

УДК 618.2-089.163

**ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ:  
ПРЕИНДУКЦИЯ РОДОВ ПРЕПАРАТОМ  
МИФЕПРИСТОН – ИСХОДЫ**

Ахиджак Ася Нуховна  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия

Русина Кристина Алексеевна  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия

Ткаченко Егор Игоревич  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия

В современном акушерстве проблема подготовки шейки матки к родам и родовозбуждения у беременных является актуальной. В отечественной медицине для медикаментозной преиндукции родов в качестве одного из основных средств применяют мифепристон. Препарат улучшает материнские и перинатальные исходы и не приводит к увеличению осложнений.

Необходимым условием эффективности преиндукции родов является наличие стратегии их проведения, включая четкую оценку показаний и противопоказаний, выбор времени, определение методов или последовательности их применения в конкретной клинической ситуации.

**Цель исследования:** оценить эффективность мифепристона в подготовке шейки матки к родам у беременных, изучить особенности течения родового акта, частоту операции кесарева сечения и перинатальных исходов.

**Материал и методы:** за 2021 г. проведен анализ 312 исходов родов с преждевременным разрывом плодных оболочек у пациенток, при этом потребовалась преиндукция родов мифепристоном.

**Выводы.** Мифепристон эффективен для преиндукции родов у беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек. В результате снижается риск родоразрешения операцией кесарева сечения, сокращается безводный период, уменьшается доля развития неонатальных септических осложнений.

Ключевые слова: МИФЕПРИСТОН,  
ПРЕИНДУКЦИЯ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ  
РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

UDC 618.2-089.163

**PRACTICAL ANALYSIS:  
PREINDUCTION OF LABOR  
WITH MIFEPRISTONE – OUTCOMES**

Akhidzak Asya Nukhovna  
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,  
Krasnodar, Russia

Rusina Kristina Alekseevna  
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,  
Krasnodar, Russia

Tkachenko Egor Igorevich  
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,  
Krasnodar, Russia

In modern obstetrics, the problem of preparing the cervix for childbirth and labor induction in pregnant women is relevant. In domestic medicine, mifepristone is used as one of the main means for drug pre-induction of labor. The drug improves maternal and perinatal outcomes and does not lead to an increase in complications.

A necessary condition for the effectiveness of pre-induction of labor is the existence of a strategy for their implementation, including a clear assessment of indications and contraindications, timing, determination of methods or sequence of their application in a particular clinical situation.

**The aim of the study** was to evaluate the effectiveness of mifepristone in preparing the cervix for childbirth in pregnant women, to study the features of the course of the birth act, the frequency of caesarean section and perinatal outcomes.

**Materials and methods:** during 2021, an analysis was made of 312 labor outcomes with premature rupture of the membranes in patients, which required pre-induction of labor with mifepristone.

**Conclusions.** Mifepristone is effective for pre-induction of labor in pregnant women with preterm rupture of membranes. As a result, the risk of delivery by caesarean section is reduced, the anhydrous period is reduced, and the proportion of neonatal septic complications is decreased.

Keywords: MIFEPRISTONE, PREINDUCTION,  
PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES

## **Введение**

В современном акушерстве подготовка шейки матки (ШМ) к родам и родовозбуждение у беременных получили широкое распространение. В отечественной медицине одним из основных средств медикаментозной преиндукции родов является мифепристон. Однако его применение считают обоснованным при условии, что улучшаются материнские и перинатальные исходы и не увеличивается число осложнений.

Необходимыми условиями эффективности преиндукции родов является наличие стратегии их проведения, включающей четкую оценку показаний и противопоказаний, выбор времени, определение методов и последовательности их применения в конкретной клинической ситуации.

Положительным свойством мифепристона является неинвазивность его применения, что обеспечивает отсутствие дискомфорта и болезненности. В. А. Prairie и соавторы обнаружили, что болезненность, связанная не только с введением, но и созреванием ШМ при использовании мифепристона, по сравнению с ламинариями, была значительно меньше (по 11-балльной шкале оценки показатель боли составил 1 против 6).

Мифепристон позволяет не только развивать маточные сокращения, но и поддерживать их силу, а также эффективность в процессе родов. Это сказалось на низкой частоте использования утеротоников. Вызывают интерес данные о влиянии мифепристона на течение третьего периода родов. В экспериментальном исследовании на животных была выявлена высокая частота нарушения процессов отделения плаценты. Подобных данных о родах после их преиндукции мифепристоном не зафиксировано.

**Цель исследования:** оценить эффективность мифепристона в подготовке шейки матки к родам у беременных, изучить особенности течения родового акта, частоту операции кесарева сечения и перинатальных исходов.

## Материал и методы

Проведен анализ исходов 312 родов за период 2021 г. в родильном отделении ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (г. Краснодар) у женщин, которым потребовался пероральный прием мифепристона в связи с незрелостью родовых путей.

Показанием к приему мифепристона считают преждевременный разрыв плодных оболочек и отсутствие зрелости родовых путей на момент отхождения околоплодных вод для выбора выжидательной тактики или проведения родовозбуждения (зрелость шейки матки – менее 8 баллов по шкале Бишоп). Группу исключения составили женщины, у которых имелись противопоказания для медикаментозной преиндукции родов препаратом мифепристон. Срок беременности в исследуемой группе составил от 35 недель и 5 дней до 42 недель. К сопутствующим заболеваниям относятся: сахарный диабет 1-го типа – одна пациентка (0,32 %), гестационный сахарный диабет – 69 пациенток, что составило 22 %. У 55 обследованных пациенток 18 % соблюдали диетотерапию, у остальных 14 беременных (4,48 %) проводили инсулинотерапию. У трех пациенток (0,96 %) встречались различные неврологические нарушения. Ожирение различной степени диагностировано у 43-х женщин (13,8 %), у 30 (9,6 %) пациенток из анамнеза – сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, пороки развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), нарушения ритма).

Минимальное время, за которое развилась родовая деятельность после приема мифепристон, составило 3 ч. Достижение эффекта (созревание шейки матки через 6–12 ч после приема мифепристона соответствовало 8 баллам и более) встречалось у 217 женщин (69,5 % случаев). В 95 (30,5 %) случаях проведение медикаментозной преиндукции родов оказалось неэффективным. Из 312 случаев испытуемой группы медикаментозная преин-

дукция родов чаще требовалась первородящим – 216 беременных (69 %), а в 96 случаях – женщинам с паритетом родов более 1 (31 %).

Из группы первородящих, которым на момент преждевременного разрыва плодных оболочек потребовалась медикаментозная преиндукция родов, 119 случаев закончились консервативными родами (55 %). Родовозбуждение окситоцином потребовалось 127 (58 %) первородящим, а 89 (41 %) вступившим в роды пациенткам – без индукции окситоцином. Остальным 97 пациенткам предлагалось кесарево сечение в результате отсутствия альтернативного варианта завершения родов (острая или прогрессирующая хроническая внутриутробная гипоксия плода, отсутствие эффекта от преиндукции и индукции родов).

Большинству повторнородящих женщин (96) потребовался прием мифепристона. Созревание шейки матки (по шкале Бишоп 8 баллов или более) и завершение родов консервативным путем с родовозбуждением окситоцином или без него зарегистрировано у 87 пациенток (90,6 % случаев). Остальным 9 беременным или роженицам было произведено родоразрешение операцией кесарево сечение: один случай по причине отсутствия эффекта от преиндукции родов, три случая в результате прогрессирующей внутриутробной гипоксии плода, одно кесарево сечение как результат острой внутриутробной гипоксии плода, отсутствие эффекта от вакуум-экстракции плода.

Среди эффективных случаев после приема мифепристона проведено 90 родовозбуждений (28,8 %). Для обезболивания использовали нейроаксиальные методы – эпидуральную анестезию (31 случай – 34,4 %), наркотические анальгетики – тримепиридин (5 случаев – 5,5 %), комбинацию этих методов (12 случаев – 13,3 %). Двум пациенткам не потребовалось обезболивание ввиду отказа или оценки боли по визуально-аналоговой шкале менее трех баллов (2,2 %).

Из общего числа испытуемых группы пациенток консервативные роды без родовозбуждения окситоцином составляли 168 случаев (54 %), 218 детей, рожденных от матерей после приема мифепристона, получили 8 баллов и более по шкале Апгар; 28 новорожденных переведены в палату интенсивной терапии с диагнозом умеренная асфиксия, количество баллов составило 7–7, и только три ребенка получили 6 баллов и менее, госпитализированы в отделение реанимации (недоношенность и другие причины).

### **Выводы**

Подтверждена эффективность приема мифепристона для преиндукции родов у беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек и незрелыми родовыми путями (менее 8 баллов по шкале Бишоп).

Эффективность метода составила 69,5 % (217 испытуемых беременных), что подтверждает возможность дальнейшего использования препарата с целью преиндукции родов. Согласно проведенным исследованиям, для достижения зрелости родовых путей после преждевременного излития околоплодных вод прием препарата был необходим первородящим пациенткам (69 %), по сравнению с повторнородящими женщинами (31 %).

Более 55 % среди первородящих после преиндукции вступили в роды и были родоразрешены консервативно. Однако после приема мифепристона 58 % первобеременных для развития родовой деятельности потребовалось родовозбуждение окситоцином. Остальные беременные (41 %) самостоятельно вступили в роды, что также подтверждает высокий процент достижения успеха. Однако необходим поиск более эффективных альтернатив для первородящих пациенток. Более половины случаев (54 %) среди беременных завершились родами после приема мифепристона без родовозбуждения. Это подтверждает результативность препарата для преиндукции, а также индуцирования родов. Своевременный и оправданный прием мифепристона снижает длительность безводного промежутка, что в

последующем уменьшает риск развития неонатальных септических осложнений и негативных материнских исходов.

### Список литературы

1. Ковалев В. В. Физиологические основы регуляции сократительной активности матки / В. В. Ковалев, П. Б. Цывьян, Н. М. Миляева и др. // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 5. – С. 10–13.
2. Сидорова И. С. Физиология и патология родовой деятельности / И. С. Сидорова. – М., 2000. – 320 с.
3. Абрамченко В. В., Горгиджян Р. С. // Акушерство и гинекология. – 1989. – №10. – С. 12–14.
4. Синчихин С. П. Клиническая эффективность применения мизопростола при доношенной беременности / С. П. Синчихин, О. Б. Мамиев, Н. Н. Галкина и др. // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 5. – С. 56–58.
5. Миляева Н. М. Оценка эффективности и безопасности применения мизопростола для преиндукции и индукции родов / Н. М. Миляева, В. В. Ковалев, Л. М. Лебедева // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – Т. 6, № 4. – С. 18–21.
6. Карасева А. Э. Психологические особенности женщин с диагнозом слабости родовых сил / А. Э. Карасева, В. Д. Киселев, Н. И. Фадеева // Акушерство и гинекология. – 2001. – № 1. – С. 44–45.
7. Каримова Ф. Д. Роль простагландинов с целью регуляции родовой деятельности / Ф. Д. Каримова, В. В. Абрамченко, У. Ш. Исамова // Охрана здоровья матери и ребенка – 2003: материалы V Российского научного форума. – М.: «Авиаиздат», 2003. – С. 307–308.
8. Керимова Н. Р. Сравнительная эффективность методов прерывания беременности во II триместре у беременных с тяжелой эклампсией / Н. Р. Керимова, И. И. Мялицин // Охрана здоровья матери и ребенка – 2003 : материалы V Российского научного форума. – М.: «Авиаиздат», 2003. – С. 91–9.
9. McGill J. Mifepristone and misoprostol in the induction of labor at term / J. McGill A. Shetty // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2007. – № 96 (2). – P. 80–84.