлялася у вигляді порушення «потрійного низхідного градієнта» за типом гіпертонусу нижнього сегмента матки, нерегулярності скорочень, зменшення тривалості періоду релаксації матки, підвищеного тонуусу різних частин міометрія, комплексів дискоординованих скорочень (подвійний, потрійний ритм скорочень), змінення їх частоти, зниження амплітуди. Вершина гістерографічної кривої часто була представлена не пікоподібним закругленням, а плато з нерівними, зубчастими контурами. При порівнянні «горизонтальної» та «вертикальної» дискоординації найбільш несприятливою для прогнозу пологів була підвищена активність нижніх відділів матки, тобто «вертикальна» дискоординація, при якій скорочення тіла чи нижнього сегменту переважали над скороченнями верхніх відділів за амплітудою та тривалістю [5].

Клінічно-інструментальні дослідження довели високу ефективність використання фосфатидилхоліну в комплексній терапії ДРД в порівнянні з існуючими методами за рахунок нормалізації пологової діяльності, покращення стану роділлі та стану плода, зниження відсотку оперативних втручань, зменшення кількості перинатальних ускладнень

Висновки. За результатами клініко-інструментального дослідження роділь з дискоординацією родової діяльності визначені фактори ризику розвитку ДРД, доведена ефективність використання фосфатидилхоліну в її комплексній терапії.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому планується оцінити біохімічні показники скоротливої функції міометрію при використанні різних видів її корекції. Визначити рівень катехоламінів (адреналіну і норадреналіну) в плазмі крові у роділь у першому періоді пологів, до і на тлі проведення різних видів корекції дискоординованої пологової діяльності.

References

1. Bologov MA, Penzhoyan GA. Klinicheskie factory razvitiya anomalii rodovoy deyatel'nosti i stress [Clinical factors in the development of labor abnormalities and stress]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*. 2018; 25(1): 46-53. [Russian] doi: 10.25207/1608-6228-2018-25-1-46-53
2. Baev OR, Kozlova OA, Rubtsova SV, Rummyantseva VP, i dr. Vliyaniye epidural'noy anesteziyi na prodolzhitel'nost' trodov, chastotu slabosti rodovoy deyatel'nosti i kesareva secheniya [Effect of epidural anesthesia on the duration of labor, the incidence of weak labor and cesarean section]. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2014; 6: 41–6. [Russian]
3. Voskresenskiy SL. Otsenka sostoyaniya ploda. Kardiotokografiya. Dopplerometriya. Biofizicheskiy profil [Assessment of the condition of the fetus. Cardiotocography. Dopplerometry. Biophysical profile]. Ucheb posobie. Mn: Knizhnyy dom; 2004. 304 p. [Russian]
4. *Akusherstvo ta ginekologiya* [Obstetrics and gynecology]. Natsionalniy pidruchnik u 4-kh t. Za red VM Zaporozhana. Vol 1. Akusherstvo. K: VSV "Meditsina"; 2013. 1032 p. [Ukrainian]
5. Kozonov GR, Kuzminykh TU, Tolibova GK, Tral TG. Klinicheskoe techeniye rodov i patomorfologicheskie osobennosti miometriya pri diskoordinatsii rodovoy deyatel'nosti [The clinical course of labor and pathological features of the myometrium during discoordination of labor]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney*. 2015; 64(4): 39-48. [Russian] doi: 10.17816/JOWD64439-48
6. Orlova TS, Egorova NA. Osobennosti vedeniya rozhenits s anomaliami rodovoy deyatel'nosti [Features of the management of labor with anomalies of labor]. *Mezhdunarodnyy studencheskiy nauchnyy vestnik*. 2016; 2: 49. [Russian]
7. *Nakaz № 676 Ministerstva okhorony zdorov'ya Ukrainy vid 31.12.2004*. «Pro zatverdzhennyy klinichnoy protokoly z akusherskoy dopomohy "Anomalii polohovoy diyal'nosti"» [On Approval of the Clinical Protocol on Obstetric Care Anomalies of Labor]. [Ukrainian]
8. Zarubina EN, Baklanov SYu, Zykova AS, Semenova AL, Teplyakova AN, Yakovleva EV. Normalizatsiya diskoordinirovannoy rodovoy deyatel'nosti [Normalization of disordinated labor]. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik*. 2018; 4: 107-9. [Russian]
9. Ohara Y, Peterson TE, Hanson DG. Cervix dystocia in discoordination of labor activity. *J Clin. Invest*. 1993; 91: 487–92. doi: 10.1172/JCI116491
10. Willix AL, Nagel B, Churchill V, et al. External hystero-graphy and tocometry in diagnostic anomalies labor activity. *Atherosclerosis*. 2005; 5: 250-5.
11. Vdovichenko YuP, Goncharuk NP, Gurzhenko EYu. The analysis of abdominal delivery cases at labor activity anomalies. *Zdorove zhenshchiny*. 2017; 6(122): 103.
12. Prior M, Richardson A, Asif S, Polanski L, Parris-Larkin M, Chandler J, et al. Outcome of assisted reproduction in women with congenital uterine anomalies: a prospective observational study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018 Jan; 51(1): 110-7. PMID: 29055072. DOI: 10.1002/uog.18935

УДК 618.5: 615.832

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ДИСКООРДИНАЦИЕЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Звягина Н. Ю., Лазуренко В. В.

Резюме. Дискоординация родовой деятельности занимает одно из первых мест среди аномалий сократительной деятельности матки с частотой травматических осложнений со стороны матери и плода, при этом частота кесарева сечения составляет от 10 до 30%, дистресс плода равен 35%. Отсутствие критериев прогнозирования, невозможность определения групп беременных, которым угрожает развитие дискоординации родовой деятельности, вынуждают акушеров-гинекологов разрабатывать клинико-диагностические критерии с поиском и изучением новейших терапевтических возможностей регуляции аномалий сократительной деятельности матки.

Целью нашего исследования стало изучение причин дискоординации родовой деятельности и возможностей ее терапии по результатам клинико-инструментального обследования женщин с нарушением сократительной функции матки. Было обследовано 90 женщин с дискоординацией родовой деятельности и 30 женщин с физиологическим течением родов (контрольная группа). В зависимости от метода лечения дискоординации родовой деятельности роженицы были разделены на три клинические подгруппы: I – с традиционной коррекцией дискоординации родовой деятельности согласно приказам МЗ Украины, II – для лечения дискоординации родовой деятельности проводилась эпидуральная анестезия, III – для коррекции дискоординации родовой деятельности применяли фосфатидилхолин (Биолек, Украина).

В I клинической подгруппе был самый низкий уровень кесарева сечения – 33,3%, во II подгруппе процент частоты кесарева сечения достиг 66,7%, в III подгруппе, где коррекцию дискоординации родовой деятельности проводили с помощью препарата, действующим веществом которого является фосфатидилхолин, количество родов, которые завершились оперативным вмешательством, равнялась 40%.

Таким образом, проведенное исследование доказывает высокую эффективность использования фосфатидилхолина в комплексной терапии дискоординации родовой деятельности в сравнении с существующими методами за счет нормализации родовой деятельности, улучшения состояния роженицы и состояния плода, снижения процента оперативных вмешательств, уменьшения количества перинатальных осложнений.

Ключевые слова: дискоординация родовой деятельности, фосфатидилхолин.

UDC 618.5: 615.832

Results of Clinical and Instrumental Examination and Treatment of Women with Discoordinated Labor

Zviahina N. Yu., Lazurenko V. V.

Abstract. Discoordinated labor occupies one of the first places among the anomalies of the uterus contractile activity because of the frequency of traumatic complications on the part for a mother and a fetus. In this case the frequency of cesarean section is from 10 to 30% and the fetus distress is 35%. The lack of prediction criteria, the impossibility of identifying groups of pregnant women, threatening the development of discoordinated labor make obstetricians and gynecologists develop clinical and diagnostic criteria with the search and study of the newest therapeutic options for regulation of anomalies of the uterus contractile activity.

The purpose of our study was to study the causes of discoordinated labor and the possibilities of its therapeutic treatment based on the results of clinical and instrumental examination of women with a violation of contractile function of the uterus.

Material and methods. We examined 90 women with discoordinated labor (main group) and 30 women with physiological course of labor (control group). The average age of women in the main group was 26.5 ± 3.2 years, in the control group the average age was 23.4 ± 2.3 years.

Depending on the method of treatment of discoordinated labor women were divided into three clinical subgroups: the 1st group included women with the traditional correction of discoordinated labor in accordance with the orders of the Ministry of Health of Ukraine; the 2nd group had women who were performed epidural anesthesia for the treatment of discoordinated labor; and the 3rd group encompassed women who were given Phosphatidyl Choline for correction of discoordinated labor (Biolik, Ukraine).

Results and discussion. To determine the causes of discoordinated labor development, we analyzed the somatic and obstetric clinical records of women, parity, the presence of occupational and domestic hazards, parameters of their partograms, the rate of the womb opening, the results of hystero-graphy and cardiocography.

While studying the uterus contractile function in women with discoordinated labor, we revealed the violation of duration, frequency and amplitude of contractions, the reduction of the lower segment contradictions in comparison with similar indices in physiological delivery. It clinically was manifested by increased pain in the uterus contractions, slowing of the cervix opening and the lack of moving of the lying part of the fetus along the birth canal. Histerograms showed irregular contradictions (40%), with low amplitude (19%), and changes in the coordination of uterine contractions (9%). The ultrasound data detected different thickness of myometrium in the body of the uterus and in the lower segment in the main and control groups (1.9 ± 0.2 mm and 2.8 ± 0.3 mm, respectively). According to doplerometry there was a violation of hemodynamics of uterine arteries and uterine-placental blood flow in each second woman with discoordinated labor.

The 1st clinical subgroup had the lowest level of cesarean section which was 33.3%; the percentage of cesarean section reached 66.7% in the 2nd group; in the third group, where the correction of the discoordinated labor was carried out with the drug, the active substance of which is Phosphatidyl Choline, the number of births, which resulted in surgical intervention, equaled 40%.

Conclusion. Thus, the study proved the high efficiency of using Phosphatidyl Choline in the complex therapy of discoordinated labor in comparison with existing methods at the expense of normalization of labor activity, improvement of the condition of the woman and the state of the fetus, a decrease in the percentage of surgical interventions, and a decrease in the number of perinatal complications.

Keywords: discoordinated labor, Phosphatidyl Choline.

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 29.05.2019 р.
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування