

კ. ხარაბაძე, დ. კობეშავიძე

მშობიარობის ინდუქციის ეფექტურობის შეფასება სხვადასხვა გესტაციური ვადის პირობებში

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტი; შ.პ.ს. „იმედის კლინიკა“, საქართველო

K. KHARABADZE, D. KOBESHAVIDZE

EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF LABOR INDUCTION, PERFORMED IN THE DIFFERENT GESTATIONAL TERMS

TSMU Department of Obstetrics and Gynecology; Ltd „Imedi Clinic“, Tbilisi, Georgia

SUMMARY

The objection was to compare the efficiency of labor induction in less than 41 weeks and more than 41 weeks gestational ages. Respectively there was formed two clinical groups of pregnant women (75 and 49), having indications for labor induction. Comparative analysis has revealed more efficiency of induction, performed till 41 weeks, than after 41 weeks. Obtained dates fully coincide with official considerations about safety and high effectiveness of induction, performed in less than 41 weeks of gestation, for improving maternal and perinatal outcomes.

მშობიარობის ინდუქცია (მშობიარობის აღძვრა) კვლავ რჩება სამეანო პრაქტიკისთვის დამახასიათებელ ერთ-ერთ ხშირ ჩარევად და ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით მშობიარობათა დაახლოებით 1/3 არის ინდუცირებული [8]. საშვილოსნოს ყელის მომზადება (პრეინდუქცია) წარმოადგენს მნიშვნელოვან ფაქტორს მშობიარობის აღძვრის ეფექტურობის გაზრდაში [1].

საშვილოსნოს ყელის მოსამწიფებლად გამოიყენება როგორც მექანიკური, ასევე ფარმაკოლოგიური საშუალებები, თუმცა აქამდე არ არსებობს კონსენსუსი პრეინდუქციის და ინდუქციის ოპტიმალურ მეთოდთან დაკავშირებით [3].

ფოლეთის კათეტერის გამოყენება საშვილოსნოს ყელის მომზადებისთვის თანაზომადია პროსტაგლანდინებთან ეფექტურობის თვალსაზრისით. ამასთან ერთად, ნაკლებად საშიშია პროსტაგლანდინებთან შედარებით, რადგანაც არ იწვევს საშვილოსნოს ტაქისისტოლიას, FHR-ის შემდგომი გაუარესებით [9,12].

დღეისთვის დაგროვილია მზარდი სამეცნიერო ინფორმაცია, რომლის მიხედვითაც 39კვ. ორსულობის ვადის შემდგომ მნიშვნელოვნად მატულობს არახელსაყრელი პერინატალური და დედისმხრივი შედეგების სიხშირე [4,5,6,11]. ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით, მოცდითი ტაქტიკის დროს (მშობიარობის ინდუქციასთან შედარებით) უფრო ხშირად ვითარდება ჰიპერტენზიული გართულებები და პრეეკლამპსია, აგრეთვე უფრო ხშირად დგება ახალშობილთა რესპირატორული მხარდაჭერის აუცილებლობა. ამასთან ერთად მშობიარობის ელექტიური ინდუქციის მეშვეობით შესაძლებელი გახდა საკეისრო კვეთის სიხშირის შემცირება [7,10].

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა მშობიარობის ინდუქციის ეფექტურობის შეფასება და შეფარდებითი ანალიზი 2 გესტაციურ ჯგუფში: გესტაციური ასაკი < 41კვ. („Fულლ ტერმ“) და გესტაციური ასაკი \geq 41 კვ. („Late term“).

კვლევაში ჩართულ იქნა 124 ორსული, რომლებიც განაწილდნენ 2 კლინიკურ ჯგუფში გესტაციური ასაკის მიხედვით. I ჯგუფი აერთიანებდა 75 ორსულს

გესტაციური ასაკის ფარგლებით 38-40 (+6) კვ.; II ჯგუფში შედიოდა 49 ორსული, რომელთა გესტაციური ასაკი მერყეობდა 41-42 კვ. ფარგლებში.

ორსულობის ვადის და მოსალოდნელი მშობიარობის თარიღის დადგენისთვის ვიყენებდით მენსტრუალური ციკლის პარამეტრებს (უკანასკნელი მენსტრუაციის პირველი დღე; ციკლის რეგულარულობა/არარეგულარულობა; ციკლის ხანგრძლივობა) და ულტრაბგერითი ბიომეტრიის მონაცემებს. 11-14 კვ. ფარგლებში ულტრაბგერით განსაზღვრული CRL ითვლება პრიორიტეტულად ორსულობის ვადის ზუსტი განსაზღვრის კუთხით, თუ განსხვავება მენსტრუაციის პარამეტრებსა და უბგ მონაცემებს შორის I ტრიმესტრში შეადგენს > 5 დღეს და მენსტრუაციის პარამეტრებსა და უბგ მონაცემებს შორის II ტრიმესტრში 10-ზე მეტ დღეს, მშობიარობის მოსალოდნელი ვადა ისაზღვრებოდა უბგ მონაცემების მიხედვით. უბგ მონაცემების არსებობის დროს I და II ტრიმესტრში, ორსულობის და მოსალოდნელი მშობიარობის ვადა გამოითვლებოდა უფრო ადრეული გამოკვლევის მონაცემებზე დაყრდნობით.

გამოკვლევაში ჩართვის კრიტერიუმები იყო შემდეგი: ასაკი 18-45 წწ.; ერთნაყოფიანი ორსულობა; ნაყოფის თავით წინმდებარეობა; გესტაციური ასაკი – 38-40 (+6) კვ. – I ჯგუფისთვის და 41-42 კვ. – II ჯგუფისთვის; უმწიფარი საშვილოსნოს ყელი (ბიშოფის შკალით შეფასება < 8); ინდუქციის ჩვენებების არსებობა I ჯგუფში: პრეეკლამპსია; გესტაციური შაქრიანი დიაბეტი; ნაყოფის საშვილოსნოსშიდა ზრდის შეფერხება; ტყუპი ნაყოფი; ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაწილობრივი, ნაადრევი, არაპროგრესირებადი აცლა; რეზუს იზოიმუნიზაცია; II ჯგუფში: გესტაციური ასაკი \geq 41კვ. – დამოუკიდებლად, ან ზემოხსენებულ პათოლოგია/პათოლოგიებთან ერთად); წინააღმდეგჩვენებების არარსებობა ვაგინალური მშობიარობისთვის და უტეროტონიკების (პროსტაგლანდინი; ოქსიტოცინი) გამოყენებისთვის; ინფორმირებული თანხმობა.

გამოკვლევაში არჩართვის კრიტერიუმებს წარმოადგენდა: საშვილოსნოს მიომა და განვითარების ანომალიები; საკეისრო კვეთა ანამნეზში, მძიმე ექსტრაგენიტალური დაავადებები; არტერიული ჰიპერტენზია \geq 160/100 mmHg; ნაყოფის მენჯით წინმდებარეობა; მრავალნაყოფიანობა; ნაყოფის სავარაუდო წონა < 2000გ. ან > 4500გ.; მწვავე პირველადი გენიტალური ჰერპესი; საშვილოსნოს ყელის კიბო; ნაყოფის მწვავე არაკეთილსაიმედო მდგომარეობისთვის დამახასიათებელი კტგ მონაცემები; გეგმიური საკეისრო კვეთის ჩვენებების არსებობა; სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა.

გამოკვლევაში ჩართული ორსულები იღებდნენ დეტალურ ინფორმაციას ექიმ-მკვლევარისგან შემდეგ საკითხებზე: ინდუქციის ჩვენებები; აღნიშნული ჩარევის თანამიმდევრობა; შესაძლო გართულებები; გვერდითი მოვლენები და შედეგები.

ეტაპური შედეგების/ეფექტების უკეთ წარმოდგენის მიზნით (რომლებიც წარმოადგენენ საკვლევ ჯგუფებში ჩასატარებელი შეფარდებითი ანალიზის ქვაკუთხედს) მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ინდუქციის სტანდარტული სქემის სტრუქტურული კომპონენტების მოკლედ გახსენება:

- 1) საღამოს (19⁰⁰-ზე) ფოლიის კათეტერის ინსერცია ცერვიკალურ არხში.
- 2) 12 სთ-ის შემდეგ კათეტერის ამოღება და განმეორებითი ვაგინალური გასინჯვა.
- 3) ყელი არ არის მომწიფებული (ბიშოფის შკალით < 8) → მიზოპროსტოლი 25 მკგ საშოში, 4-6 სთ-ში განმეორების პერსპექტივით (მაქსიმალური დოზა – 150 მკგ). ყოველი განმეორებითი დოზის შეყვანის წინ უნდა შეფასდეს ყელის მდგომარეობა ბიშოფის შკალით.

4) კათეტერის ამოღების შემდეგ თუ ყელი არის მწიფე (ბიშოფის შკალით > 8) კეთდება ამნიოტომია.

5) მშობიარობის დაწყებად მიჩნეულია საშვილოსნოს რეგულარული შეკუმშვების აღმოცენება და განვითარება (2-3 შეტევა 10 წთ-ის განმავლობაში; თითოეული შეტევის ხანგრძლივობა არ არის 20 წამზე ნაკლები).

6) შეტევების არარსებობის შემთხვევაში ვიწყებდით მშობიარობის აღძვრას ოქსიტოცინით (ეროვნული პროტოკოლის მიხედვით უპირატესობა ენიჭება ოქსიტოცინით ინდუქციის დაწყებას ამნიოტომიის წარმოებისთანავე, თუმცა სხვა ლიტერატურული წყაროების მიხედვით ოქსიტოცინით ინდუქცია შეიძლება დაიწყოს ამნიოტომიიდან 4 სთ-ის განმავლობაში – [2]).

7) ოქსიტოცინის საწყისი დოზა – 2 მლ/წთ. დოზის გაორმაგება ხდება ყოველ 15 წთ-ში. ოქსიტოცინის დოზის მატება ხდება მანამ, სანამ შეტევების ინტენსივობა არ გახდება 3-4 შეკუმშვაზე მეტი 10 წთ-ის განმავლობაში და თითოეული შეტევის ხანგრძლივობა არ იქნება > 40 წმ-ზე. ოქსიტოცინის ინფუზიის დაწყებიდან 30 წთ-ში რეკომენდებულია ნაყოფის გულისცემის მუდმივი ელექტრონული მონიტორინგის დაწყება.

8) ოქსიტოცინით უშედეგო ინდუქციის კრიტერიუმები: თუ ოქსიტოცინის ი/ვ ინფუზიის დაწყებიდან 4 სთ-ის შემდეგ – სამშობიარო მოქმედება არ გაძლიერდა (> 3 შეტევაზე 10 წთ-ის განმავლობაში, თითოეული > 40 წმ-ის ხანგრძლივობის); საშვილოსნოს ყელი არ გაიხსნა, ან იხსნება < 1 სმ/სთ. სიჩქარით; ნაყოფის თავი არ განიცდის ბრუნვას/წინმსვლელობას.

მშობიარობის ინდუქციის ეფექტურობის შეფასება სხვადასხვა გესტაციურ ვადაზე და შეფარდებითი ანალიზი ემყარება საკვლევ I და II ჯგუფებში შემდეგი ცვლადი პარამეტრების დეტექციას:

ა) ბიშოფის შკალით შეფასების ცვლილება ფოლეს კათეტერის ამოღების შემდეგ;

ბ) ინტერვალი კათეტერის ამოღებიდან მშობიარობის დაწყებამდე;

გ) ინტერვალი კათეტერის ჩადგმიდან მშობიარობის დასრულებამდე (საშოსმხრივი გზით);

დ) ქალების რაოდენობა, რომელთაც იმშობიარეს საშოსმხრივი გზით კათეტერის ჩადგმიდან 24 სთ-ის განმავლობაში;

ე) პრეინდუქციის და ინდუქციის უეფექტობის სიხშირე;

ვ) საკესირო კვეთის გზით დასრულებული მშობიარობების სიხშირე;

ზ) საშვილოსნოს ტაქისისტოლიის სიხშირე;

თ) ოქსიტოცინის გამოყენების საჭიროება მშობიარობის ინდუქციის პროცესში;

ი) მშობიარობის და „უწყლო“ პერიოდის ხანგრძლივობა;

კ) პროსტაგლანდინების გამოყენების ინტენსივობა „უმწიფარი“ ყელის პირობებში;

ლ) ინდუქციის შედეგები ახალშობილთათვის.

I და II საკვლევ ჯგუფებში ზემოხსენებული პარამეტრების სხვადასხვა მაჩვენებლებს შორის სხვაობის სტატისტიკური ღირებულება ფასდებოდა სტიუდენტის კრიტერიუმის მიხედვით. კვლევა ჩატარდა შპს „იმედის კლინიკის“ ბაზაზე და მოიცავდა პერიოდს 2017 წ. იანვრიდან – 2020 წ.-ის მაისამდე.

ორივე საკვლევ ჯგუფში აღინიშნებოდა ორსულთა მსგავსი განაწილება საშუალო ასაკის, სხეულის მასის და სიმაღლის მიხედვით; ამასთან აღინიშნებოდა სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა სხეულის მასის ინდექსის მხრივ (25,56კგ/მ² და

26,81კგ/მ²; P=0,03). პარიტეტის გაანალიზებით აღმოჩნდა, რომ ორივე ჯგუფში აბსოლუტური უმრავლესობა წარმოადგენდა პირველად ორსულებს (71,7% და 82,5%).

კათეტერის ამოღების შემდეგ საშვილოსნოს ყელის სიმწიფე (ბიზოფის შკალით ≥ 8) მიღწეულ იქნა I ჯგუფში 11 (14,6%), ხოლო II ჯგუფში – 8 (16,3%) შემთხვევაში (P=0,73).

კათეტერის ამოღებამდე რეგულარული შეტევების დაწყება დაფიქსირდა I ჯგუფში 28 (37,3%), ხოლო II ჯგუფში – 10 (20,4%) შემთხვევაში (P<0,05).

კათეტერის ამოღების შემდეგ „უმწიფარი“ ყელის შენარჩუნების შემთხვევებში ორსულებს საშოსმხრივ ენიშნებოდათ მიზოპროსტოლი - 25 მკგ. I საკვლევ ჯგუფში პროსტაგლანდინის დანიშვნა დაფიქსირდა 34 (45,3%), ხოლო II ჯგუფში – 24 (48,9%) შემთხვევაში (P>0,05). I ჯგუფის ყველა შემთხვევაში მიზოპროსტოლის ერთჯერადი დოზა აღმოჩნდა საკმარისი, მაშინ როდესაც II ჯგუფის 6 შემთხვევაში საჭირო შეიქმნა ერთჯერადი რედოზირება.

ინდუქციის მიზნით ამნიოტომია I ჯგუფში ჩატარდა 15 (20,0%), ხოლო II ჯგუფში 18 (36,7%) ორსულს (P<0,05), მათგან განმეორებითმშობიარე I ჯგუფიდან იყო 1, ხოლო II ჯგუფიდან – 2.

პრენდუქციის (საშვილოსნოს ყელის მომწიფების) მიზნით ჩატარებულმა ღონისძიებებმა სუმარულად უზრუნველყო სამშობიარო შეტევების განვითარება I ჯგუფის 73 (97,3%) და II ჯგუფის 41 (83,7%) ორსულში (P<0,05).

კათეტერის ჩადგმიდან 24 სთ-ში დასრულებული საშოსმხრივი მშობიარობების სიხშირე I ჯგუფში შეადგენდა 57 (76,0%), ხოლო II ჯგუფში – 23 (46,9%); (P<0,05).

არაეფექტური ინდუქციის სიხშირე უფრო მაღალი იყო II ჯგუფში – 8 (16,3%), I ჯგუფთან შედარებით – 2 (2,7%). სხვაობა აღმოჩნდა სტატისტიკურად სარწმუნო (P=0,02).

II ჯგუფის ქალებში უფრო ხშირად აღინიშნებოდა სამშობიარო მოქმედების სისუსტე – 8 (16,33%), მაშინ როცა I ჯგუფში ანალოგიური გართულება ფიქსიდებოდა მხოლოდ 2 შემთხვევაში (2,67%); (P=0,02). ყველა შემთხვევაში საქმე ეხებოდა პირველადმშობიარეებს. მშობიარობის სტიმულაცია ოქსიტოცინით უფრო ხშირად ტარდებოდა მე-2 ჯგუფის მშობიარეებში – 7 (14,29%). I ჯგუფის მშობიარეებში იგივე ჩარევა ნაწარმოები იქნა 2 შემთხვევაში (2,67%; P<0,05).

მშობიარობა დასრულდა ბუნებრივი სამშობიარო გზებით 64 შემთხვევაში (85,3%) I ჯგუფში და – 33 (67,3%) II ჯგუფში (P<0,05).

მშობიარობა დასრულდა საკეისრო კვეთის ოპერაციის გზით I ჯგუფში 11 შემთხვევაში (14,7%) და II ჯგუფში – 16 შემთხვევაში (32,7%); (P<0,05).

ყველა მშობიარობა ორივე საკვლევ ჯგუფში დასრულდა ცოცხალი ახალშობილების დაბადებით. I და II ჯგუფებში არ იყო განსხვავება აპგარის შკალით შეფასების მხრივ სიცოცხლის I და მე-5 წუთებზე.

ვადაგადაცილების ნიშნების მქონე ახალშობილები I ჯგუფში აღინიშნა 1 შემთხვევაში (1,3%), ხოლო II ჯგუფში – 8 შემთხვევაში (16,3%); (P<0,05).

ჩატარებული შეფარდებითი ანალიზის საფუძველზე გამოვლინდა მშობიარობის ინდუქციის უფრო მეტი ეფექტურობა 41 კვ. ვადამდე, ≥ 41 კვ. გესტაციურ ასაკთან შედარებით, რაც დასტურდება შემდეგი მონაცემებით:

1. ფოლეთის კათეტერის ამოღებამდე რეგულარული შეტევების უფრო ხშირი დაწყება.

2. „უმწიფარი“ ყელის შენარჩუნების შემთხვევებში მიზოპროსტოლის გამოყენების ერთჯერადი ხასიათი (რედოზირების საჭიროების არარსებობა).

3. ამნიოტომიის უფრო იშვიათად ჩატარების საჭიროება.
 4. პრეინდუქციის მიზნით ჩატარებული ღონისძიებებით სამშობიარო შეტევების განვითარების მაქსიმალური სიხშირის მიღწევა.
 5. კათეტერის ჩადგმიდან 24 სთ-ში დასრულებული სამოსმხრივი მშობიარობების უფრო მაღალი სიხშირე.
 6. არაეფექტური ინდუქციის მინიმალური სიხშირე.
 7. სამშობიარო მოქმედების სისუსტის და შესაბამისად ოქსიტოცინით სტიმულაციის მინიმალური სიხშირე.
 8. სამოსმხრივი მშობიარობების სიხშირის მომატება და შესაბამისად აბდომინალურ მშობიარობათა მინიმიზაცია.
- ამრიგად, მიღებული მონაცემები სრულად ადასტურებს თანამედროვე სამეცნიერო-ლიტერატურულ შეხედულებებს 41 კვირამდე ჩატარებული ინდუქციის უსაფრხოობის და ეფექტურობის შესახებ, რაც ნაწარმოები უნდა იქნას დედისმხრივი და პერინატალური შედეგების გაუმჯობესების მიზნით.

ლიტერატურა:

1. Баев О.Р., Бабич Д.А. и др. Опыт применения двухбаллонного катетера для подготовки к родам. "Акушерство и гинекология", 2019; 3; 64-71.
2. Баев О.Р., Бабич Д.А. сравнение эффективности индукции родов при беременности "Full term" и "Late term". «Акушерство и гинекология», 2020; 2; 97-103.
3. Бабич Д.А.; Баев О.Р. и др. Применение баллонных катетеров для подготовки шейки матки к родам. Медицинский оппонент, 2018; 1(2): 24-31.
4. Baev O.R., Rumyanseva V.P., et all. Outcomes of mifepristone usage for cervical ripening and induction of labor in full-term pregnancy. „EUR. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2017; 2017; 144-9.
5. Chen H.I., Grobman W.A. et all. Neonatal and maternal adverse outcomes among low-risk parous women at 39-41 weeks of gestation. "Obstet. Gynecol."; 2019; 134(2): 288-94.
6. Chen H.I.; Grobman W.A. et all. Neonatal and maternal morbidity among low-risk nulliparous women at 39-41 weeks of gestation. "Obstet. Gynecol."; 2019, 133(4): 729-37.
7. Grobman W.A.; Rice M.M. et all. Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. "N. Eng. J. Med."; 2018; 379(6): 513-23.
8. Jazwiak M., Oude Rengerink et all. Foley catheter versus vaginal prostaglandin E2 gel for induction of labor at term (PROBAAT trial): an open-label, randomized controlled trial. "Lancet", 2011; 378(9809): 2095-103.
9. Jazwiak M., Blaemenkamp K.W., et all. Mechanical methods for induction of labor. Coshrane Database Syst. Rev. 2012; (3): CD001233.
10. Sinkey R.G., Blanchard C.T., et all. Elective induction of labor in the 39th. Week of gestation compared with expectant management of low-risk multiparous women. "Obstet. Gynecol.". 2019; 134(2): 282-287.
11. Spong C.Y. Defining "term" pregnancy: recommendations from the defining „term" pregnancy workgroup. JAMA. 2013; 309(23): 2445-6.
12. Vaknin Z., Kurzweil Y. et all. Foley catheter balloon versus locally applied prostaglandins for cervical ripening and labor induction: a systemic review and metaanalysis. "Am. J. Obstet. Gynecol.", 2010; 203(5): 418-29.

К.ХАРАБАДЗЕ, Д.КОБЕШАВИДЗЕ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДУКЦИИ РОДОВ В РАЗНЫЕ ГЕСТАЦИОННЫЕ СРОКИ

Департамент акушерства и гинекологии ТГМУ; Клиника «Имеди»; Тбилиси, Грузия

РЕЗЮМЕ

Целью исследования явилось сравнение эффективности индукции родов при беременности со сроком <41 недель и \geq 41 недель. Соответственно были сформированы 2 клинические группы, с разным сроком беременности (75 и 49), с показаниями для индукции родов. Проведённый сравнительный анализ показал более высокую эффективность индукции родов во время гестационного срока <41 недель, чем \geq 41 недель.