



Т.П. ЗЕФИРОВА, М.Е. ЖЕЛЕЗОВА, Н.Е. ЯГОВКИНА
Казанская государственная медицинская академия

618.4

Быстрые роды: точка зрения клинициста

Зефирова Татьяна Петровна

доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1
420015, г. Казань, ул. Большая Красная, д. 51, тел. (843) 236-46-41

В статье освещены современные представления, касающиеся этиологии чрезмерно сильной родовой деятельности и быстрых родов, а также представлены результаты собственных исследований. На основании наблюдения за 228 беременными выявлены факторы риска и условия развития быстрых родов у беременных с хронической урогенитальной инфекцией. Установлено, что при хламидийной инфекции частота быстрых родов составляет 30,9%. Определены предикторные факторы данной патологии (потеря первой беременности, рецидивирующая угроза прерывания и наличие неоднократных эпизодов активации инфекционно-воспалительных процессов мочевых и половых путей при данной беременности). Показано, что своевременная антибактериальная терапия инфекционного процесса во время беременности является мерой профилактики быстрых родов у женщин с хламидийной инфекцией.

Ключевые слова: быстрые роды, сильная родовая деятельность, хламидийная инфекция.

T.P. ZEFIROVA, M.E. ZHELEZOVA, N.E. YAGOVKINA
Kazan State Medical Academy

Rapid labor: viewpoint clinician

The article highlights the modern concepts concerning the etiology of excessively strong labor activity and quick delivery, as well as the results of their own research. Based on observation of 228 pregnant women identified risk factors and conditions for the development of fast delivery in pregnant women with chronic urogenital infection. It is established that at the chlamydial infection rate of fast delivery was at 30.9% women. It was defined by the predictor factors of this disease (loss of first pregnancy, recurrent threat of termination and the presence of repeated episodes of infectious and inflammatory activation processes urinary and genital tract during the pregnancy). It is shown that early antibiotic treatment of infection during pregnancy is a preventive measure fast delivery in women with chlamydial infection.

Keywords: quick delivery, hyperactivity labor, chlamydia infection.

Наиболее типичным осложнением родового акта в современном акушерстве по-прежнему остаются аномалии родовой деятельности. Их частота составляет в среднем 12-16% по отношению ко всем родам [1]. Важность проблемы определяется не только высокой распространенностью этой патологии, но и многообразием ее неблагоприятного влияния на организм матери, плода и новорожденного ребенка. И хотя в последнее десятилетие имеется некоторая тенденция к снижению частоты аномалий сократительной деятельности матки (СДМ), настораживает заметное изменение их структуры. На фоне уменьшения частоты слабости родовой деятельности неуклонно растет процент быстрых и стремительных родов, он составляет сейчас 3-10% [5, 8].

Как правило, при статистическом учете быстрые и стремительные роды относят к категории аномальной родовой деятельности, и показатель быстрых родов фигурирует в структуре аномалий СДМ. Действительно, во многих случаях такие роды являются результатом гиперактивности матки и, следовательно, носят осложненный характер. Однако нельзя ставить знак

равенства между понятиями «быстрые роды» и «аномалии СДМ», хотя такая подмена на практике обычно присутствует. Не все быстрые роды следует считать патологическими. Нередко они не связаны с гиперергическим вариантом сокращения миометрия, а обусловлены оптимальным состоянием шейки матки (модель «программируемых родов») или истмико-цервикальной недостаточностью [6]. Физиологическими можно считать те случаи быстрых родов, когда:

- не были отмечены клинические признаки гиперактивности матки;
- отсутствуют травмы мягких тканей матери, патологическая кровопотеря;
- не имеется травматических и гипоксических повреждений плода, а также осложнений раннего неонатального периода.

О патологии говорят только в тех случаях, когда резистентность шейки преодолевается за счет чрезмерно сильной родовой деятельности, роды носят штормовой характер, что неизбежно сопровождается осложнениями со стороны матери



и плода, причем не только ранними, но и отдаленными. Так, по данным И.Е. Евтушенко и др. (2008), быстрые роды имелись в анамнезе у 22,9% детей с легкой умственной отсталостью и у 41,2% детей с эпилепсией.

Чрезмерно сильная родовая деятельность (ЧРД) — проявление гипертонической дисфункции миометрия, когда имеет место тахисистолия (более 5 схваток за 10 минут), сократительная активность матки превышает 300 единиц Монтевидео, а скорость открытия шейки матки превосходит физиологические пределы. Такая родовая деятельность может приводить к быстрым и стремительным родам, продолжительность которых составляет менее 4-6 часов.

Однозначного мнения об этиологии чрезмерно сильной родовой деятельности нет. Высказываются только предположения о ее причинах и называются некоторые факторы риска развития данной патологии. В частности, указывают на роль невращения при острых и хронических неврозах. Чрезмерная родовая деятельность нередко наблюдается у женщин с хроническими психическими заболеваниями, в частности при хронической шизофрении, а также при психологическом опровержении беременности. И.С. Сидорова (1998) считает, что причиной гиперактивности матки является сильное перевозбуждение симпатико-адреналовой и холинергической (парасимпатической) нервной системы, а также преобладающее влияние гормонов материнского происхождения, оказывающих утеротоническое действие (PGF-2альфа, окситоцин, серотонин, гистамин).

Считается, что частота быстрых родов увеличивается с возрастом, наименьший этот показатель у юных женщин. В этой связи требует изучения состояние рецепторного аппарата матки у женщин с гиперактивной родовой деятельностью. В своих исследованиях О.Р. Баев и др. (2005) находят, что концентрация рецепторов прогестерона у первородящих старше 30 лет в 1,7 раза ниже, чем у более молодых первородящих женщин. При этом частота быстрых родов значительно выше именно у пациенток старшего возраста.

К числу факторов, способствующих бурной родовой деятельности, относят некоторые виды акушерской и соматической патологии (гестоз, заболевания сердечно-сосудистой системы), а также преждевременные роды. В 2003 году А. Ayar et al. впервые сообщили о свойстве гомоцистеина усиливать спонтанную сократительную активность миометрия. Возможно, именно этим объясняется высокая частота быстрых родов при гестозе.

Чрезмерно активная родовая деятельность — характерная особенность родов при функционально узком тазе. Фактором риска гиперактивности матки служит и многоплодная беременность (при этом роды носят быстрый или стремительный характер у 44% женщин). Характерно, что при монозиготных двойнях данный показатель в 3,5 раза выше, чем при dizиготных [3, 10].

Обсуждается влияние тиреотоксикоза на родовую деятельность. Считается, что в этих случаях нарушается кортико-висцеральная регуляция: растормаживается подкорка, усиливается работа гипофиза, надпочечников, увеличивается концентрация контрактильных веществ — питуитрина, адреналина, ацетилхолина. Необходимо учитывать роль ятрогенных факторов, в частности большое значение имеет гиперстимуляция утеротоническими препаратами, в том числе неоправданно высокая скорость их введения. По данным Н.В. Стрижовой и др. (2003), при родостимуляции окситоцином гиперактивность матки формируется в 13,5% случаев.

Вызывает интерес вопрос о влиянии на сократительную деятельность матки инфекционной патологии. Влияние воспалительных событий в организме женщины на характер родовой деятельности вполне закономерно — физиологические

механизмы подготовки и реализации родов во многом напоминают модель воспаления. Так, процесс подготовки шейки матки опосредуется разнообразными и сложными механизмами, в которые вовлечены цитокины воспаления. Физиология маточного сокращения в родах также предусматривает роль цитокинов воспаления, транскрипцию нейтрофилов и моноцитов [12, 15, 16].

Участие воспалительного механизма в обеспечении родовой деятельности доказывается преобладанием в миометрии экспрессии соответствующих генов. Так, среди 10 известных генов, которые экспрессировались в родах, 6 имеют иммунные и воспалительные роли, в том числе посредников и модуляторов воспаления [13]. Клинические и экспериментальные данные подтверждают, что латентная внутриматочная инфекция вызывает иммунные ответы, а цитокины активируют синтез простагландинов в матке, плаценте и плодных оболочках. Исследуя концентрацию IL-6, В. Jacobsson и др. (2005) установили, что она была повышена в 10 раз в тех случаях, когда в хориальной пластинке и амниотической оболочке обнаруживались микробные антигены. Экспрессия цитокинов характерна и для физиологических родов, но при инфекционных поражениях эти процессы намного интенсивнее.

Ориентируясь на клинические аспекты влияния инфекционной патологии на контрактильную активность матки, мы поставили целью изучить факторы риска и условия развития быстрых родов у беременных с хронической урогенитальной инфекцией. Для этого был осуществлен ретроспективный анализ частоты и структуры аномалий родовой деятельности у 228 женщин с хроническими хламидийными, смешанными и неспецифическими бактериальными воспалительными заболеваниями мочевых и половых путей. Для сравнения проанализирована медицинская документация 120 условно здоровых женщин, не имевших инфекционной патологии до и во время беременности. Обследуемые группы были идентичными по признакам возраста и паритета (test Levene $p>0,05$, ANOVA $p>0,05$).

Результаты показали, что быстрые (или стремительные) роды имели место у 42 женщин (18,4%) с инфекционной патологией, что было в 5,2 раза выше, чем в группе сравнения (где соответственно 3,5%, $z=9,66$, $p=0,001$). Показатель частоты быстрых родов оказался наивысшим при хламидийной и смешанной хламидийно-микоплазменной инфекции (соответственно 30,9% и 15,2%). При урогенитальной неспецифической бактериальной инфекции он составил 6,6%.

Логистический анализ продемонстрировал, что фактор хламидий (как в виде моноинфекции, так и ассоциации) увеличивал шансы быстрых родов в 11,7 раза по сравнению с неинфицированными беременными ($b=2,5$, Wald's $\chi^2=5,6$, $p=0,01$). Поэтому для дальнейшего анализа из общей когорты женщин, принимавших участие в пилотном исследовании, были отобраны пациентки с хламидийной (67 наблюдений), а также комбинированной хламидийно-микоплазменной инфекцией (59 наблюдений), суммарно 126 человек. У 39 из них реализовались быстрые (или стремительные) роды, они составили I группу. Другие 87 женщин вошли во II группу. Группу сравнения (III) сформировали 28 пациенток, не имевших инфекционных отягощений до и во время беременности, а также не показавших нарушений СДМ.

Особенностью соматического статуса, характерной для пациенток I группы, оказались высокая частота патологии щитовидной железы (20,5%). Отличительной чертой акушерского анамнеза было наличие самопроизвольных выкидышей. В I группе данное осложнение, которое могло демонстрировать активность инфекционного процесса, наблюдалось в 6,5 раз чаще, чем во II группе (43,5 и 6,7% соответственно, $\chi^2=24,1$, $p=0,0001$).



Во время настоящей беременности у женщин, реализовавших впоследствии быстрые роды, отмечался целый ряд осложнений. В частности, в 1,4 раза чаще имела активация инфекционных процессов мочевых путей. Рецидивирующая форма кольпита и цервицита наблюдалась в 44.7% (против 14.8% во II группе, $\chi^2 = 11.84$, $p=0.006$). Показатель частоты угрозы прерывания беременности в I группе был в 1.3 раза выше, чем во II (84.6% и 66.2% соответственно, $\chi^2 = 4.77$, $p=0.028$). Кроме того, у пациенток, имевших в последующем быстрые роды, угроза прерывания беременности в 55.1% случаев носила рецидивирующий характер, и это было значительно чаще по сравнению со II группой (там — в 33.3%, $\chi^2 = 2.88$, $p=0.048$).

Чрезвычайно важным оказался тот факт, что среди пациенток II группы было значительно больше таких, кто получал во время беременности антибактериальную терапию, направленную на лечение инфекционной патологии. Установлено, что антибактериальная терапия во время беременности у женщин с хламидийной инфекцией снижает вероятность развития тяжелой родовой деятельности в 7.4 раза ($b=2.0$, Wald's $\chi^2 = 7.6$, $p=0.001$).

Интересным представлялся вопрос о характере маточной активности накануне родов у обследуемых женщин. По данным четырехканальной гистерографии, выполненной с помощью цифрового четырехканального гистерографа фирмы «Волготех» (г. Саратов) на базе процессора Pentium IV 2,40 GHz с записью сигналов в реальном режиме времени и последующей компьютерной обработкой данных, удалось установить, что у беременных I группы накануне родов частота спонтанных высокоамплитудных сокращений Брекстона Гикса существенно выше, чем во II группе и у здоровых беременных (6.2 ± 0.4 за 60 минут против 3.9 ± 0.2 , $p=0.01$). Таким образом, у женщин с быстрыми родами еще до их начала проявлялись признаки высокой функциональной активности миометрия.

Обсуждая проблемы материнского травматизма, следует отметить, что травматические повреждения мягких тканей у женщин с быстрыми родами имели место в 21 случае (53.8%), что превышало показатель II группы в 2.5 раза. Примечательно, что наиболее типичным вариантом травмы был не разрыв шейки матки, как это можно было бы ожидать при быстрых родах, а разрыв промежности, причем фигурирующий в изолированном виде.

Оценка состояния новорожденных показала, что при идентичной массе родившихся детей существенно более низкий показатель по Апгар определялся именно после быстрых родов — он равнялся 4.55 ± 0.35 балла и значительно отличался от такового у новорожденных, перенесших роды, не осложненные аномалиями СДМ (соответственно 8.11 ± 0.2 балла, $p=0.01$). Причиной тому, возможно, была интранатальная гипоксия, которая отмечена у 20 плодов (51.3%) в I группе. При дальнейшем наблюдении у 72.8% детей имели место осложнения неонатального периода, которые могли находиться во взаимосвязи с быстрыми родами — кефалогематомы, желтуха новорожденных, геморрагический синдром, перинатальные повреждения ЦНС.

Проведенное нами исследование продемонстрировало, что хроническая хламидийная инфекция у беременных представляется важным фактором риска развития быстрых родов, которые являются результатом гиперактивности матки, носят патологический характер и ассоциированы с осложнениями для матери и плода. Гиперактивность матки, вероятно, представляет собой патогенетически обусловленное событие, связанное с собственными свойствами возбудителя и его влиянием на ткани матки.

Основными предикторными факторами быстрых родов у беременных с хламидийной инфекцией можно считать следующие: в анамнезе — потерю первой беременности, при

данной гестации — рецидивирующую угрозу прерывания и наличие неоднократных эпизодов активации инфекционно-воспалительных процессов мочевых и половых путей. Своевременная антибактериальная терапия инфекционного процесса, проведенная по показаниям во время беременности, считается надежной мерой профилактики быстрых родов у женщин с хламидийной инфекцией.

В заключение следует отметить, что в настоящее время надежных способов лечения гиперактивности матки в родах не существует. Ни один из предлагаемых методов, включая применение препаратов из группы бета-миметиков и регионарные методы обезболивания, не имеет доказанной эффективности. Возможно, перспективными являются исследования, касающиеся применения для коррекции данного вида аномалий родовой деятельности донаторов оксида азота.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. К обоснованию сочетанного применения актовегина, b-адреноблокаторов (пропранолола) и мизопростала для профилактики и лечения аномалий родовой деятельности / В.В. Абрамченко, Т.У. Кузьминых, Н.В. Полянская, А.Г. Савицкий // Материалы всероссийской междисциплинарной научно-практ. конференции «Критические состояния в акушерстве». — Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. — С. 75-77.
2. Баев О.Р. Аномалии родовой деятельности у первородящих старше 30 лет / О.Р. Баев, В.С. Белоусова // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатол., 2005. — Т. 4. — № 1. — С. 5-10.
3. Горемыкина Е.В. Частота и исходы родов у женщин с функционально узким тазом в условиях крупного промышленного центра: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань, 2006. — 22 с.
4. Евтушенко И.Д. Течение беременности и родов женщин, у детей которых впоследствии были выявлены психические нарушения / И.Д. Евтушенко, А.А. Родионченко, Т.П. Красносельских // Дальневосточный медицинский журнал, 2008. — № 3. — С. 67-72.
5. Кравченко Е.Н. Родовая травма. Акушерские и перинатальные аспекты. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
6. Савицкий А.Г. Структура аномалий родовой деятельности в современном акушерстве: клинико-статистические аспекты // Журн. акушерства и женских болезней, 2005. — № 2. — С. 17-22.
7. Сидорова И.С. Гипертоническая дисфункция матки (стремительные роды, контракционное кольцо, тетанус матки) / И.С. Сидорова // Росс. вестник акушера-гинеколога, 1998. — № 1. — С. 99-106.
8. Сидорова И.С. Адаптация плода при аномалиях родовой деятельности / И.С. Сидорова, И.О. Макаров, А.Н. Быковщенко, А.А. Блудов // Акушерство и гинекология, 2001. — № 2. — С. 17-23.
9. Стрижова Н.В. Применение сопряженной электронной миостимуляции при слабости родовой деятельности / Н.В. Стрижова, О.Ю. Ткаченко // Акушерство и гинекология, 2003. — № 3. — С. 26-29.
10. Althaus J.E. Cephalopelvic disproportion is associated with an altered uterine contraction shape in the active phase of labor / J.E. Althaus S. Petersen, R. Driggers, A. Cootauco // Am J Obstet Gynecol., 2006. — V. 195. — № 3. — P. 739-742.
11. Ayar A. Homocysteine-induced enhancement of spontaneous contractions of myometrium isolated from pregnant women / A. Ayar, H. Celik, O. Ozcelik, H. Kelestimur // Acta Obstet. Gyn. Scand. — 2003. — V. 182 (9). — P. 789-793.
12. Bogavac M. Chlamydia trachomatis—a possible cause of premature labor / M. Bogavac, S. Aleksic, A. Radulovic // Med. Pregl., 2002. — V. 55 (3-4). — P. 146-148.

Полный список литературы на сайтах
www.mfv.ru, www.parchive.ru