

© В. М. Болотских¹,О. И. Болотских²¹ НИИ акушерства и гинекологии

им. Д. О. Отта РАМН,

Санкт-Петербург;

² Санкт-Петербургская государственная
медицинская академия им. И. И. Мечникова

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ АКТИВНО-ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

■ В работе обсуждается тактика ведения беременности и родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод (ПИОВ) при доношенном сроке. Назначение родовозбуждения через 2–3 часа после ПИОВ при отсутствии биологической готовности к родам нерационально. В таких случаях активно-выжидательная тактика при ПИОВ с проведением адекватной антибактериальной терапии способствует уменьшению частоты аномалий родовой деятельности, оперативного родоразрешения и акушерского травматизма.

■ **Ключевые слова:** преждевременное излитие околоплодных вод; доношенный срок беременности; активно-выжидательная тактика; роды; «незрелая» шейка матки

Актуальность проблемы

Общеизвестно, что длительный безводный период опасен развитием гнойно-септических осложнений у матери и плода, частота которых увеличивается параллельно длительности безводного периода [5, 6]. До настоящего времени это обстоятельство является показанием для проведения родовозбуждения через 2–3 часа после преждевременного излития околоплодных вод (ПИОВ). Однако данная тактика часто приводит к развитию аномалий родовой деятельности и гипоксии плода в родах и, как следствие, к увеличению частоты оперативного родоразрешения и неонатальных осложнений.

Особую проблему, по нашему мнению, представляет ситуация ПИОВ при сроке беременности 37–39 недель, которое зачастую происходит на фоне «незрелой» или «созревающей» шейки матки.

В работах акушеров-гинекологов второй половины XX века [2, 4], исследовавших течение родов и состояние новорожденных после ПИОВ, 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 ПИОВ и недоношенной беременностью [1, 3], указывается на возможность пролонгирования беременности с целью достижения биологической готовности к родам.

Цель

Учитывая эти данные, было решено разработать методы дифференцированного ведения беременности и родов, осложненных ПИОВ при доношенном сроке.

Результаты исследования и их обсуждение

Клиническая оценка роли некоторых факторов в возникновении преждевременного излития околоплодных вод

С целью выработки адекватного подхода к решению вопроса о рациональном ведении беременности и родов при ПИОВ был проанализирован ряд факторов, влияющих на данную патологию.

На основании ретроспективного анализа 760 историй родов родильного дома № 18 Санкт-Петербурга у женщин с ПИОВ нами изучено влияние сезонного и суточного ритма на частоту данной патологии.

При изучении зависимости ПИОВ от времени суток получены результаты, отображенные на рис. 1.

Увеличение частоты ПИОВ происходило в промежутке от 3 до 10 часов — $52,2 \pm 1,9$ %, в интервале от 11 до 18 часов — $26,6 \pm 1,6$ %, от 19 до 3 часов — $21,2 \pm 1,5$ % ($p < 0,05$).

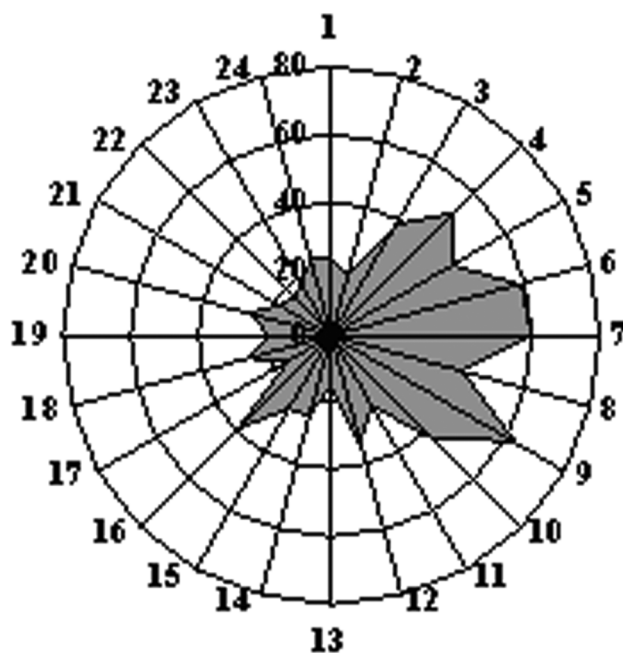


Рис. 1. Циркадные ритмы преждевременного излития околоплодных вод
Примечание: окружность диаграммы — время суток, радиус — частота (n) преждевременного излития околоплодных вод

При распределении изучаемой патологии по временам года выявлено, что реже всего ($21,45 \pm 1,51 \%$) ПИОВ происходило летом (табл. 1). Причем чаще всего данное осложнение встречалось в осенне-весеннее время года, когда обычно происходит обострение хронических заболеваний (рис. 2), что косвенно подтверждает инфекционную этиологию ПИОВ.

С целью исследования медицинских и социальных факторов ПИОВ мы провели сравнительный анализ 760 родов с ПИОВ и 716 родов со своевременным излитием околоплодных вод.

Полученные данные не выявили существенного влияния ряда социальных факторов, таких как возраст, семейное положение, образование, в то же время свидетельствуют о значимости медицинских факторов в проблеме ПИОВ (табл. 2).

Так, ПИОВ чаще ($p < 0,001$) наблюдалось у повторнородящих ($54,1 \pm 1,8 \%$), чем у первородящих ($33,4 \pm 1,8 \%$).

При анализе анамнестических данных замечено, что ОРВИ при беременности достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались при ПИОВ ($18,2 \pm 1,4 \%$), чем при своевремен-

Таблица 1

Влияние сезонного ритма на частоту преждевременного излития околоплодных вод

Время года	Количество родов, осложнившихся преждевременным излитием околоплодных вод	
	n	$M \pm m, \%$
Зима	203	$26,71 \pm 1,60 *$
Весна	195	$25,66 \pm 1,60 *$
Осень	199	$26,18 \pm 1,60 *$
Лето	163	$21,45 \pm 1,50$

* — различия в сравнении с летом достоверны, $p < 0,01$

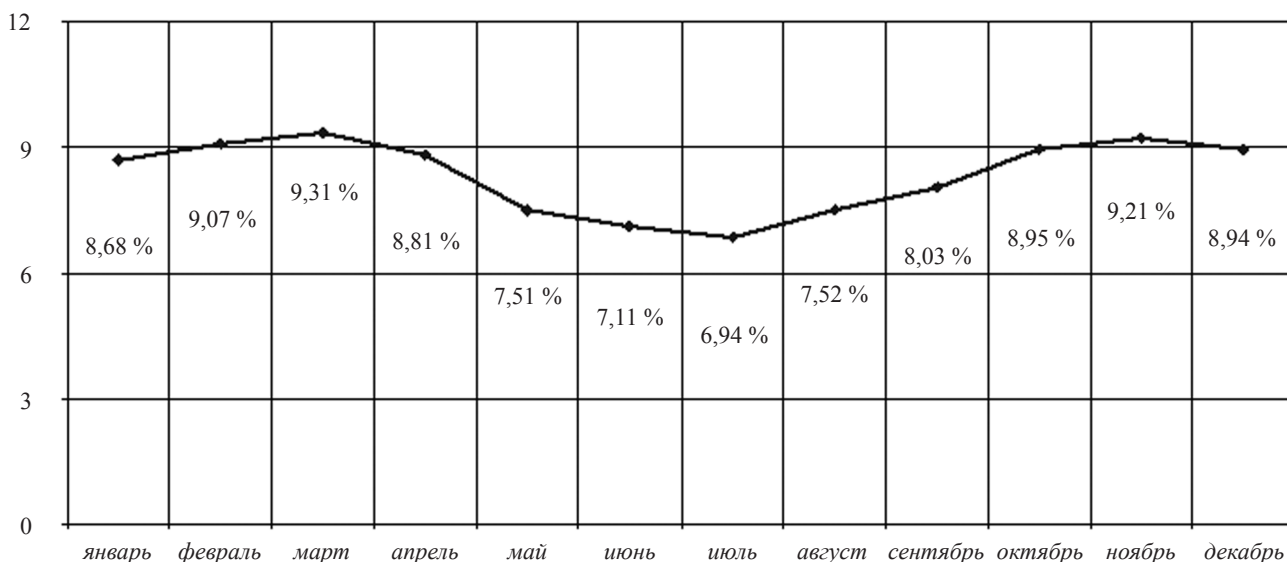


Рис. 2. Влияние сезонного ритма на частоту родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод

Таблица 2

Влияние сезонного ритма на частоту преждевременного излития околоплодных вод

Параметры	ПИОВ (n = 760)		Своевременное излитие околоплодных вод (n = 716)	
	n	M ± m, %	n	M ± m, %
Первобеременные	349	45,9 ± 1,8	476	66,5 ± 1,8 ***
Повторнобеременные	411	54,1 ± 1,8	239	33,4 ± 1,8 ***
Анамнез				
Бесплодие различного генеза	68	8,9 ± 1,0	51	7,1 ± 1,0
Два аборта и более	153	20,1 ± 1,5	54	7,5 ± 1,0 ***
ОРВИ при беременности	138	18,2 ± 1,4	97	13,5 ± 1,3 *
Осложнения беременности				
Гестоз	515	67,8 ± 1,7	442	61,7 ± 1,8 *
Анемия беременных (Hb < 100 г/л)	108	14,2 ± 1,3	117	16,36 ± 1,0
Угроза прерывания беременности	305	40,1 ± 1,8	142	19,7 ± 1,5 **
Тазовое предлежание	74	9,7 ± 1,1	44	6,1 ± 0,9 *
Многоплодная беременность	19	2,5 ± 0,6	6	0,8 ± 0,3 *
Многоводие	47	6,2 ± 0,1	61	8,5 ± 1,0
Перенашивание	41	5,4 ± 0,8	74	10,3 ± 1,1 **
Урогенитальная инфекция, выявленная при беременности				
Микоплазмоз	157	20,7 ± 1,5	134	18,7 ± 1,5
Хламидиоз	71	9,3 ± 1,1	61	8,5 ± 1,0
Уреаплазмоз	131	17,2 ± 1,4	57	8,0 ± 1,0 ***
Генитальный герпес	8	1,1 ± 0,4	4	0,6 ± 0,3
Трихомониаз	16	2,1 ± 0,5	9	1,3 ± 0,4
Экстрагенитальные заболевания				
Заболевания щитовидной железы	24	3,2 ± 0,6	16	2,24 ± 0,6
Ожирение	101	13,3 ± 1,3	89	12,47 ± 1,2
Воспалительные заболевания мочевыделительной системы	197	25,9 ± 1,6	126	17,6 ± 1,4 **
Вегетососудистая дистония	56	7,4 ± 1,0	67	9,37 ± 1,1
Варикозная болезнь	40	5,3 ± 0,8	52	7,27 ± 1,0
Заболевания желудочно-кишечного тракта	16	2,1 ± 0,5	9	1,26 ± 0,4
* — p < 0,05; ** — p < 0,01; *** — p < 0,001				

ном (13,5 ± 1,3 %), при ПИОВ в 3 раза чаще (p < 0,001) (20,1 ± 1,5 %) встречаются женщины, у которых было выполнено два и более абортa. Нaми было установлено, что достоверно чаще (p < 0,05) ПИОВ предшествуют такие осложнения, как гестоз (67,8 ± 1,7 % и 61,7 ± 1,8 % соответственно), угроза прерывания беременности (40,1 ± 1,8 % и 19,7 ± 1,5 %; p < 0,01), тазовое предлежание (9,7 ± 1,1 % и 6,1 ± 0,9 %; p < 0,05), многоплодная беременность (2,5 ± 0,6 % и 0,8 ± 0,3 %; p < 0,05). При перенашивании ПИОВ встречалось достоверно (p < 0,01) реже (5,4 ± 0,8 % и 9,7 ± 1,1 %). У каждой второй женщины с ПИОВ обнаружена урогенитальная инфекция, достоверно чаще (p < 0,001) при ПИОВ выявлен уреаплазмоз (17,2 ± 1,4 % и

8,0 ± 1,0 %). Воспалительные заболевания мочевыделительной системы (главным образом, хронический пиелонефрит, хронический цистит) достоверно чаще (p < 0,01) встречались при ПИОВ (25,9 ± 1,6 % и 17,6 ± 1,4 %).

Таким образом, ПИОВ является одним из проявлений различной, нередко сочетающейся патологии женского организма (экстрагенитальные заболевания, осложнения беременности, акушерская патология и др.).

Особенности течения родов у женщин при спонтанном развитии родовой деятельности менее чем через три часа после излития околоплодных вод

Из 760 женщин с ПИОВ вступили спонтанно в роды 449 (59,07 ± 1,8 %) человек.

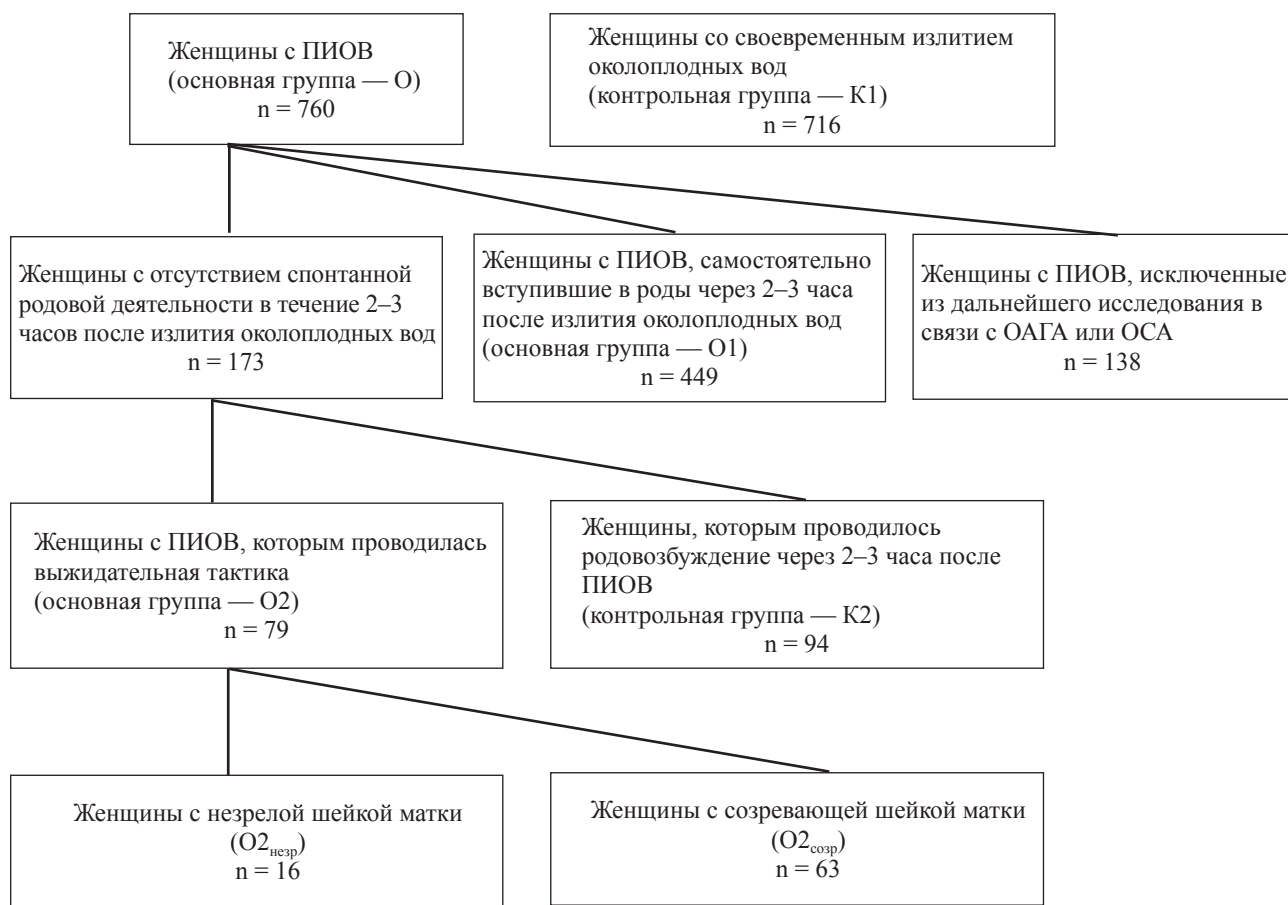


Рис. 3. Особенности распределения женщин по группам для анализа проводимого исследования

Мы сравнили особенности течения родов у женщин с ПИОВ при спонтанном развитии родовой деятельности в течение менее трех часов с момента излития околоплодных вод (основная группа (O1), $n = 449$) и у женщин со своевременным излитием околоплодных вод (контрольная группа (K1), $n = 716$) (рис. 3).

По данным КТГ и партограммы мы установили, что в основной группе (O1) родовая деятельность с самого начала становится более ритмичной и высокоактивной. В то же время в контрольной группе (K1) частота, сила и продолжительность схваток нарастают постепенно.

Следующей особенностью сократительной деятельности матки при ПИОВ (основная группа — O1) является наличие дополнительных волн сокращения по данным гистограммы ($31,21 \pm 3,52$ % случаев), следующих через одну минуту после обычной схватки, которые по продолжительности и высоте амплитуды значительно уступают обычным и зачастую не ощущаются роженицами. Можно предположить, что эти особенности маточной активности следует расценивать как элементы дискоординации родовой деятельности.

При сравнении этих групп нами отмечено, что при ПИОВ со спонтанным развитием родовой

деятельности средняя продолжительность родов достоверно меньше ($7,7 \pm 1,4$ ч), чем при своевременном ($10,8 \pm 1,1$ ч) за счет укорочения 1-го периода родов ($p < 0,05$). При этом частота разрывов шейки матки у рожениц основной группы (O1) значительно выше ($8,33 \pm 1,6$ %), чем в контрольной ($2,66 \pm 0,6$ %; $p < 0,01$). При сравнении других осложнений в родах существенных различий между группами не выявлено. То есть при спонтанном развитии родовой деятельности менее чем через 3 часа после излития околоплодных вод характерно более быстрое течение родов и высокая частота разрывов шейки матки.

Выявленные нами особенности сократительной деятельности матки при ПИОВ объясняются, по-видимому, уменьшением полости матки после излития околоплодных вод, вследствие чего плод интимнее прилегает к плодовместилищу и сильнее раздражает нервные окончания нижнего сегмента матки, опустившейся предлежащей частью.

Особенности течения беременности в период с момента излития околоплодных вод до начала родовой деятельности

Из 760 женщин с ПИОВ 311 ($40,92 \pm 1,8$ %) человек не вступили спонтанно в роды.

Для дальнейшего исследования были исключены женщины с тяжелыми соматическими заболеваниями, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, первородящие старше 30 лет, беременные с относительно крупными размерами плода, угрожаемые по развитию гнойно-септических заболеваний, а также беременные со «зрелой» шейкой матки, т. к. вопрос о целесообразности родовозбуждения в таких случаях не является дискуссионным, и поэтому исследование данного контингента женщин не входило в задачи нашего исследования. Таким образом, под наблюдение было отобрано 173 женщины с преждевременным разрывом плодных оболочек на фоне «созревающей» или «незрелой» шейки матки со сроком гестации 37–40 недель и отсутствием спонтанной родовой деятельности в течение 2–3 часов после излития околоплодных вод. Все женщины были разделены на две группы (рис. 3).

Контрольную группу (К2) составили 94 роженицы с ПИОВ, у которых проводилось родовозбуждение энзапростом по общепринятой схеме (1,0 внутривенно капельно на физиологическом растворе) через 2–3 часа после излития.

В основную группу (О2) вошли 79 рожениц с ПИОВ, которым проводилась выжидательная тактика.

Применение активно-выжидательной тактики включало:

1. Отказ от индукции родов через 2–3 часа после ПИОВ.
2. Госпитализацию в отделение патологии беременных.
3. Ежедневную смену белья и смену стерильных подкладных 3–4 раза в день.
4. Режим II (палатный), полноценное питание.
5. Контроль за состоянием беременной:
 - а) определение частоты пульса, температуры тела каждые 3 часа;
 - б) исследование количества лейкоцитов и лейкоцитарной формулы периферической крови, анализ крови на СРБ;
 - в) наблюдение за количеством и качеством подтекающих вод;

г) бактериоскопическое исследование отделяемого боковой стенки влагалища.

6. Контроль за состоянием плода методами УЗИ, кардиотокографии, доплерометрии.
7. Регуляция маточной активности (использование β -адреномиметиков и антагонистов кальция) и подготовка шейки матки к родам.
8. Назначение беременным при безводном промежутке более 12 часов антибактериальных препаратов (цефазолин 1,0 в/м через 6 часов). В послеродовом периоде, учитывая подтвержденную инфекционную этиологию ПИОВ, кроме цефазолина применяли гентамицин 0,8 в/м через 8 часов.

Представление о биологической готовности к родам составляли в зависимости от степени «зрелости» шейки матки и сократительной деятельности матки по данным КТГ.

Беременных основной группы (О2) подразделили на 2 подгруппы (табл. 3).

В первую подгруппу ($O2_{незр}$) вошли 16 ($20,25 \pm 4,52\%$) женщин с «незрелой» шейкой матки, во вторую ($O2_{созр}$) — 63 ($79,65 \pm 4,52\%$) с «созревающей» шейкой матки.

Степень «зрелости» шейки матки напрямую зависела от срока беременности, который в первой группе составил $38,4 \pm 0,84$ недель, во второй — $39,6 \pm 0,74$ недель ($p > 0,05$).

Всем роженицам проводилась кардиотокография с помощью аппарата OXFORD.

Анализ сократительной деятельности матки проводился по методу А. З. Хасина путем вычисления эффективности сократительной деятельности по формуле:

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

где E — эффективность сократительной деятельности матки (в усл. ед.); $\sum$ — математический знак суммы; A — амплитуда единичного сокращения (мм); r — продолжительность схватки (с); t — время анализируемого процесса (с).

При анализе сократительной деятельности матки (на основе гистограмм) при доношенной

Таблица 3

Особенности течения беременности с момента излития околоплодных вод до начала родовой деятельности

Параметры	I подгруппа ($O2_{незр}$)	II подгруппа ($O2_{созр}$)
Срок беременности (недели)	$38,4 \pm 0,8$	$39,6 \pm 0,7$
Сократительная деятельность матки в первые 6 часов после излития околоплодных вод (у. е.)	$24,2 \pm 19,1$	$22,1 \pm 16,3$
Сократительная деятельность матки через 24 часа после излития околоплодных вод (у. е.)	$58,6 \pm 5,4$	$64,3 \pm 6,3$
Время безводного периода (сутки)	$3,8 \pm 0,9$	$1,6 \pm 0,6^*$
* — $p < 0,05$		

беременности и ПИОВ обращают на себя внимание следующие особенности (табл. 3).

В первые 6 часов после излития околоплодных вод маточная активность невысокая (в первой подгруппе — $24,2 \pm 19,1$; во второй — $22,1 \pm 16,3$ у. е.), однако уже по истечении суток сократительная деятельность матки увеличивается в 2,5–3 раза.

Несмотря на отсутствие существенных различий в гистограммах, безводный период в подгруппе O2_{незр} был достовернее дольше, чем в подгруппе O2_{созр} ($3,8 \pm 0,9$ и $1,6 \pm 0,6$ суток соответственно). У 3 женщин с незрелой шейкой матки ($3,80 \pm 2,15$ %) и у 2 женщин с созревающей шейкой матки ($2,53 \pm 1,8$ %) по истечении $4,6 \pm 0,6$ суток родовая деятельность не развивалась, при этом отмечалось повышение лейкоцитоза крови ($13,4 \pm 3,4 \times 10^6/\text{л}$), СРБ. Однако к тому времени были созданы условия (шейка матки стала «зрелой») для родовозбуждения, что и было выполнено.

У четырех ($5,06 \pm 2,47$ %) женщин безводный промежуток составил 5 суток. Было решено дальнейшее пролонгирование беременности считать нецелесообразным. Несмотря на отсутствие признаков инфицирования, к этому времени им также было проведено родовозбуждение энзапростом. Следует отметить, что у этих четырех женщин на протяжении всего безводного периода маточная активность была минимальной.

Особенности течения родов при преждевременном излитии околоплодных вод в зависимости от выбора акушерской тактики ведения родов

Мы проанализировали течение родов у 94 женщин с ПИОВ, которым проводилась индукция родов через 2–3 часа после излития околоплодных вод (группа K2). Девять женщин ($9,57 \pm 3,03$ %) в связи с наличием «незрелой» шейки матки родоразрешили путем операции кесарева сечения. У 59 ($62,77 \pm 4,99$ %) рожениц через 3–4 часа после родовозбуждения энзапростом развилась слабость родовой деятельности, потребовавшая родостимуляции окситоцином. Причем у 7 ($7,4 \pm 2,71$ %) женщин без эффекта, что послужило показанием для кесарева сечения.

В 4 ($4,3 \pm 1,1$ %) случаях выполнена вакуум-экстракция плода по слабости родовой деятельности.

Одной ($1,06 \pm 1,06$ %) роженице были наложены акушерские щипцы в связи с начавшейся гипоксией (брадикардией плода).

В 7 ($7,4 \pm 2,7$ %) случаях начавшаяся гипоксия плода проявлялась появлением меконияльных вод, что у двух ($2,1 \pm 1,5$ %) женщин сопровождалось слабостью родовой деятельности, в связи с чем они были родоразрешены путем операции кесарева сечения.

Одна женщина ($1,1 \pm 1,1$ %) родоразрешена оперативным путем по поводу клинически узкого таза в связи с переднеголовным вставлением.

Таким образом, при выборе активной тактики в 19 ($20,2 \pm 4,1$ %) случаях роды закончились операцией кесарева сечения (табл. 4).

Таблица 4

Особенности течения родов при преждевременном излитии околоплодных вод в зависимости от выбора акушерской тактики ведения родов

Параметры	Основная группа (O2), n = 79		Контрольная группа (K2), n = 94	
	n	M ± m, %	n	M ± m, %
Слабость родовой деятельности	11	13,9 ± 3,9	59	62,8 ± 5,0 ***
Длительная перидуральная анестезия	6	7,6 ± 3,0	2	2,1 ± 1,5
Гипертермия в родах	7	8,9 ± 3,1	4	4,3 ± 2,1
Кесарево сечение	5	6,3 ± 2,7	19	20,2 ± 4,1 ***
Вакуум-экстракция	2	2,5 ± 1,8	4	4,3 ± 1,1
Акушерские щипцы	1	1,3 ± 1,3	1	1,1 ± 1,1
Разрывы шейки матки	4	5,1 ± 2,5	9	9,6 ± 3,0
Разрывы влагалища	1	1,3 ± 1,3	2	2,1 ± 1,5
Перинеотомия	55	69,6 ± 5,2	84	89,4 ± 3,2 **
Гипотония матки	2	2,5 ± 1,8	1	1,1 ± 1,1
Приращение плаценты / дефект плацентарной ткани	1	1,3 ± 1,3	3	3,2 ± 1,8
Нарушение жизнедеятельности плода в родах	3	3,80 ± 2,2	8	8,5 ± 2,9
Средняя продолжительность родов, час	9,8 ± 1,1		13,9 ± 1,4 *	
* — p < 0.05; ** — p < 0.01; *** — p < 0.001				

Длительная перидуральная анестезия с целью обезболивания была применена только в двух ($2,1 \pm 1,5 \%$) случаях.

Четырем женщинам ($4,3 \pm 1,1 \%$) выполнялось ручное обследование полости матки.

Более чем у каждой десятой женщины ($9,6 \pm 3,0 \%$) были разрывы шейки матки I–II степени, у двух ($2,1 \pm 1,5 \%$) разрывы и гематомы влагалища.

У 4 ($4,3 \pm 2,1 \%$) женщин в родах и послеродовом периоде отмечалось повышение температуры выше 38°C .

Нами также исследовано течение родов у 79 женщин основной группы (O2), которых вели по принципу активно-выжидательной тактики. Из них у 9 ($11,4 \pm 3,6 \%$) проводилось родовозбуждение энзапростом: у пяти ($6,3 \pm 2,7 \%$) — в связи с повышением лейкоцитоза в крови на пятые сутки, у четырех ($5,1 \pm 2,5 \%$) женщин — в связи с нарастанием безводного промежутка более 5 суток. Следует отметить, что у четырех из девяти женщин, которым проводилось родовозбуждение, имели место осложнения в родах: две женщины родоразрешены путем операции кесарева сечения по поводу отсутствия эффекта от родовозбуждения; у одной роженицы развилась выраженная слабость родовой деятельности, по поводу чего была выполнена вакуум-экстракция плода, у одной женщины появились воды, окрашенные меконием. По данным УЗИ и наружными приемами диагноз крупного плода не был диагностирован. Однако вес новорожденных у этих четырех женщин составил от 3890 до 4200 г. Таким образом, выбор выжидательной тактики при крупных размерах плода должен быть дополнительно изучен.

В целом слабость родовой деятельности, требующая родостимуляции окситоцином, в основной группе (O2) встречалась достоверно ниже ($13,9 \pm 3,9 \%$; $p < 0,001$). За счет этого средняя продолжительность родов в основной группе (O2) была меньше ($9,8 \pm 1,1$ часов), чем в контрольной ($13,9 \pm 1,4$ часов), $p < 0,05$ (табл. 4).

Кесарево сечение в данной группе (O2) выполнялось в 5 раз реже ($6,3 \pm 2,7 \%$), $p < 0,001$. Имела место тенденция к уменьшению случаев необходимости укорочения II периода родов: у одной ($1,3 \pm 1,3 \%$) женщины роды закончены наложением акушерских щипцов в связи с урежением сердцебиения плода до 90 уд/мин, двоим ($2,5 \pm 1,8 \%$) произведена вакуум-экстракция плода в связи с развитием упорной слабости родовой деятельности.

При выжидательной тактике ведения достоверно реже выполнялась перинеотомия ($69,6 \pm 5,2 \%$), $p < 0,01$. Также в основной группе была отмечена

тенденция к снижению частоты нарушения жизнедеятельности плода в родах, разрывов шейки матки и влагалища.

Некоторое увеличение частоты длительной перидуральной анестезии при активно-выжидательной тактике мы связываем с тем, что в контрольной группе (K2) реже создавались условия для анестезиологического пособия ввиду частого развития слабости родовой деятельности.

Частота ручного обследования полости матки в основной группе (O2) ($3,8 \pm 2,2 \%$) не отличалась от контрольной.

У 7 ($8,9 \pm 3,18 \%$) женщин основной группы (O2) и у 4 ($4,26 \pm 2,1$) женщин контрольной группы (K2) в родах и раннем послеродовом периоде отмечалось повышение температуры выше 38°C , что потребовало проведения инфузионной терапии. Но благодаря адекватной антибиотикотерапии у женщин основной и контрольной групп впоследствии не отмечено развития гнойно-септических осложнений.

Таким образом, проведение активно-выжидательной тактики способствует уменьшению частоты аномалии родовой деятельности, частоты оперативного родоразрешения, длительности родового акта.

Для определения состояния новорожденного использовалась шкала Апгар. Оценка проводилась в конце первой и пятой минуты.

В основной группе (O2) 5 ($6,3 \pm 2,7 \%$) новорожденных родились с оценкой по шкале Апгар 7–8 баллов, остальные — с оценкой по шкале Апгар 8–9 баллов.

В контрольной группе 8 ($8,5 \pm 2,9 \%$) новорожденных родились с оценкой по шкале Апгар 7–8 баллов, один ($1,1 \pm 1,1 \%$) — с оценкой по шкале Апгар 7–7 баллов и двое ($2,1 \pm 1,5 \%$) — 6–7 баллов, остальные новорожденные родились с оценкой по шкале Апгар 8–9 баллов.

Таким образом, показатели функционального состояния новорожденных несколько лучше при выборе активно-выжидательной тактики ведения.

Особенности течения послеродового периода при преждевременном излитии околоплодных вод в зависимости от выбора акушерской тактики ведения родов

Научно доказанным является влияние инфекционного фактора на частоту ПИОВ, а значит, и большая вероятность развития послеродовых гнойно-септических заболеваний при данном осложнении.

Мы изучили зависимость послеродовых заболеваний от длительности безводного периода.

С целью профилактики гнойно-септической инфекции женщинам, вошедшим в основную группу (O2), а также роженицам с безводным

периодом более 12 часов контрольной группы проводилась аналогичная антибактериальная терапия.

Надо отметить, что существенные осложнения в послеродовом периоде были только у одной родильницы контрольной (К2) группы: выявлено частичное расхождение швов промежности, которое не потребовало наложения вторичных швов.

Заключение

Таким образом, для выбора рациональной тактики необходимо дальнейшее изучение особенностей течения родов и риска возникновения гнойно-септических осложнений у матери и плода при консервативном ведении беременности, осложненной ПИОВ. Выбор оптимальной тактики ведения беременных должен обеспечить благоприятный исход родов.

В частности, является необходимой разработка новых методов ускоренной подготовки к родам при ПИОВ, пересмотр схем антибиотикопрофилактики в родах и в послеродовом периоде. Также представляется интересным разработка системы профилактики ПИОВ исходя из полученных результатов, а также выявление факторов риска несвоевременного излития околоплодных вод.

Выводы

1. Процесс подготовки организма женщин с ПИОВ к появлению родовой деятельности требует определенного времени, индивидуального для каждой беременной. Поэтому назначение родовозбуждения через 2–3 часа после ПИОВ при отсутствии биологической готовности к родам не всегда рационально.
2. Проведение активно-выжидательной тактики способствует уменьшению частоты аномалий родовой деятельности, оперативного родоразрешения, а также способствует снижению длительности родового акта и процента перинатальной патологии.
3. Продолжительность активно-выжидательной тактики при доношенном сроке беременности более трех суток является нецелесообразной.
4. ПИОВ является одним из проявлений различных, нередко сочетающихся патологических процессов, возникших до наступления беременности или в течение нее. Видное место в возникновении данного осложнения занимает инфекционный фактор, а значит, при проведении активно-выжидательной тактики требуется применение антибактериальной терапии.

5. При использовании рациональной антибактериальной терапии частота гнойно-септических послеродовых заболеваний не зависит от длительности безводного периода.

Литература

1. Арасланова С. Н. Оценка эффективности профилактического назначения антибиотиков при беременности, осложненной несвоевременным излитием околоплодных вод / Арасланова С. Н. // Актуальные вопросы клинической педиатрии, акушерства и гинекологии: материалы 3-й научной конф. — Киров, 1994. — С. 396–397.
2. Земляная В. П. Течение и исход родов, осложненных преждевременным излитием вод, в зависимости от метода их ведения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1973.
3. Кузнецова Н. Ю. Информативность ряда лабораторных показателей для диагностики осложнений гнойно-воспалительного характера при недоношенной беременности и преждевременном развитии плодного пузыря / Кузнецова Н. Ю. // Акуш. и гин. — 1987. — № 6. — С. 48–50.
4. Лызиков Н. Ф. Материалы к изучению причин и патогенеза преждевременного отхождения околоплодных вод и дифференцирование ведения беременности и родов при этом осложнении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Минск, 1968.
5. Профилактика внутриутробного инфицирования плода и возможной его реализации в инфекционный процесс у новорожденного в первые годы жизни / Бакулева Л. П., Нестерова А. А., Сурская О. А. [и др.] // Акуш. и гин. — 1985. — № 12. — С. 45–48.
6. Duran P. D. M. Preterm ruptured membranes no contractions / Duran P. D. M., Growley P. A., Lamont R. F. // Obstet. Gynecol. Survey. — 1986. — Vol. 7, N 2. — P. 92–96.

Статья представлена Э. К. Айламазяном
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН,
Санкт-Петербург

CLINICAL BASIS FOR ACTIVE WAITING TACTICS OF LABOR
COMPLICATED BY PREMATURE FLOW OF AMNIOTIC FLUID

Bolotskikh V. M., Bolotskikh O. I.

■ **Summary:** In current article the management of pregnancy and labor with early discharge of amniotic fluid in term pregnancies is discussed. The stimulation of labor in 2–3 hours after moving of amniotic fluid without biological readiness for labor is not reasonable. In such cases active-waiting tactics with adequate antibacterial therapy helps to decrease the number of pathological labor, cesarean section and obstetrical trauma.

■ **Key words:** discharge of amniotic fluid; moving of amniotic fluid; term pregnancy; mature pregnancy; active-waiting tactic; premature cervix