

лізу нам вдалося побудувати математичні моделі та алгоритми прогнозування можливості перинатальних втрат у вагітних, хворих на цукровий діабет, які дозволяють виконувати прогнозування як за показниками окремих систем, так і при наявності всіх результатів обстежень, з урахуванням сумарної оцінки всіх виділених

показників. Алгоритми прогнозування прості у використанні, їх застосування дозволить вчасно провести для жінок з високим ризиком перинатальних втрат лікувально-профілактичні заходи, що сприятиме зниженню перинатальної захворюваності й смертності, частота яких при цукровому діабеті залишається високою.

Список літератури

1. Витушко С.А., Титченко Л.И., Гришин В.Л. Пути снижения перинатальной смертности при сахарном диабете у беременных. Вестник АМН СССР 1991; 5: 31–36.
2. Дубов А.М., Мхитарян В.С., Трошин Л.И. Многомерные статистические методы. М.: Финансы и статистика; 1998.
3. Лапач С.Н., Губенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. К.: МОРИОН; 2000.
4. Улащик В.В., Цибин А.К. Доказательная медицина: основные понятия, первые шаги в Белоруссии. Здоровоохранение 2000; 5: 2–5.
5. Raspe H., Stange E.F. Evidence-based medicine: context and relevance. Z. Gastroenterol 1999; 37 (6): 525–533.
6. Valdivieso V. Evidence-based medicine. Rev. Med. Chil. 1997; 125 (9): 103–1109.

Отримано 05.05.04

© Т.В. Авраменко, Т.В. Коломійченко, 2004

УДК 618.146.618.4-089.163

ЕФЕКТИВНІСТЬ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ПІДГОТОВКИ ШИЙКИ МАТКИ ДО ПОЛОГІВ

О.М. ЮЗЬКО, Т.Г. ФАРМАЗЕЙ

Кафедра акушерства та гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. – проф. О.М. Юзько)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. С целью оценки эффективности разных методов подготовки шейки матки к родам был проведен анализ 267 родов в пяти исследуемых группах беременных с разными методами подготовки: I группа – контрольная, 100 женщин без подготовки к родам, II – 60 женщин с подготовкой глюкозо-витамино-эстрогенно-кальциевым фоном, III – 22 женщины с подготовкой шейки матки ламинариями, IV – 35 женщин с комплексной поэтапной подготовкой (первый этап – эстрогенный фон, второй этап – ламинарии), V – 50 женщин с подготовкой шейки матки локальными аппликациями простагландинов (препидил-гель и простин E₂ вагинальный гель). Сравнивались особенности периода подготовки шейки матки, основные клинические показатели родов и послеродового периода, эффективность и безопасность разных методов подготовки. При подготовке ламинариями степень зрелости шейки матки по шкале Бишопа составила 6,8±0,28, а при подготовке простагландинами – 6,1±0,24, что обусловило большую эффективность подготовки шейки матки ламинариями (86,4 и 60,0% соответственно; p<0,05). Динамика базального тонуса матки при использовании ламинарий составила 0,6±0,49 мм рт. ст. (0,1±0,06 кПа), при подготовке эстрогенным фоном – 4,1±0,7 мм рт. ст. (0,5±0,02 кПа), простагландинами – 7,6±1,2 мм рт. ст. (0,9±0,2 кПа); p<0,05. Это объясняет повышение сократительной активности матки до окончания подготовки в группе простагландинов до 70%, а в группе ламинарий – до 49,1%. Самостоятельная родовая деятельность у беременных, которым не проводилась подготовка (поступили на роды), развилась в 96%, при использовании эстрогенного фона – в 78,3%, простагландинов – в 74%, при подготовке ламинариями – в 54,5% (p<0,05). Частота кесарева сечения в контрольной группе была 8%, в группе простагландинов – 26% (p<0,05), в группе с эстрогенным фоном – 15%, а в группе ламинарий – 13,6% (p>0,05). Процент осложнений III периода родов не отличался во всех группах. При оценке общей кровопотери расхождений в группах не было. Средний койко-день в группе ламинарий составил 6,5, в группе простагландинов – 5,7, в контрольной группе – 7,3 (p<0,05). Следовательно, ламинарии – это эффективное парамедицинское средство для преиндукционной подготовки шейки матки, которое отвечает требованиям современного акушерства и может применяться при родоразрешении беременных группы высокого риска с «незрелой» шейкой матки.

Ключевые слова: подготовка шейки матки, ламинарии.

Summary. Efficiency of glucose-vitamine-estrogene-calcium background, natural laminaria and prostaglandins for preparation for labour has been compared. Control group included the women who had not gone through preparation for labour. For the women with unripe cervix, prevalence of tone of parasympathetic nervous system and increased initial basal uterine tone preparation of the cervix is indicated.

Key words: uterine tone preparation, laminaria.

ФЕНОМЕН пологової перейми здавна дивував та бентежив лікарів. Механізм, в якому органічно сплелися дві діалектично суперечні функції матки – плодовиношування та підготовка до плодовиношення, механізм, в якому гідродинаміка та гідравліка матково-плацентарного кола кровообігу активно використовуються в процесі конвертування енергії маткового скорочення міометрія у зовнішню роботу з подолання резистентності тканин шийки матки, тобто в її дилатацію [12].

Гемодиркуляторна система матки (судинні сплетення матки з венозними лакунами) функціонально пов'язана з її скороченням та розслабленням.

Механічні коливання міометрія передаються на стінки судин, викликаючи хвилю крові, яка дискретно йде до нижнього сегменту та шийки матки, а потім у зворотному напрямку. Тим самим посилюється тиск на внутрішнє вічко та шийку матки, що призводить до її розкриття [8, 14].

Важливе місце в акушерстві займає раціональна підготовка вагітних до пологів. Це зумовлено двома обставинами. З одного боку, при відсутності біологічної готовності до пологів збільшується частота аномалій пологової діяльності, внутрішньоутробної гіпоксії плода і, як наслідок, частота акушерських операцій, пологовий травматизм матері та новонародженого. З іншого боку, з розширенням можливостей пренатальної діагностики, збільшенням кількості вагітних високого ризику з приводу тяжких соматичних захворювань, тяжких форм гестозу, Rh-конфлікту, перед акушерками постає питання про дострокове переривання вагітності [4]. Ефективність індукції пологів визначається станом шийки матки. Для успішного початку та подальшого розвитку нормальної скоротливої активності матки необхідна «зріла» шийка матки. Апробовано багато способів допологової підготовки організму вагітної:

- фізіопсихопрофілактична підготовка (дихальна, динамічна та ізометрична гімнастика, дозовані фізичні навантаження, комбінована психотерапія) [5];

- медикаментозна терапія (гормональні, ферментативні, спазмолітичні препарати, інфузії сипетину, застосування простагландинів, глюкокортикостероїдів, антагоністів кальцію, адренергічних засобів, енергетичного фону, антиоксидантів) [2, 4, 11, 13, 15];

- фізіотерапевтичні методи (інтраназальна електростимуляція, стимуляція сосків молочних залоз, ультразвукова дія на матку, гальванізація головного мозку) [2, 4];

- імунокорекція (плазмаферез, квантова гемотерапія) [9];

- голкорексфлексотерапія [10];

- осмотичні дилататори (натуральні ламінарії та синтетичні – дилапан) [1, 4, 7].

В Україні використовують рутинну підготовку глюкозо-вітамінно-естрогенно-кальцієвим фоном

(ГВЕКФ), яка є ефективною тільки в 50% випадків, та підготовку локальними аплікаціями простагландину E_2 , до недоліків якої відносять недостатню безпечність [16]. Тому питання щодо підготовки шийки матки залишаються дискусійними та актуальними і вимагають подальшого вивчення.

Метою дослідження була оцінка ефективності та безпечності сучасних методів для підготовки шийки матки до пологів.

Матеріали та методи

Проведено аналіз 267 пологів. Пацієнток було розподілено на групи: I (контрольна) – 100 жінок без підготовки до пологів; II – 60 жінок з підготовкою глюкозо-вітамінно-естрогенно-кальцієвим фоном; III – 22 жінки з підготовкою шийки матки ламінаріями; IV – 35 жінок з комплексною поетапною підготовкою: перший етап – естрогенний фон, другий етап – ламінарії (другий етап застосовували при неефективності першого); V – 50 жінок з підготовкою шийки матки локальними аплікаціями простагландинів (препідил-гель та протин E_2 вагінальний гель).

Усі вагітні з преіндукційною підготовкою шийки матки належали до групи високого ризику виникнення аномалій пологової діяльності, дистресу плода та абдомінального розродження. Вік вагітних складав від 18 до 35 років, в середньому $24,3 \pm 0,3$ року, термін вагітності – 39-41 тижднів. Протипоказань до розродження через природні пологові шляхи не було. В контрольній групі вагітних кількість первородящих та повторюродящих була однаковою. В групах жінок, які готувалися до пологів у відділенні патології вагітності, переважають первородящі: від 60% в II групі до 90% в V групі.

Необхідність в преіндукційній підготовці шийки матки ламінаріями була зумовлена переносною вагітністю (15 жінок), гестозами (20), патологічним преліментарним періодом (6), хронічною внутрішньоутробною гіпоксією плода (13), іншими причинами (Rh-конфлікт – 1, цукровий діабет – 1, антенатальна загибель плода – 1).

Усі вагітні проходили повне клінічне обстеження, включаючи ультразвукове дослідження, кардіотокографію, клініко-лабораторну оцінку вагінального вмісту. Ступінь зрілості шийки матки визначали за шкалою Бішоп (1964). При сумарному числі балів від 0 до 5 шийку матки вважали незрілою, 6 балів та більше – зрілою. В дослідження було включено пацієнток з вихідним індексом Бішоп (ІБ) менше 6 балів. Оцінювався вихідний базальний тонус матки (БТМ) та його динаміка в процесі підготовки за даними дослідження на кардіотокографі.

При підготовці шийки матки ламінаріями з дослідження виключали пацієнток, які мали в анамнезі оперативні втручання на матці, рубцеву деформацію шийки матки, лихоманку неясного генезу, вульвовагініти та/або цервіцити. Напере-

додні запланованих пологів шийку матки та піхву пацієнток обробляли розчином бетадіну, після чого в цервікальний канал вводили 3-7 паличок ламінарій (в середньому 5 великих ламінарій). Ламінарії – *Laminaria digitata* або *Laminaria japonica* (морські водорості), натуральний осмотичний дилататор у вигляді щільних негнучких паличок діаметром 2-5 мм та довжиною 5 см. Застосовують їх для розширення цервікального каналу шийки матки. Ця властивість ламінарії пов'язана з її гігроскопічністю при попаданні в рідке або вологе середовище. Розширення цервікального каналу спостерігається вже через 3-4 години після введення палички ламінарії і досягає максимуму через 24 години. До цього часу ламінарія збільшує свій поперечний розмір в 4-5 разів та розширює цервікальний канал в діаметрі від 9 до 12 мм, консистенція з щільної перетворюється на більш м'яку, еластичну. Важливим є те, що збільшувачись в поперечному розмірі, ламінарія залишається незмінною за довжиною [1]. З метою преіндукційної підготовки шийки матки в першу добу вводили від 1 до 5 ламінарій, на другу добу ламінарії видаляли та при необхідності вводили нові. Контрольна оцінка зрілості шийки матки проводилася через 20-24 години. Під час підготовки до пологів проводили динамічне спостереження за станом вагітних, вимірювали артеріальний тиск, пульс, температуру тіла, в лікуванні патологічного преліментарного періоду використовували β-адреноміметики, наркотичні анальгетики, транквілізатори, спазмолітики. Проводили кардіомонітографію плода, фіксували скоротливу активність матки.

Через 20-24 години від початку підготовки до пологів оцінювали ефективність підготовки, побічні ефекти, ускладнення та визначали умови до розродження. При зрілості шийки матки (ІБ≥6 балів) робили амніотомію з наступним пологозбудженням шляхом внутрішньовенного введення окситоцину 5 од., або до окситоцину додався ензапрост (2,5 од.+ 2,5 мг відповідно) зі швидкістю 6-8 крапель за хвилину. Якщо стан шийки матки оцінювали менше ніж 6 балів, то дотримувалися активно-очікувальної тактики. Пологи проводили під кардіомоніторним контролем. Після розродження аналізували та порівнювали в досліджуваних групах перебіг пологів, їх тривалість, результати застосування утеротонічних засобів, стан новонароджених, ускладнення післяпологового періоду.

При статистичній обробці отриманих даних використовували критерій Ст'юдента.

Результати досліджень та їх обговорення

Обстежені пацієнтки не відрізнялися за віком та терміном вагітності. Вихідний стан шийки матки в контрольній групі складав за шкалою Бішопа 8,02±0,2 бала, а в основних – в середньому 3,28±0,19 бала (p<0,05). Вихідний та контрольний ІБ в IV групі після першого етапу (естрогенний фон) були відповідно в 1,6

та 1,3 раза меншими, ніж в інших групах підготовки (p<0,05). Показники динаміки ІБ в IV групі після першого етапу та в групі підготовки простагландінами також виявилися в 1,3 та 1,4 раза меншими, ніж в групі підготовки ламінаріями. Ці розбіжності статистично значущі (p<0,05). При порівнянні III групи (ламінарії) з IV після другого етапу різниця динаміки ІБ складала 0,6 бала (p=0,05).

За сучасними уявленнями внутрішньоматковий тиск та базальний тонус міометрія (БТМ) являють собою основні регулятори кровоплину в судинах матки, інтравільозному просторі та в плаценті, тобто впливають на другий компонент пологової перейми – гемоциркуляторну систему [12]. Перед пологами БТМ в нормі дорівнює 10-15 мм рт. ст. (1,3-2 кПа). Розбіжності вихідного БТМ були незначущими в усіх групах, так само, як і контрольного, хоча найбільший контрольний БТМ був в V групі (простагландіни), а найменший – в групі підготовки ламінаріями. Зміни динаміки БТМ в процесі підготовки шийки матки були найбільшими в V (простагландіни) та в II групах (естрогенний фон), що відповідно в 10,9 та 5,9 раза (p<0,05) перебільшувало цифри динаміки БТМ в групі підготовки ламінаріями (табл. 1).

Тобто, у жінок з «незрілою» шийкою матки, переважанням тону парасимпатичної нервової системи та підвищеним вихідним БТМ показана підготовка шийки матки ламінаріями.

Самостійна пологова діяльність серед вагітних, яким не проводилася підготовка (поступили на пологи) розвинулася у 96%. Різниця з іншими групами статистично достовірна. Відсоток розвитку самостійної пологової діяльності в II та V групах не відрізнявся та був у 1,5 раза більшим порівняно з групами підготовки ламінаріями (p<0,05). Інтервал між введенням ламінарій та розвитком самостійної пологової діяльності на 8,5 години менший, ніж у групі з простагландінами, але розбіжність статистично незначуща. Частота пологопосилення найбільша в II групі, а найменша у V, різниця складає 16,7%. Тривалість пологопосилення в групі з простагландінами на 3,47 години менша, ніж у групі з естрогенним фоном (p=0,05). Частота пологовикликання не відрізнялася у II та V групах та була в 2,9 та 1,9 раза статистично меншою порівняно з групами ламінарій. Тривалість пологовикликання, на відміну від пологопосилення, була найбільшою в V групі та найменшою – в II групі. Різниця складала 2,2 години (p=0,05). Середня тривалість пологів коливалась від 8,2 год в II групі до 6,9 год в IV групі (естрогенний фон + ламінарії). Різниця статистично недостовірна. За даними літератури, середня тривалість спонтанних неускладнених пологів складає 8,4±1,1, при пологостимуляції – 10,5±0,8 [3]. Відсоток кесарева розтину найбільший у V групі, що в 3,3 раза перевищує даний показник у контрольній групі (8%) (p<0,05). У групі з естрогенним фоном він складає 15%, а в групі ламінарій – 13,6%. Роз-

Таблиця 1

Основні клінічні показники в досліджуваних групах (M±m)

Параметри	Контрольна група (без підготовки)	Естрогенний фон	Ламінарії	Естрогенний фон + ламінарії	Простагландини	
	I (n = 100)	II (n = 60)	III (n = 22)	IV (n = 35)	V (n = 50)	
ІБ вихідний, бали	8,02±0,2	3,8±0,2	3,4±0,2	е	2±0,18	3,6±0,19
				л	3,6±0,16	
ІБ контрольний, бали		6,8±0,2	6,8±0,28	е	4,6±0,16	6,1±0,24
				л	6,4±0,2	
Динаміка ІБ, бали		3,0±0,23	3,4±0,23	е	2,6±0,18	2,5±0,2
				л	2,8±0,16	
БТМ вихідний, мм рт. ст./кПа		12,4±0,7 (1,6±0,09)	14,9±0,98 (1,9±0,13)	е	14,6±0,1 (1,9±0,01)	11,1±1,2 (1,4±0,16)
				л	15,4±1,1 (2±0,1)	
БТМ контрольний, мм рт. ст./кПа		16,5±0,7 (2,1±0,09)	15,6±1,1 (2,0±0,14)	е	16,3±0,96 (2,1±0,12)	18,7±1,8 (2,4±0,22)
				л	15,8±0,98 (2,1±0,12)	
Динаміка БТМ, мм рт. ст./кПа		4,1±0,7 (0,5±0,09)	0,7±0,76 (0,1±0,09)	е	1,7±0,62 (0,2±0,08)	7,6±1,2 (0,9±0,2)
				л	0,4±0,75 (0,1±0,09)	

Примітка:

ІБ вихідний: ІБ контрольний: ІБ-динаміка: БТМ вихідний: БТМ контрольний: БТМ-динаміка:
 $p_{I-II} < 0,05$, $p_{III-V} = 0,05$, $p_{III-V} < 0,05$, $p_{2IV(l)-V} > 0,05$, $p_{2III-V} > 0,05$, $p_{2II-III} < 0,05$, $p_{2II-V} < 0,05$
 $p_{II-IV(e)} < 0,05$, $p_{II-IV(e)} < 0,05$, $p_{III-IV(e)} < 0,05$, $p_{2II-IV(e)} < 0,05$, $p_{2II-IV(e)} < 0,05$
 $p_{II-III} > 0,05$, $p_{II-IV(l)} > 0,05$, $p_{III-IV(l)} = 0,05$, $p_{2II-IV(l)} < 0,05$, $p_{2II-IV(l)} < 0,05$
 $p_{III-IV(e)} < 0,05$, $p_{IV(e)-V} < 0,05$, $p_{II-V} > 0,05$, $p_{2IV(e)-IV(n)} = 0,05$

біжності між групами з різною підготовкою статистично незначущі (табл. 2).

Ефективність підготовки шийки матки оцінювалась за ІБ≥6 балів та складала в контрольній групі 86±3,5%, що статистично не відрізнялось від ефективності в III та IV групах підготовки ламінаріями (86,4±7,3 та 77,1±7,1%), на відміну від II та V груп (естрогенний фон та простагландини) – 68,3±6 та 60±6,9% відповідно.

Частота ПРПО була найбільшою в контрольній групі (26±4,4%), найменшою – в IV групі (5,7±3,9%), що статистично достовірно, з іншими групами розбіжностей немає. У 80% ПРПО відбувався на фоні підвищеного БТМ. Збільшення скоротливої активності матки до закінчення підготовки складало в V групі (простагландини) 70±6,5%, а в групах ламінарій – 49,1±6,6%. Розбіжність статистично значуща. В усіх групах під час підготовки відмічався дистрес плода в межах 4,5-6±3,9%, розбіжності статистично незначущі. Відсоток ускладнень III періоду пологів не відрізнявся в усіх групах. При оцінці загальної крововтрати розбіжностей в групах не було. Середній ліжко-день був найменшим в групі ламінарій та простагландинів (6,5±0,28 та 5,7±0,49 відповідно) порівняно з контрольною групою – 7,3±0,2 ($p < 0,05$).

Які ж патогенетичні аспекти дії ламінарій? Вважають, що гігроскопічність ламінарій та розширення цервікального каналу внаслідок виникаючого радіального тиску відіграють провідну роль в підготовці шийки матки. Виходячи з теорії щодо силового депонування крові, як другого складового компонента пологової перемі, в матці розрізняють три гемодинамічні

зони. Перша зона розташована в тілі та дні матки – зона накопичення крові, місце, де народжується гемодинамічний імпульс. Друга функціональна гемодинамічна зона – зона проведення гемодинамічного імпульсу – перешийок. Третя гемодинамічна зона – активна зона – шийка матки, вона являє собою місце прикладання дії гемодинамічного імпульсу [8].

В процесі дозрівання та на початку першого періоду пологів шийка матки із зрізаного конусу спочатку перетворюється на шар, а потім набуває циліндричної форми. Так само, як і дистальні відділи нижнього сегменту, об'єм порожнини каналу шийки збільшується тільки за рахунок збільшення діаметра при постійному збереженні довжини шийки [12]. Дія ламінарій відтворює цей фізіологічний процес. Ламінарії збільшують об'єм активної гемодинамічної зони (тобто шийки матки) та площу прикладання дії гемодинамічного імпульсу, що відповідно посилює його загальний вплив на цервікальну тканину.

Висновки

1. При підготовці ламінаріями досягається більший ступінь «зрілості» шийки матки, ніж при підготовці простагландинами.

2. При використанні ламінарій зміни базального тону мати найменші порізньо зі змінами БТМ при підготовці естрогенним фоном та особливо простагландинами (підвищена скоротлива активність матки до закінчення підготовки в групі простагландинів – 70,0 та 49,1% при підготовці ламінаріями).

3. У жінок з «незрілою» шийкою матки, переважанням тону парасимпатичної нервової сис-

Основні клінічні показники в досліджуваних групах (M±m)

Показники	Контрольна група (без підготовки)	Естрогенний фон	Ламінарії	Естрогенний фон + ламінарії	Простагландини
	I (n = 100)	II (n = 60)	III (n = 22)	IV (n = 35)	V (n = 50)
1. Самостійна пологова діяльність – в середньому через, год	96–96±1,9%	47–78,3±5,3%	12–54,5±10,6% 33,8±6 год	17–48,6±8,4% 31±3,9 год	37–74±6,3% 42,3±6,4 год
2. Пологопосилення, тривалість, год	26–26±4,4% 4,6±0,5 год	22–36,7±6,2% 6,9±0,6 год	8–36,4±10,3% 5,5±0,8 год	11–31,4±7,8% 5,5±0,75 год	10–20±5,7% 3,43±1,29 год
3. Пологовикликання, тривалість, год		10–16,7±4,8% 5,1±0,7 год	10–45,5±10,6% 6,5±0,7 год	18–51,4±8,4% 6±0,77 год	13–26±6,2% 7,3±0,39 год
4. Середня тривалість пологів, год	7,4±0,3	8,2±0,5	7,2±0,48	6,9±0,4	7,8±0,54
5. Пологи через природні пологові шляхи	92–92±2,7%	51–85±4,6%	19–86,4±7,3%	30–85,7±5,9%	37–74±6,3%
6. Кесарів розтин	8–8±2,7%	9–15±4,6%	3–13,6±7,3%	5–14,2±5,9%	13–26±6,2%

Примітка:

$p_{1-II} < 0,05 (< 0,01)$	$p_{2-II-V} = 0,05$	$p_{3-II-III} < 0,05$	$p_{4-II-IV} = 0,05$	$p_{6-I-III} > 0,05$
$p_{1-II-III} = 0,05$	$p_{2-III-V} > 0,05$	$p_{3-II-IV} < 0,05$		$p_{6-I-IV} > 0,05$
$p_{1-II-IV} < 0,05$		$p_{3-II-V} > 0,05$		$p_{6-I-II} > 0,05$
$p_{1-II-V} > 0,05$		$p_{3-IV-V} < 0,05$		$p_{6-I-V} < 0,05$
$p_{1-III-V} > 0,05$		$p_{3-III-IV} > 0,05$		$p_{6-II-V} > 0,05$
$p_{1-III-V} > 0,05$		$p_{3-III-V} > 0,05$		$p_{6-III-V} > 0,05$
$p_{1-IV-V} = 0,05$				

теми та підвищеним вихідним БТМ (особливо при патологічному прелімінальному періоді) показана підготовка шийки матки ламінаріями.

4. Самостійна пологова діяльність у вагітних, яким не проводилася підготовка (вступили на пологи), розвинулась у 96% ($p < 0,05$), при використанні естрогенного фону – у 78,3%, простагландинів – у 74%, при підготовці ламінаріями – у 54,5%.

5. Частота кесарева розтину в контрольній групі складає 8%, в групі з простагландинами

– 26% ($p < 0,05$), у групі з естрогенним фоном – 15%, а в групі ламінарій – 13,6% ($p > 0,05$).

6. При зіставленні III (підготовка ламінарія-ми) та IV груп (двоетапна підготовка) розбіжності показників статистично незначущі.

7. Ламінарії – це ефективний парамедичний засіб для преіндукційної підготовки шийки матки, який відповідає вимогам сучасного акушерства та може бути застосований при розродженні вагітних групи високого ризику з «незрілою» шийкою матки.

Список літератури

- Абрамченко В.В., Горгіджян Р.С. Опыт применения естественных ламинарий при подготовке к родам беременных группы риска. Рос. вестн. перинатологии и педиатрии 1994; 39 (1): 13–14.
- Абрамченко В.В. Активное ведение родов. СПб: Спец. лит-ра; 1997.
- Алиева Э.М., Чернуха Е.А., Костина Т.Ф. Акушерство и гинекология 1998; 6: 32–35.
- Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г., Ковалева Т.Г., Айламазян Э.К. Подготовка беременных к родам. СПб: Норд-медиздат; 2002.
- Астахов В.М. Уявлення про допологову підготовку вагітних за сучасних умов. Педіатрія, акушерство та гінекологія 1996; 2: 61–63.
- Газазян М.Г. О некоторых патогенетических механизмах развития аномалий сократительной деятельности матки. Акушерство и гинекология 1986; 1: 31–34.
- Глаголева Е.А., Никонов А.П. Сравнительная эффективность современных средств для подготовки шейки матки к родам. Акушерство и гинекология 2000; 2: 26–29.
- Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство. Минск: Выш. шк.; 1997.
- Дьоміна Т.М. Спосіб підготовки вагітної до пологів. Патент № 25666 А Україна. Опубл. П.В., 1998; 6: 3.1.67.
- Жаркин А.Ф., Жаркин Н.А. Рефлексотерапия в акушерстве и гинекологии. Л.: Медицина; 1988.
- Михайленко О.Т., Жук С.І. Спосіб дородової підготовки шийки матки. Патент № 19520 А Україна. Опубл. П.В., 1997; 6: 3.1.53.
- Савицкий Г.А. Биомеханика раскрытия шейки матки в родах. СПб: ЭЛБИ; 1999.
- Серов В.Н. Простагландини в акушерской практике. Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов 2001; 1: 94.
- Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности. М.: Медпресс; 2000.
- Чайка В.К., Бічевська Р.Г., Могилевкіна І.О. Тактика ведення пологів, індукованих препаратом простагландину Е₁. Педіатрія, акушерство та гінекологія 2002; 4: 73–75.
- Чернуха Е.А., Алиева Э.М. Локальное применение простагландинов для подготовки шейки матки и индукции родов у первобеременных. Акушерство и гинекология 1996; 3: 7–8.

Отримано 10.08.04