УДК 618.34-008.811.1

Н.В. Протопопова, О.Н. Максимович, В.П. Ильин

К ВОПРОСУ О ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

В работе оценено влияние длительности безводного периода на частоту встречаемости септических осложнений у женщин и новорожденных. Проведен клинико-статистический анализ 346 срочных родов, осложненных дородовым излитием околоплодных вод. Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии существенного увеличения частоты встречаемости септических осложнений у матери и новорожденного в зависимости от удлинения безводного периода (более 12 часов) на фоне проводимой антибиотикопрофилактики. Проведенное исследование позволяет рекомендовать выжидательную тактику при срочных родах, осложненных дородовым излитием околоплодных вод, в практике врача акушера-гинеколога при условии отсутствия инфекции, противопоказаний для влагалищного родоразрешения и проводимой антибиотикопрофилактики.

Ключевые слова: *дородовое излитие околоплодных вод, длительный безводный период, гнойно-септические осложнения*

THE QUESTION OF LABOUR TACTIC OF MATURE PREGNANCY, COMPLICATED WITH PRETERM RUPTURE OF AMNIOTIC

N.V. Protopopova, O.N. Maksimovich, V.P. Ilyin

Institute of Pediatry and Reproduction of Scientific Center of Medical Ecology of East Siberian Science Center, Siberian Department of Russian Academy of Sciences, Irkutsk

In this work the influence of duration of ariad period on frequency of septic complications are examined of women and newborn. The clinico-statistical analysis of 346 urgent labour, complicated with preterm rupture of amniotic fluid was made. The given results prove of absence of essential increasing of frequency of mother and newborn in dependence of length of arid period (more than 12 hours) against a back grounds of antibiocoprophylactic. The following reseach helps us to recommend the tactic with urgent labour, complicated with preterm rupture of amniotic fluid in practical experience of obstetrician-gynecologist in condition of infection absence, anti-indications for vaginal labour and antibiocoprophylactic.

Key words: *preterm rupture of amniotic fluid, long arid period, pus-septic complications*

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Преждевременным называют излитие околоплодных вод при разрыве плодных оболочек до начала родов не зависимо от сроков беременности. Преждевременный разрыв плодных оболочек встречается в 2,7 – 17 % случаев [1]. Дородовое излитие околоплодных вод представляет собой сложную акушерскую проблему, связанную с высоким риском перинатальной и материнской заболеваемости. В результате преждевременного разрыва плодных оболочек возможно выпадение мелких частей плода, особенно пуповины. Маловодие или безводие, возникшие после преждевременного разрыва плодных оболочек, создают условия для угрожающего одностороннего сдавления пуповины и плаценты отдельными частями плода или всем плодом, что нередко приводит к асфиксии [2]. Однако наиболее часто неблагоприятный прогноз для матери и ребенка обусловлен развитием септических осложнений [3]. Частота присоединения инфекции после преждевременного разрыва плодных оболочек находится в прямой зависимости от длительности безводного периода (время между разрывом плодных оболочек и рождением плода) [4]. Несмотря на значительные успехи акушерской науки, проблема рационального ведения беременности и родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод, остается недостаточно решенной. Нет единого мнения относительно тактики ведения срочных родов, осложненных преждевременным разрывом плодных оболочек. Спорными являются вопросы, касающиеся родовозбуждения в зависимости от длительности безводного периода, проведения профилактики инфекционных осложнений. Одни авторы рекомендуют начинать родовозбуждение сразу после постановки диагноза преждевременного излития околоплодных вод. Другие считают, что при отсутствии симптомов, свидетельствующих о наличии инфекции, противопоказаний для влагалищного родоразрешения можно подождать самопроизвольного начала родов [1].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить влияние длительности безводного периода на частоту встречаемости септических осложнений у женщин и новорожденных.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен клинико-статистический анализ 346 срочных родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод. С целью определения влияния длительности безводного периода на частоту встречаемости септических осложнений у женщин и новорожденных все пациентки были разделены на две группы. В 1 группу (основная группа) включены 54 (15,61 %) женщины, безводный период которых был выше 12 часов,

Вторую группу (контрольная группа) составили 292 (84,39 %) женщины, у которых безводный период был до 12 часов. Обе группы формировались методом сплошного исследования. Все женщины при госпитализации в стационар находились под наблюдением в условиях родового блока. Каждые 4 часа проводился контроль за температурой тела пациентки, гемодинамическими показателями роженицы, характером выделений из половых путей, частотой сердечных сокращений плода, сократительной активности матки. При достижении 12-часового безводного периода проводилась антибиотикопрофилактика (цефотаксим по 1 гр. в/м каждые 6 часов), проводился контроль за гематологическими показателями крови (общий анализ крови каждые 24 часа). В протоколе обследования фиксировались следующие факторы: социально-демографические, медицинские, данные акушерско-гинекологического анамнеза, особенности течения настоящей беременности, родов, послеродового периода, раннего неонатального периода, данные гистологического исследования последа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При анализе проведенного нами исследования выявлено, что преобладающее число женщин в обеих группах были в возрасте от 21 до 30 лет, в контрольной группе было 6 женщин в возрасте старше 40 лет. По уровню имеющегося образования в обеих группах наибольшее количество пациенток имели среднее общее и среднее специальное образование: в основной группе — 32 (59,25 %) женщины, в контрольной группе — 175 (59,93 %) женщин. Преобладающее количество пациенток в основной и контрольной группах принадлежали к городскому населению — 31 (57,41 %) и 188 (64,38 %) соответственно. Большая часть женщин из обеих групп не имели вредных привычек, а из имеющихся вредных привычек в 1 группе у 10 (18,52 %), во 2 группе у 37 (12,67 %) пациенток отмечалось курение. Большинство женщин в основной и контрольной группах состояли в браке — 88,89 % и 97,26 % соответственно.

Из инфекционных заболеваний в основной и контрольной группах отмечалось, что больше половины женщин в каждой группе имели хронический тонзиллит — 33 (61,11 %) и 160 (54,79 %) человек соответственно. Анализируя имеющиеся экстрагенитальные заболевания, отметим, что в основной и контрольной группах имелись практически здоровые женщины — 30 (55,56 %) и 185 (63, 36 %) человек соответственно. Среди соматической патологии в обеих группах наибольшее количество женщин имели хронический пиелонефрит — 15 (27,78 %) пациенток в основной группе и 65 (22,26 %) в контрольной. В обеих группах в единичных случаях отмечались такие заболевания, как артериальная гипертония, варикозная болезнь вен нижних конечностей. У 20,37 % женщин из основной группы и у 18,49 % из контрольной имелось ожирение.

По результатам изучения данных акушерско-гинекологического анамнеза получены следующие результаты. Возраст наступления менархе, характер менструального цикла, начало половой жизни у обследованных женщин существенно не различался. Большинство пациенток в обеих группах страдали воспалительными заболеваниями органов малого таза: в основной группе — 31 (57,41 %) человек, в контрольной — 146 (50,00 %). В обеих группах в единичных случаях отмечались такие заболевания, как бесплодие в анамнезе, доброкачественные опухоли матки. Анализируя данные акушерского анамнеза, получены следующие результаты. В основной группе достоверно ($p < 0,05$) больше женщин, имевших не отягощенный акушерский анамнез, чем в контрольной — 32 (59,26 %) и 127 (43,49 %) человек соответственно. Как показал анализ предшествующих беременностей, в группе с безводным периодом свыше 12 часов достоверно ($p < 0,05$) меньше пациенток, имевших в анамнезе искусственное прерывание беременности, чем в группе с безводным периодом до 12 часов — 16 (29,63 %) и 126 (43,15 %) человек соответственно. В основной и контрольной группах были пациентки, имевшие в анамнезе самопроизвольные выкидыши в различные сроки беременности — 6 (11,11 %) и 39 (13,36 %) женщин соответственно. Оценивая паритет беременности, отметим, что в основной группе достоверно больше первородящих, чем в контрольной группе — 39 (72,22 %) и 160 (54,79 %) соответственно ($p < 0,05$). Практически у всех повторнородящих в анализируемых группах предыдущие роды были срочными, в обеих группах в единичных случаях отмечались преждевременные роды.

Практически все пациентки состояли на учете в женской консультации. Среди факторов, влияющих на характер течения родов, значимое место занимают осложнения и заболевания, перенесенные в процессе данной беременности. В обеих группах наибольшее количество женщин при беременности перенесли инфекции генитального тракта — 20 (37,04 %) человек в основной группе, 113 (38,7 %) в контрольной. Одинаковое количество пациенток в группах перенесли за беременность обострение хронического пиелонефрита, анемию 1-ой степени, острое респираторное заболевание. Изучая особенности течения данной беременности, отмечается, что у большинства женщин в основной и контрольной группах беременность про-

текала без осложнений — 24 (44,44 %) и 127 (43,49 %) человек соответственно. Среди осложнений данной беременности одинаково часто в обеих группах встречались угроза прерывания беременности, хроническая фетоплацентарная недостаточность, хронический непрогрессирующий дистресс плода, преэклампсия. Практически все женщины имели одноплодную беременность и головное предлежание плода.

Проведен клинический анализ течения родов, получены следующие результаты. Большая часть родов были через естественные родовые пути, однако, в основной группе — 13 (24,07 %) и контрольной группе — 46 (15,75 %) родов закончились операцией кесарево сечение. В структуре показаний для кесарева сечения в основной и контрольной группах на первом месте находилась слабость родовой деятельности, не поддающаяся консервативной терапии, — 9 (69,23 %) и 13 (28,26 %) случаев соответственно. Обращает на себя внимание, что в основной группе данное показание для кесарева сечения встречалось достоверно чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). У большинства женщин в группах проводилось родовозбуждение, в основной группе достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в контрольной — у 36 (66,67 %) и 150 (51,37 %) человек соответственно. У 38 (70,37 %) пациенток основной группы выявлены аномалии родовой деятельности, что достоверно ($p < 0,05$) более часто, чем у женщин контрольной группы — 143 (48,97 %). У беременных с безводным периодом более 12 часов достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечалась слабость родовой деятельности, чем у пациенток с безводным периодом до 12 часов — 33 (61,1 %) и 106 (36,3 %) человек соответственно. Также в группах встречались такие аномалии родовой деятельности, как чрезмерно сильная родовая деятельность, дискоординация родовой деятельности, без значимых различий. У большинства женщин в основной и контрольной группах последовый период протекал без осложнений — 52 (96,30 %) и 284 (97,26 %) человека соответственно. В единичных случаях из осложнений III периода родов отмечалось плотное прикрепление плаценты — в основной группе — 3,7 %, в контрольной группе — 2,4 %. Большая часть детей, рожденных этими женщинами, были с удовлетворительной оценкой по шкале Апгар. Оценку менее 7 баллов по шкале Апгар на первой минуте имели в основной группе — 4 (7,4 %) ребенка, контрольной — 8 (2,74 %); через 5 минут — 3 (5,55 %) и 8 (2,74 %) детей соответственно. Практически у всех детей, рожденных этими женщинами, патологии ЦНС не было — в основной группе 46 (85,18 %) детей, контрольной — 266 (91,09 %). При этом признаки родовой травмы обнаружены у 4 (7,41 %) детей основной группы и у 13 (4,45 %) — в контрольной. Церебральная ишемия установлена у 2 (3,7 %) новорожденных в основной группе и 11 (3,77 %) в контрольной; вегетодисфункция — у 1 (1,85 %) ребенка в основной группе и 1 (0,34 %) в контрольной. Среди прочих осложнений в основной и контрольной группах задержка внутриутробного развития обнаружена у 5 (9,26 %) и 32 (10,96 %) детей, хроническая внутриутробная гипоксия плода — 7 (12,96 %) и 33 (11,3 %), врожденные пороки развития — 4 (7,41 %) и 22 (7,53 %), неонатальная желтуха — 8 (14,81 %) и 34 (11,64 %) соответственно.

На основании проведенного сравнения значимых различий между группами по социально-демографическим факторам, экстрагенитальной патологии, гинекологическим заболеваниям, особенностям течения данной беременности нет. Таким образом, мы можем исключить различия в частоте встречаемости септических осложнений у женщин и новорожденных в зависимости от наличия различий по выше перечисленным факторам. И в то же время выявлены статистически значимые различия между группами: в основной группе достоверно больше ($p < 0,05$) первородящих, случаев родовозбуждения, аномалий родовой деятельности (преимущественно слабости родовой деятельности), что закономерно приводит к удлинению безводного периода.

С целью определения влияния длительности безводного периода на частоту встречаемости септических осложнений у женщин и новорожденных, проведено сравнение особенностей течения послеродового периода, раннего неонатального периода, данных гистологического исследования последа между группами.

У большинства женщин в группах послеродовый период протекал без осложнений: в основной группе — 41 (75,93 %) человек, контрольной — 239 (81,85 %). В основной и контрольной группах с мало различающейся частотой встречались такие осложнений, как субинволюция матки — 14,81 % и 9,93 %; гематометра — 1,85 % и 1,71 %; лохиометра — 3,7 % и 2,74 %; эндометрит — 3,7 % и 2,74 %; только в группе с безводным периодом до 12 часов у 1,03 % женщин отмечалось расхождение швов в области раны на промежности.

Состояние здоровья новорожденных анализировалось по истории развития новорожденного на основании осмотра педиатра-неонатолога в роддоме. У большинства новорожденных в основной и контрольной группах явления внутриутробного инфицирования отсутствовали — 49 (90,74 %) и 285 (97,6 %) детей соответственно. Только в контрольной группе был диагностирован менингит — 1 (0,34 %) ребенок. Пневмония выявлена только у 1 (1,85 %) новорожденного в группе женщин, безводный период которых составил более 12 часов. Гнойный конъюнктивит обнаружен у 1 (1,85 %) ребенка в основной группе и 5 (1,71 %) в контрольной. Среди прочих заболеваний в основной и контрольной группах было по 2 (3,7 %) и 1 (0,34 %) новорожденных соответственно с генерализованным кандидозом.

Воспалительные изменения (в виде некроза, лейкоцитарной инфильтрации, веллузита, плацентита и др.) при гистологическом исследовании последа выявлены в основной группе досто-

верно чаще ($p < 0,05$), чем в контрольной — 44,83 % и 21,69 % соответственно.

Различия между группами по частоте встречаемости септических осложнений у матери и новорожденного не достоверны ($p > 0,05$), что свидетельствует об отсутствии значимого влияния длительности безводного периода на уровень гнойно-септических заболеваний при его изолированном учете.

ВЫВОДЫ

Проведен клинико-статистический анализ 346 срочных родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод. Полученные нами данные свидетельствуют, что длительный безводный период (более 12 часов) на фоне проводимой антибиотикопрофилактики не приводит к увеличению частоты встречаемости гнойно-септических осложнений у матери и ребенка. Таким образом, применение выжидательной тактики при доношенной беременности, осложненной дородовым излитием околоплодных вод, при условии отсутствия симптомов, свидетельствующих о наличии инфекции, противопоказаний для влагалищного родоразрешения, на фоне проводимой антибиотикопрофилактики, тщательного контроля за температурой тела пациентки, гемодинамическими показателями роженицы, характером выделений из половых путей, частотой сердечных сокращений плода, сократительной активности матки не оказывает отрицательного влияния на состояние здоровья матери и ребенка, дает возможность акушеру-гинекологу провести более «бережное» родоразрешение, снизить частоту оперативного родоразрешения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. Фармакотерапия преждевременных родов: 1 т. / В.В. Абрамченко. — М.: МедЭкспертПресс, Петрозаводск: Изд-во ИнтелТек, 2003. — 448 с.

2. Дорофеев Н.М. К проблеме искусственных вод в акушерстве / Н.М. Дорофеев. — Кемеровское книжное издательство, 1966. — 59 с.

3. Соколова Н.И. Преждевременный разрыв плодных оболочек: причины, диагностика, ведение беременности и родов / Н.И. Соколова // Акушерство и гинекология. — 1989. — № 11. — С. 10—12.

4. Arias F. Беременность и роды высокого риска: Пер. с англ. / F. Arias, C.J. Douglas. — М.: Медицина, 1989. — 171 с.