

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

УДК 618.5—08:618.346—008.8

Поступила 11.12.2009 г.



Е.Н. Кравченко, д.м.н., зав. кафедрой акушерства и гинекологии ЦПК и ППС¹;
С.С. Синицина, врач высшей квалификационной категории, зам. главного врача по лечебной работе²;
О.А. Яковлева, врач первой квалификационной категории, зав. приемным отделением²

¹ Омская государственная медицинская академия, Омск;² Клинический родильный дом №1, Омск

При выборе рациональной тактики ведения родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод, установлено, что родовозбуждение через 2—3 ч после излития не всегда рационально и способствует увеличению частоты аномалий родовой деятельности, дистрессу плода и выполнению кесарева сечения. Применение интравагинально геля с простагландином E2 с целью «созревания» шейки матки в случаях «незрелости» родовых путей обуславливает у подавляющего большинства беременных в течение 6 ч развитие родовой деятельности. Простагландины обеспечивают быструю подготовку шейки матки и способствуют благоприятному родоразрешению через естественные родовые пути.

Ключевые слова: рациональная тактика ведения родов, преждевременное излитие околоплодных вод, простагландины.

English

Rational tactics of the labor at a premature outflow of the amniotic waters

E.N. Kravchenko, M.D., head of the CIQ and PRC obstetrics and gynecology chair¹;
S.S. Sinitsyna, physician of the highest qualified category, deputy chief physician on a medical work²;
O.A. Yakovleva, physician of the first qualified category, head of a consulting-room²

¹ Omsk state medical academy, Omsk;² Clinical maternity hospital №1, Omsk

It is established at selection of a rational tactics of labor, complicated with a premature outflow of the amniotic waters, that an obstetric aid in 2—3 hours after the outflow is not always rational and favors an increase of the labor activity anomaly rate, a fetus distress and cesarean section. A use by intravaginal of gel with a prostaglandin E2 for the neck of the uterus «maturation» at the «immature» maternal passages stipulates a labor activity development in a majority of pregnant females during 6 hours. The prostaglandins provide a rapid preparation of the neck of the uterus and favor a good delivery through the natural maternal passages.

Key words: rational tactics of labor, premature outflow of the amniotic waters, prostaglandins.

Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) встречается при своевременных родах в 10—19% случаев. В конце прошлого столетия доминирующим фактором, определяющим тактику ведения родов при ПИОВ, являлась длительность безводного периода. На протяжении последних десятилетий сформировалось мнение, согласно которому длительность безводного промежутка не должна превышать 12 ч. Многие авторы являются сторонниками прове-

дения родовозбуждения через 3—6 ч после излития околоплодных вод [1, 2].

В то же время с 80-х гг. прошлого столетия стало развиваться другое мнение (в основном у зарубежных авторов) о ведении своевременных родов с ПИОВ: появилось понятие об отсроченном или позднем родовозбуждении после ПИОВ. Установлено, что спонтанные роды начинаются в течение 12—23 ч после ПИОВ у 86% женщин, в течение 48—95 ч — у 48—95%, родовая деятельность не

Для контактов: Кравченко Елена Николаевна, тел. раб. 8(3812)23-02-93, тел. моб. +7 913-620-81-62; e-mail: kravchenko.en@mail.ru.

наступает и через 96 ч у 6% беременных [3]. N.B. Seince с соавт. [3] на основе проспективного мультицентрового исследования при 6-, 12- и 24-часовом периоде выжидания самопроизвольной родовой деятельности пришли к выводу, что 12-часовой период ожидания у пациенток является оптимальным, так как не приводит к увеличению частоты оперативных родов и осложнений со стороны матери и новорожденного. Y. Ezra с соавт. [4] считают, что наилучшим временем начала проведения родовозбуждения является 24-часовой промежуток после ПИОВ. T.M. Eggebo с соавт. [5] рекомендуют проводить родовозбуждение на следующее утро после ПИОВ, при этом интервал между излитием вод и началом родовозбуждения варьирует от 16 до 39 ч. Таким образом, к настоящему времени не сложилось единого мнения о допустимом времени выжидания при ведении своевременных родов, осложненных ПИОВ.

Активная тактика ведения, подразумевающая раннее назначение окситоцина, приводит к повышению частоты оперативных родов по сравнению с выжидательной тактикой [6, 7]. Исследователи установили, что при ПИОВ часто развиваются аномалии родовой деятельности матки: слабость родовой деятельности (4,9—23%) и дискоординация (8,3—41,8%). При значительном увеличении длительности безводного промежутка возрастает уровень неблагоприятных инфекционных исходов как со стороны матери, так и со стороны плода [8, 9]. При выжидании спонтанного развития родовой деятельности у пациенток с ПИОВ при доношенной беременности в течение 4 дней уровень инфекционных осложнений статистически выше по сравнению с пациентками, которым проводилось немедленное родовозбуждение после ПИОВ [10].

Цель исследования — определить факторы риска и оптимизировать методы дифференцированного ведения беременности и родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод при доношенном сроке.

Материалы и методы. На основании ретроспективного и проспективного анализа историй родов родильного дома №1 г. Омска проведена клиническая оценка роли некоторых факторов в возникновении ПИОВ у 609 рожениц с ПИОВ и у 598 — со своевременным излитием околоплодных вод. В ходе исследования не выявлено существенного влияния ряда социальных факторов, таких как возраст, семейное положение, образование. Всем беременным проведено полное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Функциональное состояние плода оценивалось по кардиотокографии. Степень зрелости шейки матки определялась по шкале Бишопа. При суммарном числе баллов от 0 до 4 шейка матки считалась незрелой, 6—8 баллов — недостаточно зрелой, 9 и более — зрелой. Анализ сократительной деятельности матки в основной и контрольной группах проводился по методу А.З. Хасина путем вычисления эффективности сократительной деятельности по формуле

$$E = \sum A \cdot r / t,$$

где E — эффективность сократительной деятельности

матки (в усл. ед.); A — амплитуда единичного сокращения (мм); r — продолжительность схватки (с); t — время анализируемого периода (с). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение. Преждевременное излитие околоплодных вод у первородящих (53,4±2,0%) и повторнородящих (46,6±2,0%) наблюдалось так же часто, как и своевременное (53,0±2,0 и 47,0±2,0% соответственно). В процессе исследования была выявлена значимость в развитии ПИОВ некоторых медицинских факторов риска (табл. 1). Анализ анамнестических данных показал, что большее количество женщин с ПИОВ имели более двух аборт, у них достоверно чаще встречались ОРВИ при беременности, аднекситы и бесплодие. Из осложнений беременности в группе женщин с ПИОВ достоверно чаще отмечались гестоз, угрожающее прерывание беременности, тазовое предлежание плода, многоводие. При своевременном излитии околоплодных вод данная патология наблюдалась реже. Также достоверно чаще при ПИОВ наблюдались урогенитальные инфекции: микоплазмоз, уреоплазмоз, хламидиоз. Из экстрагенитальных заболеваний при ПИОВ чаще имели место железодефицитная анемия и заболевания мочеоловой системы.

Для дальнейшего исследования были исключены беременные с тяжелыми соматическими заболеваниями, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, первородящие старше 30 лет, беременные с крупным плодом и узким тазом (n=94), так как у данного контингента при ПИОВ было запланировано родоразрешение путем операции «кесарево сечение». Беременные со спонтанной родовой деятельностью после ПИОВ (n=260) были включены в группу сравнения. Оставшиеся 255 женщин были распределены еще на две группы: у 93 женщин с «незрелой» и «созревающей» шейкой матки была применена выжидательная тактика в течение 12 ч (основная группа); 162 беременным производилось родовозбуждение через 2—3 ч после излития околоплодных вод (контрольная группа); шейка матки в последней группе, так же как и в основной, была «незрелой» и «созревающей».

Применение выжидательной тактики включало: отказ от индукции родов через 2—3 ч после ПИОВ, госпитализацию в индивидуальную предродовую палату, смену стерильных подкладных салфеток 3—4 раза в день, контроль за состоянием беременной — определение частоты пульса, температуры тела, исследование количества лейкоцитов и лейкоцитарной формулы периферической крови, лейкоцитарно-инфекционного индекса, наблюдение за количеством и качеством подтекающих вод, контроль за состоянием плода методами УЗИ, кардиотокографии, доплерометрии. Подготовка шейки матки проводилась введением во влагалище динопростона; после 12-часового безводного промежутка назначались антибактериальные препараты. Всем роженицам проводилась кардиотокография с помощью аппарата Sonicaid.

При анализе сократительной деятельности матки (на основе гистерограмм) в основной группе обратили на

Т а б л и ц а 1

Факторы риска преждевременного излития околоплодных вод (M±m)

Показатели	Преждевременное излитие вод (n=609)		Своевременное излитие вод (n=598)	
	абс. число	%	абс. число	%
Анамнез				
Два аборта и более	123	20,2±1,6	94	15,7±1,5*
ОРВИ во время беременности	101	16,6±1,5	72	12,0±1,3**
Хронический аднексит	68	11,2±1,3	43	7,2±1,0**
Бесплодие	39	6,4±1,0	20	3,3±0,7*
Осложнения беременности				
Гестоз	228	37,4±2,0	174	29,1±1,9***
Угроза прерывания беременности	219	36,0±1,9	151	25,2±1,8***
Тазовое предлежание плода	57	9,4±1,2	36	6,0±1,0*
Многоводие	54	8,9±1,1	24	4,0±0,8***
Перенашивание	31	5,1±0,9	26	4,3±0,8
Многоплодие	10	1,6±0,5	7	1,1±0,4
Урогенитальные инфекции во время беременности				
Микоплазмоз	132	21,7±1,7	102	17,1±1,5*
Уреаплазмоз	106	17,4±1,5	71	11,9±1,3***
Хламидиоз	53	8,7±1,1	29	4,8±0,9***
Генитальный герпес	33	5,4±0,9	23	3,8±0,8
Трихомоноз	14	2,3±0,6	10	1,7±0,5
Экстрагенитальные заболевания				
Железодефицитная анемия	187	30,7±1,9	136	22,7±1,7***
Заболевания мочеполовой системы	156	25,6±1,8	114	19,1±1,6***
Заболевания сердечно-сосудистой системы	94	15,4±1,5	92	15,4±1,5
Ожирение	65	10,7±1,2	56	9,4±1,2
Заболевания щитовидной железы	59	9,7±1,2	50	8,4±1,1
Варикозная болезнь нижних конечностей	41	6,7±1,0	37	6,1±1,0
Заболевания желудочно-кишечного тракта	19	3,1±0,7	15	2,5±0,6

* — p<0,05; ** — p<0,02; *** — p<0,01.

Т а б л и ц а 2

Особенности сократительной деятельности матки у пациенток с ПИОВ

Сократительная деятельность матки	Основная группа (n=93)	Контрольная группа (n=162)
В первые 2—3 ч после излития околоплодных вод, усл. ед.	22,2±16,4	23,9±15,6
Через 3 ч после начала родов, усл. ед.	37,5±12,3	59,6±11,7
Через 6 ч после начала родов, усл. ед.	58,6±9,8	62,2±8,4
Время безводного промежутка, ч	18,5±0,5	8,3±0,4

себя внимание следующие особенности (табл. 2): в первые 6 ч после излития околоплодных вод маточная активность была невысокой, однако уже по истечении 6 ч она увеличилась в 1,5 раза, через 12 ч — в 2,5—3 раза.

При осмотре родовых путей в динамике через 6 ч шейка матки достигла «зрелости» у 54 пациенток (57,4%) с последующим развитием спонтанной родовой деятельности. Повторное введение геля с простагландином E2 еще через 6 ч потребовалось 20 женщинам

(21,3%) с «незрелыми» родовыми путями, в дальнейшем у них также развилась родовая деятельность. Не удалось добиться достаточной «зрелости» родовых путей после двукратного применения простагландина у 13 беременных (13,8%). По истечении 6 ч после последнего введения геля было начато родовозбуждение внутривенным введением простагландинов. Роды произошли через естественные родовые пути у подавляющего большинства женщин (95,7%).

Таблица 3

Особенности течения родов у женщин с ПИОВ (M±m)

Показатели	Основная группа (n=93)		Контрольная группа (n=162)		Группа сравнения (n=260)	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Слабость родовой деятельности	110	10,7±3,2	39	24,1±3,4**	12	4,6±1,3***
Дискоординация родовой деятельности	2	2,1±1,5	14	8,6±2,2*	1	0,4±0,4
Отсутствие эффекта от родовозбуждения	2	2,1±1,5	21	13,0±2,6**	—	—
Дистресс плода	2	2,1±1,5	15	9,3±2,3**	3	1,2±0,7
Эпидуральная анальгезия	9	9,6±2,9	18	11,1±2,4	2	0,8±0,5
Кесарево сечение	4	4,3±2,1	31	19,1±3,1**	4	1,5±0,8
Разрыв шейки матки	5	5,4±2,3	12	7,4±2,0	7	2,6±1,0
Разрыв влагалища	4	4,3±2,1	8	4,9±1,7	4	1,5±0,8
Гематома влагалища	—	—	1	0,6±0,6%	—	—
Эпизиотомия	8	8,6±2,9	36	22,2±3,3**	28	10,8±1,9

* — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$.

Слабость родовой деятельности наблюдалась у 10 рожениц основной группы, дискоординация — у 2 (табл. 3). В 4 случаях роды закончились абдоминальным родоразрешением. Показаниями к проведению кесарева сечения послужили аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной коррекции, и ухудшение состояния плода (дистресс-синдром). Эпизиотомия выявлена у 8 рожениц, акушерская травма (разрывы шейки матки, влагалища, гематома) — у 9 женщин. У 5 рожениц с «незрелой» шейкой матки и у 2 — с «созревающей» по истечении 6 ч родовая деятельность не развилась, при этом отмечалось повышение лейкоцитоза крови — $(12,5 \pm 3,1) \cdot 10^9/\text{л}$ — и ЛИИ, пролонгирование беременности было признано нецелесообразным, было выполнено родовозбуждение.

В контрольной группе имели место свои особенности течения родов. В связи с наличием «незрелой» шейки матки и отсутствием эффекта от родовозбуждения 31 женщине была проведена операция «кесарево сечение». Слабость родовой деятельности отмечалась у 39 рожениц, дискоординация — у 14, дистресс плода на фоне проведения родовозбуждения развился у 15. Таким образом, при выборе активной тактики в 31 наблюдении ($19,1 \pm 3,1\%$) роды закончились абдоминальным родоразрешением. Акушерские травмы (разрывы шейки матки, влагалища, гематомы) чаще наблюдались в контрольной группе ($12,3 \pm 2,6\%$), чем в основной ($9,7 \pm 3,1\%$; $p < 0,05$).

Достоверных различий в развитии гнойно-воспалительных заболеваний после родов в обеих группах не было (1 наблюдение — в основной группе, $1,1 \pm 1,1\%$ и 2 — в контрольной, $0,6 \pm 0,6\%$). В основной группе 5 новорожденных ($5,4 \pm 2,3\%$) родились с оценкой по шкале Апгар 7—8 баллов, остальные ($94,6 \pm 2,3\%$) — с

оценкой 8—9 баллов; в контрольной группе 14 детей ($8,6 \pm 2,2\%$) — с оценкой 7—8 баллов, 8 ($4,9 \pm 1,7\%$) — с оценкой 6—7 баллов, остальные ($86,4 \pm 2,7\%$) — с оценкой 8—9 баллов. Таким образом, показатели функционального состояния новорожденных несколько лучше при выборе выжидательной тактики ($p < 0,05$). Количество инфекционных заболеваний у детей обеих групп достоверно не различалось (по 1 наблюдению в обеих группах).

Заключение. Для выбора рациональной тактики при консервативном ведении беременности, осложненной преждевременным излитием околоплодных вод, необходимо дальнейшее изучение особенностей течения родов и риска возникновения гнойно-воспалительных осложнений у матери и плода. Полученные результаты свидетельствуют о возможности применения простагландина E2 с целью «созревания» шейки матки в случае ПИОВ при «незрелых» родовых путях — у подавляющего большинства беременных в течение 6 ч развивается родовая деятельность. Интравагинальное применение простагландинов обеспечивает быструю подготовку шейки матки и способствует благоприятному родоразрешению через естественные родовые пути.

Родовозбуждение через 2—3 ч после ПИОВ не всегда рационально и способствует увеличению частоты аномалий родовой деятельности, дистрессу плода и выполнению кесарева сечения.

Литература

1. Радзинский В.Е. Руководство к практическим занятиям по акушерству. М: Медицинское информационное агентство; 2004; 576 с.
2. Чернуха Е.А. Родовой блок. М: Триада-Х; 2005; 712 с.

3. *Seince N., Biquard F., Sarfati R. et al.* Management of premature rupture of the membranes at term how long to delay Results of a prospective multicentric study in 713 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2001; 30(1): 42—50.
4. *Ezra Y., Mishaelson-Cohen R., Abramov Y. et al.* Prelabor rupture of the membranes at term when to induce labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004 Jul 15; 115(1): 23—27.
5. *Eggebo Y.M., Gjessing L.K., Heien C. et al.* Prediction of labor and delivery by transperineal ultrasound in pregnancies with prelabor rupture of membranes at term. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006 Apr; 27(4): 387—391.
6. *Dare M.R., Middleton P., Crowther C.A. et al.* Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Jan 25; 1: CD005302.
7. *Savitz D.A., Ananth C.V., Luther E.R. et al.* Influence of gestational age on the time from spontaneous rupture of the chorioamniotic membranes to the onset of labor. *Am J Perinatol* 1997 Mar; 14(3): 129—133.
8. *Носарева С.В.* Преждевременное излитие околоплодных вод. Методы родовозбуждения. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М; 2003.
9. *Seaward P.R., Hannah M.E., Myhr T.L. et al.* International Multicenter Term PROM Study. Evaluation of predictors of neonatal infection in infants born to patient with premature rupture of membranes at term. *Am J Obstet Gynecol* 1998 Sept; 179(3): 635—639.
10. *Hannah M.E., Ohisson A., Farine D. et al.* Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. TermPROM Study Group. *N Engl J Med* 1996; 334: 1005—1010.