

Исход индуцированных родов

Белорусский государственный медицинский университет

УЗ «6 ГКБ» г. Минска

Проанализирован исход родов у женщин с различными методами родовозбуждения. Установлено, что универсального метода родовозбуждения не существует. Выбор метода и его эффективность зависит от состояния («зрелости») шейки матки, срока гестации, состояния плода и других факторов. Проводить индуцированные роды следует в высококвалифицированных стационарах.

Ключевые слова: беременность, роды, индукция, родовозбуждение, амниотомия.

Современная концепция ведения родов направлена на обеспечение безопасного материнства, а также рождение не только живого, но и здорового ребенка. В настоящее время в высокоразвитых странах увеличивается частота беременности и родов у женщин с различной экстрагенитальной патологией, требующей досрочного родоразрешения. Индукция родов является наиболее часто применяемым вмешательством в акушерстве. В настоящее время существует множество методик родовозбуждения. Хотя доступные методики родовозбуждения достаточно эффективны, однако все они не лишены осложнений. Отслаивание плодных оболочек является относительно неинвазивной методикой, позволяющей избежать более сложных методов родовозбуждения. Однако эта методика эффективна только при «зрелой» шейке матки [3].

Ранняя амниотомия при «зрелой» шейке матки сопровождается укорочением продолжительности родов, уменьшением случаев слабости родовой деятельности. [1,2] В то же время амниотомия может сопровождаться увеличением частоты децелераций сердечного ритма плода, что соответственно может привести к увеличению частоты оперативного родоразрешения. [3] Так, по данным F. Joffinet соавторов (1997), частота кесарева сечения и оперативных вагинальных родов при ранней амниотомии составила 13% и 30% соответственно.

Родовозбуждение путем амниотомии с последующим внутривенным введением окситоцина (P. Moldin et al., 2007) ведет к укорочению первого периода родов за счет уменьшения латентного периода.

Успешная индукция родов зависит от состояния шейки матки к моменту родовозбуждения. Индукция родов при «незрелой» шейке матки приводит к затягиванию родового процесса, увеличению частоты кесарева сечения и гипоксии плода. [4,5]

Показания для индуцирования родов в настоящее время трактуются достаточно широко: профилактика перенашивания беременности, гестоз, патологический прелиминарный период, иммуноконфликт по резус-фактору и т.д. [3]

Активное ведение родов препятствует их затяжному течению. Однако многие авторы указывают на увеличение частоты оперативного родоразрешения. [1] Поэтому такое ведение родов должно практиковаться и допускаться лишь в высококвалифицированных акушерских стационарах, где можно обеспечить контроль за сократительной деятельностью матки и состоянием плода. [3]

Целью нашего исследования явилось изучение исхода родов для матери и плода с использованием разных методов родовозбуждения.

Материалы и методы

Нами произведен ретроспективный анализ 1452 историй родов за 2007-2008 гг., из них было 112 индуцированных родов, что составило 7,6 % (I группа). Для сравнения было проанализировано 75 самопроизвольных родов (II группа).

Беременные были в возрасте от 18 до 38 лет; средний возраст в I группе женщин составил $28,1 \pm 3,8$, во II группе — $28,9 \pm 4,9$ лет ($p > 0,05$).

Первородящих первобеременных в I группе было 36 человек (32,1%), повторнобеременных первородящих 34 женщины (30,3%), повторнородящих — 42 пациентки (37,6%); во II группе — 28 (37,3%), 30 (40%) и 17 (22,7%) человек соответственно ($p > 0,05$).

По сроку гестации пациентки распределились следующим образом: в I группе 36-37 недель — 4 беременных, доношенная (38-41 недель) беременность у 104 и переношенная у 4; во II группе — у 2, 70 и 3 женщин соответственно ($p > 0,05$).

Перед решением вопроса о необходимости и методе индукции оценивались: срок беременности, «зрелость» шейки матки, целостность плодных оболочек, внутриутробное состояние плода (по данным инструментальных методов исследования), а также предполагаемая масса плода, размеры таза беременной, положение плода и сопутствующая патология женщины.

Показаниями для родовозбуждения в I группе явились: преждевременное излитие вод и отсутствие регулярной родовой деятельности при доношенной беременности у 32 женщин и у 2 — при недоношенной беременности. Из них «зрелая» шейка матки была у 19, и у 15 — «незрелая». Доношенная беременность в сочетании с хронической фето-плацентарной недостаточностью, гестозом, маловодием, многоводием, резус-отрицательной принадлежностью крови — у 51 беременной; из них у 39 женщин имела место «зрелая» шейка матки, у 8 — «незрелая» шейка матки, у 8 — «недостаточно зрелая». Патологический прелиминарный период — у 10 женщин с «недостаточно зрелой» шейкой матки. Переношенная беременность у 4 человек, из них «зрелая» шейка матки — у 3.

При наличии «незрелой» и «недостаточно зрелой» шейки матки производили подготовку различными методиками. В 23 случаях в задний свод вводили простин-гель и через 6-10 часов наступали структурные изменения в шейке матки, самостоятельно развивалась родовая деятельность, после чего производили раннюю амниотомию. Эндоцервикально препедил-гель введен в 7 случаях, спонтанная родовая деятельность развивалась у 6 человек. Изолированная амниотомия оказалась эффективна у 7 женщин (4 — первородящих и 3 — повторнородящих). Внутривенное введение простина E2 0,75 мг на 400 мл физиологического раствора было результативным в 3 случаях (это были случаи преждевременного излития вод). Простин-гель (вагинально) с последующей амниотомией и внутривенным введением окситоцина и/или простина E2 использовались у 27 женщин с полным эффектом индукции в 8 случаях.

Результаты и обсуждение

Эффективность различных методов родовозбуждения представлена в таблице 1.

Таблица 1. Эффективность примененных методов родовозбуждения

Метод родовозбуждения	Степень «зрелости» шейки матки			Эффект родовозбуждения
	«незрелая»	«недостаточно зрелая»	«зрелая»	
Амниотомия (n=10)	--	--	3 (2,7%)	Полный
	--	1 (0,9%)	4 (3,6%)	Частичный
	--	1 (0,9%)	1 (0,9%)	

Простин-гель (вагинально), препедил-гель (интрацервикально) + амниотомия (n=30)	2 (1,8%)	3 (2,7%)	9 (8%)	Полный
	2 (1,8%)	7 (6,3%)	4 (3,6%)	Частичный
	1 (0,9%)	2 (1,8%)	--	Без эффекта
Простин Е2 внутривенно (n=16)	--	--	3 (2,7%)	Полный
	--	2 (1,8%)	7 (6,3%)	Частичный
	--	1 (0,9%)	3 (2,7%)	Без эффекта
Амниотомия + окситоцин + энзапрост внутривенно (n=29)	--	2 (1,8%)	12(10,7%)	Полный
	--	3 (2,7%)	10 (8,9%)	Частичный
	--	2 (1,8%)	--	Без эффекта
Простин-гель + амниотомия + окситоцин или энзапрост внутривенно (n=27)	2 (1,8%)	4 (3,6%)	8 (7,1%)	Полный
	4 (3,6%)	2 (1,8%)	5 (4,5%)	Частичный
	1 (0,9%)	1 (0,9%)	--	Без эффекта

Как следует из таблицы 1, ранняя амниотомия с целью родовозбуждения эффективна при «зрелой» шейки матки. В то же время амниотомия может сопровождаться увеличением частоты децелераций сердечного ритма плода, что, соответственно, может привести к увеличению частоты оперативного родоразрешения. Частота кесарева сечения и оперативных вагинальных родов при ранней амниотомии составила 12,5%. Показаниями для кесарева сечения при ранней амниотомии явились: острая гипоксия плода (3,2%), острая гипоксия плода в сочетании со слабостью родовой деятельности (4,6%), слабость родовой деятельности (6,1%). В контрольной группе соответственно 0,6%, 2,0% и 2,2% ($p>0,05\%$).

При родовозбуждении простагландинами Е2 (вагинально или интрацервикально) в случае «недостаточно зрелой» и «незрелой» шейки матки при применении 1 дозы закончилось кесаревым сечением в 12% и у 8,4% женщин при использовании двойной дозы препарата. Основной причиной кесарева сечения при данном методе родовозбуждения явилась первичная слабость родовой деятельности, отсутствие эффекта и острая гипоксия плода.

При преждевременном излитии околоплодных вод, независимо от степени зрелости шейки матки, родовозбуждение начинали путем внутривенного капельного введения простина Е2 0,75 мг. В связи с отсутствием эффекта от родовозбуждения при «незрелой» шейки матки кесарево сечение было произведено в 24,4% случаев.

При родовозбуждении путем амниотомии при доношенной беременности с последующим внутривенным введением окситоцина выявлено укорочение латентной фазы периода раскрытия. Внутриматочная гипоксия плода, аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация) установлена в 17,5% женщин, что объясняет проведение вагинальных оперативных родов в 12,1%.

Наиболее частыми осложнениями в родах I группы были слабость и дискоординация родовой деятельности, внутриматочная гипоксия плода, травмы мягких тканей родовых путей (таблица 2).

Таблица 2. Осложнения в родах

Осложнения	I группа	II группа
Слабость родовой сил	21 (18,8%)	6 (8%)
Острая гипоксия плода	18 (16%)	3 (4%)
Дискоординация родовой деятельности	5 (4,5)	1 (1,3%)
Отсутствие эффекта от родовозбуждения	4 (3,6%)	--
Отслойка нормально расположенной плаценты	1 (0,9%)	--
Дефект последа	2 (1,8%)	1 (1,3%)
Клинически узкий таз	3 (2,7%)	--
Разрыв шейки матки	9 (8%)	8 (10,7%)
Разрыв промежности	11 (9,8%)	14 (18,7%)
Разрыв слизистой влагалища	17 (15,2%)	10 (13,3%)

Как следует из таблицы 3, частота быстрых родов в I группе была несколько выше, чем в контрольной, однако различия были статистически недостоверны.

Таблица 3. Исход родов

Исход родов	I группа	II группа
Самопроизвольные роды	82 (73,2%)	61 (81,3%)
Быстрые роды	12 (10,7%)	3 (4%)
Акушерские щипцы	-	-
Вакуум-экстракция	2 (1,8%)	1 (1,3%)
Кесарево сечение	16 (14,3%)	10 (13,3%)

Абдоминальное родоразрешение, наложение акушерских щипцов и вакуум-экстракция плода в I группе женщин в 1,3 раза выше, чем во II группе ($p > 0,05$).

Оценка по шкале Апгар детей от женщин I группы на 1 минуте 8–9 баллов была у 92,4%, 6–7 баллов — у 7,6%; во II группе — 95,2% и 4,8%, соответственно. Масса новорожденных колебалась от 2420,0 до 4180,0 в обеих группах.

Таким образом, универсального метода родовозбуждения не существует. В каждом конкретном случае необходимо производить выбор метода с учетом состояния («зрелости») шейки матки, гестационного срока, внутриутробного состояния плода и других факторов. Следует отметить, что наиболее благоприятный исход родов для плода имели место при родовозбуждении у женщин при наличии «зрелой» шейки матки и последующей амниотомией и с использованием утеротонических средств. Проводить индуцированные роды следует в высококвалифицированных акушерских стационарах.

Литература

1. Сидорова, И. С. Аномалии родовой деятельности / И. С. Сидорова // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 2000. № 2. С. 115–122.
2. Сидорова, И. С. Эффективность родовозбуждения с помощью вагинального геля «Простин Е» / И. С. Сидорова [и др.] // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 2000. № 2. С. 33–35.
3. Чернуха, Е. А. Родовой блок / Е. А. Чернуха. М.: Триада Х, 1999. 533 с.
4. Sue, A., Quan, A.K., Hannah, M. E. et al. Effect of labour induction on rates of stillbirth and cesarian section in postterm pregnancies // Can. Med.Associal. J. 1999. V. 160. P. 1145–1149.
5. Yeast, J.D., Janes, A., Poskin, M. Induction of labour and the relationship to cesarean delivery: A review of 7001 consecutive indications // Am.J. Obstet.Gynecol. 1999. V. 180. P. 628–633