

УДК 618.5-08:618.346-008.8

**Э.Н. Зарицкая¹, Е.М. Мирлас¹,
Е.В. Шульженко¹, М.Н. Борзунов²,
О.С. Шестова², М.Н. Кушнарев²**ГБОУ ВПО «Амурская ГМА»
Минздрава России¹
г. Благовещенск
ГБУЗ АО «Благовещенская
городская клиническая больница»
(городской родильный дом)²
г. Благовещенск**АНТИПРОГЕСТИНЫ ДЛЯ
РАЦИОНАЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ
ИНДУЦИРОВАННЫХ РОДОВ**

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) встречается при самопроизвольных родах в 10–19% случаев. В конце прошлого столетия доминирующим фактором, определяющим тактику ведения родов при ПРПО, являлась длительность безводного периода. В то же время с 80-х гг. XX века стало развиваться другое мнение (в основном у зарубежных авторов) о ведении своевременных родов с ПРПО: появилось понятие об отсроченном или позднем родовозбуждении после ПРПО [3, 10]. Установлено, что спонтанные роды начинаются в течение 12–23 часов после ПРПО у 86% женщин, в течение 48–95 часов – у 48–95%, родовая деятельность не наступает и через 96 часов у 6% беременных [2]. Y. Ezra с соавт. считают, что наилучшим временем начала проведения родо-

возбуждения является 24-часовой промежуток после ПРПО [9]. Т.М. Eggebo с соавт. рекомендуют проводить родовозбуждение на следующее утро после ПРПО, при этом интервал между излитием вод и началом родовозбуждения варьирует от 16 до 39 часов [8].

Активная тактика ведения, подразумевающая раннее назначение окситоцина, приводит к повышению частоты оперативных родов по сравнению с выжидательной тактикой [2, 4, 7]. Исследователи установили, что при ПРПО 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 [6, 8, 9].

В работах акушеров-гинекологов второй половины XX века [3, 6], исследовавших течение родов и состояние новорожденных после ПРПО, отмечено увеличение перинатальной патологии при проведении родовозбуждения на фоне отсутствия биологической готовности к родам. В работах современных авторов, изучавших течение родов и послеродового периода при проведении активно-выжидательной тактики у женщин с ПРПО и недоношенной беременностью, указывается на возможность пролонгирования беременности с целью достижения биологической готовности к родам до 8 недель [1, 2, 3].

Индукция родов не является безопасной процедурой, а эффективность зависит от правильного выбора показаний и противопоказаний, времени проведения, метода или последовательности применения методов, обо-

РЕЗЮМЕ

При выборе рациональной тактики ведения родов, осложненных преждевременным разрывом плодных оболочек, установлено, что родовозбуждение через 2–3 часа после излития не всегда рационально и способствует увеличению частоты аномалий родовой деятельности, дистрессу плода и выполнению операции кесарева сечения. В работе отражены современные данные о проблеме преждевременного разрыва плодных оболочек, особенностях течения и ведения беременности и родов, исходы родов для женщин и детей.

Ключевые слова: антипрогестины, преиндукция и индукция родов, преждевременный разрыв плодных оболочек.

ANTIPIROGESTINS FOR SUSTAINABLE MANAGEMENT OF INDUCED LABOR

E.N. Zaritskaya, E.M. Mirlas, E.V. Shuljenko, M.N. Borzunov, O.S. Shestova, M.V. Kushnarev

ABSTRACT

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. In this work up to date data about the problem of preterm rupture of fetus membranes, reasons and factors of risk, causing the emergence of this complication, peculiarities of the process of pregnancy and labor, the outcomes of labor for women and babies are reflected.

Key words: antiproggestins, preinduction and induction of labor, preterm rupture of amniotic fluid, preterm prelabor rupture of membranous.

Таблица 1. Течение родов и послеродового периода

Сравнительный признак	I группа	II группа
	N=21	N=18
Степень зрелости шейки матки по Bishop E.H., человек/%	7 (33,3%)	3 (16,7%)
✓ «незрелая»	14 (66,7%)	11 (61,1%)
✓ «недостаточно зрелая»	—	4 (22,2%)
✓ «зрелая»	—	—
Родоразрешение, человек/%	19 (90,5%)	17 (94%)
✓ самопроизвольные роды	2 (9,5%)	1 (6%)
✓ роды путем операции «кесарево сечение»	—	—
Течение родов, час±	64,3±0,8*	4,8±1,2
✓ развитие регулярной родовой деятельности	7,1±0,3	8,3±0,6
✓ средняя продолжительность родов	10,4±0,6	15,4±0,8*
✓ длительность безводного периода	5 (24%)	16 (88,9%)*
Безводный промежуток более 12 часов, человек/%	—	—
Осложнения родов, человек/%	2 (9,5%)	2 (12%)
✓ слабость родовой деятельности	8 (38%)	9 (50%)*
✓ гипертоническая дисфункция	1 (5%)	—
✓ острая гипоксия плода	2 (9,5%)	4 (22,2%)*
✓ родовой травматизм (разрыв шейки матки I степени)	—	—
Осложнения послеродового периода, человек/%	3 (14%)	5 (28%)*
✓ субинволюция матки	1 (5%)	—
✓ послеродовый эндометрит	—	—

Примечание:* – достоверные различия между группами, $p \geq 0,05$.

снованных в конкретной клинической ситуации. Антипрогестины эффективно готовят шейку матки к завершению беременности как при живом плоде, так и при мертвом, а также при наличии рубца на матке. Подготовка шейки матки антипрогестинами (мифепрекс, мифепристон, пенкрофтон) позволяет снизить частоту оперативного родоразрешения при «недостаточно зрелой» шейке матки и ПРПО [2, 4,10].

Таким образом, вопросы применения антипрогестинов для преиндукции родов и влияния мифепрестона на течение родов, послеродового периода являются актуальными.

Цель исследования: оценить эффективность применения антипрогестинов в преиндукции и индукции родов для профилактики осложнений в родах, послеродовом периоде у матери и влияние их на плод.

Материалы исследования и методы

Проведен ретроспективный анализ применения схем преиндукции и индукции родов, рекомендованных клиническим протоколом «Под-

готовка шейки матки к родам и родовозбуждение», у 39 женщин с доношенной беременностью [5]. Для проведения медикаментозной преиндукции и индукции родов применялся мифепристон производства фирмы ЗАО «Мир-Фарм» (Россия). Все беременные были разделены на две группы: I группу составила 21 беременная с преиндукцией и индукцией родов и целым плодным пузырем; II группу – 18 беременных с ПРПО. Степень зрелости шейки матки оценивалась по шкале Бишоп (Bishop E.H., 1964; RCOG, 2008).

Показаниями для преиндукции родов в I группе явились: «незрелая» и «недостаточно зрелая» шейка матки при сроке беременности 41 неделя и 2 дня – 6 случаев; преэклампсия умеренной степени – 13 случаев; антенатальная гибель плода – 2 случая. Во II группе преиндукция родов проведена при «незрелой» шейке матки в 3 случаях, при «недостаточно зрелой» – в 11 случаях, индукция родов – в 4 случаях.

Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием критерия Стьюдента и определения статистически значимых различий между группами по этому критерию. Все средние значения представлены со стандартным отклонением ($M \pm SD$). Различия между сравниваемыми величинами признавались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение
Преиндукция и индукция родов проведена при «незрелой» шейке матки у 7 (18%), «недостаточно зрелой» – у 25 (64%) и «зрелой» – у 7 (18%) беременных, данные по группам представлены в таблице 1. Средний возраст женщин составил $26,7 \pm 3,4$ года. Первородящих было 32 (83,3%) женщины, повторнородящих – 7

(16,6%), из них первобеременных 24 (61,1%). У 8 женщин в анамнезе был медицинский аборт, у двух – несостоявшийся выкидыш и у одной – самопроизвольный аборт. У каждой третьей женщины до беременности были воспалительные болезни шейки матки и воспалительные заболевания гениталий, в том числе инфекции, передающиеся половым путем (гонорея, трихомониаз, мико- и уреоплазмоз) – в 8 (22%) случаях.

Во время данной беременности угрожающий аборт и угрожающие преждевременные роды были у 2 (9,5%) беременных в I группе и у 2 (12%) во II группе. Воспалительные болезни влагалища диагностированы в 15 (71,4%) и 13 (72,2%) случаях соответственно. Следует отметить, что рецидивирующие воспалительные болезни влагалища были у каждой третьей беременной.

Из таблицы 1 следует, что в I группе время развития регулярной родовой деятельности от начала преиндукции составило $64,3 \pm 0,8$ часа (диапазон 21 час – 7 дней), что продолжительнее по сравнению со II группой на $4,8 \pm 1,2$ часа ($p < 0,05$). Средняя продолжительность родов составила в этой группе $7,1 \pm 0,3$ часа, во II группе – $8,3 \pm 0,6$. Безводный промежуток в I группе был $10,4 \pm 0,6$ часа, во II группе при проведении активно-выжидательной тактики – $15,4 \pm 0,8$ ($p < 0,05$). Безводный промежуток более 12 часов в I группе был в 5 (24%) случаях и во II группе – в 16 (88,9%) случаях ($p < 0,05$). Самопроизвольные роды произошли у 19 (90,5%) родильниц I группы и у 17 (94%) родильниц II группы. Родоразрешение посредством операции кесарева сечения произведено в I группе в 2 (9,5%) и во II группе в 1 (6%) случаях. Показания к кесареву сечению в I группе – отсутствие эффекта от родовозбуждения ($n=1$) и острая гипоксия плода, обусловленная патологией пуповины ($n=1$); во II группе – вторичная слабость родовой деятельности и отсутствие эффекта от родостимуляции ($n=1$). В течение родов были диагностированы следующие нарушения родовой деятельности: слабость родовой деятельности 2 (9,5%) и 2 (12%) случая по группам соответственно; гипертоническая дисфункция, поддающаяся лечению β -адреномиметиками и эпидуральной анальгезией с положительным эффектом, – 8 (38%) и 9 (50%) случаев соответственно ($p < 0,05$). Разрыв шейки матки I степени был в I группе в 2 (9,5%) и во II группе в 4 (22,2%) случаях ($p < 0,05$), что обусловлено высокой частотой воспалительных болезней влагалища в анамнезе и во время беременности.

В удовлетворительном состоянии родилось 17 (81%) новорожденных I группы и 17 (94%)

новорожденных II группы. В состоянии умеренной асфиксии в I группе родилось 2 (9,5%) новорожденных и 1 новорожденный во II группе (причина умеренной асфиксии во всех случаях – патологическое состояние пуповины). Средняя масса новорожденных составила 3140 ± 200 грамм и 3223 ± 142 грамма по группам соответственно.

В послеродовом периоде в I группе у 3 (14%) и во II группе у 5 (28%) родильниц диагностирована субинволюция матки ($p < 0,05$), у 1 (5%) родильницы I группы – послеродовый эндометрит (показанием к преиндукции была антенатальная гибель плода).

Заключение

Таким образом, применение антипрогестинов эффективно для проведения преиндукции и индукции родов при «незрелой» и «недостаточно зрелой» шейке матки. Наиболее частым осложнением родов было нарушение сократительной деятельности матки, которое встречалось у каждой второй родильницы. Применение антипрогестинов для ускорения созревания шейки матки требует своевременной диагностики и лечения аномалий родовой деятельности. Применение антипрогестинов не оказывает отрицательного влияния на плод и новорожденного в раннем неонатальном периоде. Использование антипрогестинов не приводит к увеличению частоты послеродовых гнойно-инфекционных осложнений.

Литература

1. Глуховец Б.И. Восходящее инфицирование фетоплацентарной системы. МЕДпресс-информ, 2006. 240 с.
2. Болотских В. М., Болотских О. И. Клиническое обоснование активно-выжидательной тактики ведения родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод // Журнал акушерства и женских болезней. Том LVI, выпуск 3. 2007. С. 22–29.
3. Кравченко Е.Н., Синицина С.С., Яковлева О.А. Рациональная тактика ведения родов при преждевременном излитии околоплодных вод // Клиническая медицина. 2010. №2. С. 68–72.
4. Максимович О.П., Протопопова П.В., Ильин В.П. Дородовое излитие околоплодных вод: причины, диагностика, ведение беременности и родов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, №3 (49). 2006. С. 207–212.
5. Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение (клинический протокол) / Баев О.Р., Румянцева В.П., Кан Н.Е и др. Москва, 2012. 18 с.
6. Тоноян Л. А. Тактика ведения родов при преждевременном излитии околоплодных вод. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. М; 2007.
7. 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.
8. 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.

9. 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.

10. 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.

Координаты для связи

Зарицкая Элеонора Николаевна, кандидат мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО АГМА МР. E-mail:zarickoy@mail.ru

Мирлас Елена Михайловна, кандидат мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО АГМА МР. E-mail: misha_stepanov_92@mail.ru

Шульженко Екатерина Валерьевна, кандидат мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО АГМА МР. E-mail: katya_and_vitya@list.ru

Почтовый адрес ГБОУ ВПО «Амурская ГМА» МР: 675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95

Борзунов Максим Николаевич, заместитель главного врача по родовспоможению ГБУЗ АО БГКБ (городской родильный дом). E-mail: zamrod_gkb1@mail.ru

Шестова Олеся Сергеевна, врач родильного отделения ГБУЗ АО БГКБ (городской родильный дом). E-mail: olesyablag@mail.com

Кушнарев Максим Владимирович, врач родильного отделения ГБУЗ АО БГКБ (городской родильный дом). E-mail: Doctorkush@mail.ru

Почтовый адрес ГБУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница» (городской родильный дом): 675007, г. Благовещенск, ул. Горького, 247.

УДК 618.56-005.1

В.В. Посыльный¹, А.С. Гаврилов²

ГБУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» (областной перинатальный центр)¹

г. Благовещенск

ГБОУ ВПО «Амурская ГМА»

Минздрава России²

г. Благовещенск

РОЛЬ ГЕМОТРАНСФУЗИЙ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Массивные акушерские кровотечения (МАК) с кровопотерей более 30% объема циркулирующей крови (ОЦК) являются причиной материнской смертности в 20–28% от общего числа умерших и составляют 0,3–2% от общего количества акушерских кровотечений.

По данным М. Valki и соавторов (2008), суммарная частота гемотрансфузий при МАК составляет 0,31%. При экстренном кесаревом сечении переливание крови осуществляется в 0,49% случаев, при родоразрешении через естественные родовые пути – в 0,28% случаев и в 0,23% случаев – при плановом кесаревом сечении.

МАК требуют от врачей проведения экстренной интенсивной терапии, включая неотложную хирургическую помощь, введение больших объемов коллоидов и кристаллоидов для восполнения объема циркулирующей крови, плазмо- и гемотрансфузии, медикаментозную и аппаратную поддержку.

Тактика акушерско-реанимационных бригад подробно расписана в протоколах и рекомендациях: «Профилактика, лечение и алгоритм ведения при послеродовом кровотечении» Л.В. Адамян, В.Н. Серов (2013), «Интенсивная терапия и анестезия при кровопотере в акушерстве» Е.М. Шифман, А.В. Куликов (2012).

Мы хотим обратить внимание на объективность показания к гемотрансфузии в ранний послешоковый период.

Согласно п. 30 главы VII приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) № 183н от 2 апреля 2013 г. «Медицинским показанием к трансфузии (переливанию) донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов