

© Г. М. Савельева,
Е. Я. Караганова, М. В. Третьякова

ОПРАВДАНА ЛИ АГРЕССИЯ ПРИ ВЕДЕНИИ РОДОВ?

ГОУ ВПО Российский государственный
медицинский университет Росздрава,
кафедра акушерства и гинекологии
педиатрического факультета, Москва

УДК: 618.4-07

■ В представленной статье затронуты дискуссионные вопросы, касающиеся современных взглядов на ведение родов и роли акушера в этом процессе. Обсуждены продолжительность родов, влияние эпидуральной анестезии, показания к амниотомии, обоснованность использования окситоцина, тактика врача при массивных гипотонических кровотечениях, перенашивании беременности. Представлены различные методы ведения своевременных родов, осложненных ПИОВ. Обоснована необходимость ограничения показаний к кесареву сечению у пациенток после ЭКО, с тазовым предлежанием плода, у первородящих 30 лет и старше.

■ **Ключевые слова:** преждевременное излитие околоплодных вод; тазовое предлежание; кесарево сечение; переносная беременность; амниотомия; перинатальные исходы; эпидуральная анестезия; ЭКО.

В медицине существует большое количество динамически развивающихся дисциплин. Акушерство, как наука, безусловно, меняется с течением времени: в практику внедряются последние достижения научно-технического прогресса, различные инновационные технологии. Это позитивная тенденция времени. При этом следует помнить, что у каждой науки есть свои истоки, свои корни. Недаром, существует термин «классическое акушерство», многие постулаты которого актуальны до настоящего времени. Пренебрегая полностью ими, современный акушер порой становится агрессивен в своих действиях. Оправдана ли агрессия при ведении родов? Мы сделали попытку ответить на этот вопрос.

В представленной работе использованы: данные отечественной и зарубежной литературы; статистические отчетные сведения о работе учреждений Министерства здравоохранения и социального развития РФ; отчеты родильных домов департамента здравоохранения (ДЗ) г. Москвы; показатели работы Центра планирования семьи и репродукции г. Москвы (ЦПСИР). Опыт работы ЦПСИР использован в связи с тем, что в этом учреждении происходит наибольшее количество родов в г. Москве, и концентрируются пациентки с такими осложнениями, как тяжелые формы гестозов, неподдающиеся терапии; истинное вращение плаценты; резус-сенсibilизация (табл. 1).

Известно, что нормальная беременность и роды представляют собой генетически детерминированный физиологический акт, который не требует активного вмешательства врача.

Однако в последние годы отмечается определенная агрессия при ведении родов, которая подразумевает следующие действия врача:

- раннее вскрытие плодного пузыря;
- расширение показаний к назначению утеротонических средств;
- использование больших доз утеротоников за счет большой концентрации раствора или высокой скорости его введения;
- раннее начало родовозбуждения при преждевременном излитии околоплодных вод (ПИОВ);
- активное ведение третьего периода родов (наружный массаж нижнего маточного сегмента, потягивание за пуповину);
- неоправданное расширение показаний к гистерэктомии при массивном раннем послеродовом кровотечении;
- расширение показаний к кесареву сечению (КС).

С одной стороны агрессия при ведении родов определяется объективными причинами — увеличением числа осложненных родов, с другой — неоправданной активностью врача, который руководствуется стремлением быстрее закончить роды, а также, порой, недостатком профессионализма (легче и менее

Таблица 1

Количество родов и частота тяжелых осложнений беременности в ЦПСиР

Показатель \ Год	2006	2007	2008	2009	2010	Всего
Общее количество родов	7120	7149	8083	7289	7585	37226
Количество КС	1595 (22,4%)	1744 (24,4%)	2037 (25,2%)	1851 (25,4%)	2032 (26,8%)	9259 (24,9%)
Гестозы	505 (7,1%)	568 (7,9%)	530 (6,6%)	448 (6,2%)	453 (5,9%)	2504 (6,7%)
Врастание плаценты	2 (0,28%)	4 (0,56%)	5 (0,62%)	13 (1,78%)	14 (1,85%)	38 (0,1%)
Резус-сенсibilизация	195 (2,7%)	199 (2,8%)	249 (3,1%)	246 (3,4%)	249 (3,3%)	1138 (3,1%)

Таблица 2

Методы родоразрешения у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения

Показатель \ Год	2006	2007	2008	2009	2010	Всего
Самопроизвольные	27	26	29	25	30	137
Оперативные	482	534	643	606	720	2985
Всего родов с рубцом на матке после КС	509	560	672	631	750	3122

ответственно произвести операцию кесарева сечения, чем вести роды через естественные родовые пути).

К объективным факторам, приводящим к высокой частоте КС, относятся следующие:

- 1) высокая частота пациенток с рубцом на матке;
- 2) широкое распространение вспомогательных репродуктивных технологий, приводящих к увеличению частоты многоплодия и преждевременных родов;
- 3) увеличение возраста первородящих;
- 4) высокая частота экстрагенитальной патологии.

Эти факторы, безусловно, оказывают влияние на неуклонно возрастающую частоту операции кесарева сечения. Немало работ посвящено попыткам уменьшить этот показатель за счет ведения родов через естественные родовые пути у пациенток с рубцом на матке (Л. С. Логутова, В. И. Краснопольский и др., 2005) [5]. По данным ЦПСиР, число самопроизвольных родов у пациенток с рубцами на матке после перенесенного ранее кесарева сечения невелико, но прослеживается четкая тенденция к их увеличению: за 5 лет этот показатель вырос с 7,1% до 9,9% (табл. 2).

Очевидно, что нужно стремиться к ведению родов через естественные родовые пути у этой группы пациенток, но следует использовать и другой путь — сокращение числа первых КС.

За счет чего можно достичь этого?

1. Максимально не вмешиваться в физиологическое течение нормальных родов.
2. Профессионально вести осложненные роды.
3. Строго отбирать показания к плановому кесареву сечению. Ограничивать расширение показаний к операции у первородящих старше 30 лет; у пациенток после ЭКО; при тазовом предлежании плода.

Прежде чем приступить к обсуждению вопроса о ведении нормальных родов необходимо дать определение самому понятию. По данным Министерства здравоохранения и социального развития (1999): «нормальные роды — это спонтанные роды при сроке беременности 37–42 недели в головном предлежании с низким риском начала и течения всего родового процесса». Хочется подчеркнуть, что нормальные роды должны начинаться самопроизвольно. Поэтому для индукции родовой деятельности должны быть веские причины: тяжелая экстрагенитальная или акушерская патология, при которой дальнейшее пролонгирование беременности представляет опасность, как для матери, так и для плода. При отсутствии строгих показаний, так называемые «плановые роды», в удобное для врача или пациентки время, по нашему мнению, следует считать агрессией, которая может привести к возникновению аномалий родовой деятельности и оказать негативное влияние на состояние плода и новорожденного. Остановившись на акушерской патологии, часто требующей вмешательства врача, необходимо обратить внимание на вопрос перенашивания. Согласно одним литературным данным перенашивание беременности, неблагоприятно отражающееся на функционировании плаценты и состоянии плода, начинается с 42 недель гестации [9, 11]. Другие авторы доказали, что изменения, характерные для этой акушерской патологии, могут возникать уже с 40 недели беременности [4, 7]. Однако нередко можно видеть, что ребенок, рожденный на 42 неделе, не имеет признаков перенашивания. В связи с этим возникает закономерный вопрос: «Надо акушеру вмешиваться или нет? А если надо, то когда?» По нашим данным, основными критериями перенашивания являются

Таблица 3

Перинатальные исходы при перенашивании (%) *

Характеристика осложнений	Срок гестации		
	40–41 неделя	41 неделя	42 недели
Асфиксия	5,7	2,9	7,8
Аспирационный синдром	3,4	2,9	6,9
Гипоксически-ишемические поражения ЦНС	7,9	6,2	19,6

* процент по отношению к родившимся с признаками перенашивания детям

Таблица 4

Количество домашних родов в Москве

Показатель \ Год	2006	2007	2008	2009	2010	Всего
Количество родов	389 (0,4%)	333 (0,4%)	357 (0,3%)	388 (0,3%)	394 (0,3%)	1861 (0,35%)

маловодие и хроническая гипоксия плода, которые можно диагностировать при УЗИ, на основании изменений на кардиотокограмме, обнаружении примеси мекония в околоплодных водах при амниоскопии или амниоцентезе. Выявление этих маркеров перенашивания является показанием для подготовки шейки матки к родам, начиная с 40 недель. Для этой цели, мы считаем, целесообразно использовать катетер Фолея, ламинирии и (или) простагландиновый гель. Выбор метода подготовки шейки матки зависит от степени ее зрелости. Если шейка «незрелая» или «недостаточно зрелая» предпочтение отдается механическим методам. Следует подчеркнуть, что использование в этой ситуации простагландинового геля не только не эффективно для матери, но и не безопасно для плода. Вмешательство с целью подготовки шейки матки при наличии признаков перенашивания является обоснованным, так как в этой ситуации при увеличении срока гестации с 40 до 42 недели ухудшаются перинатальные исходы (табл. 3).

В то же время, по нашему мнению, при отсутствии признаков перенашивания, а также другой акушерской или соматической патологии у матери, удовлетворительном состоянии плода нет необходимости вмешиваться в течение беременности до 41 недели включительно, при этом целесообразно ожидать спонтанного развития родовой деятельности.

Врачу, ведущему роды, прежде всего необходимо быть терпеливым. Существует даже термин «акушерское терпение». Каковы его истоки? В настоящее время длительность нормальных родов является дискуссионным вопросом. Многие современные акушеры с удивлением относятся к тому, что продолжительность первых родов при отсутствии каких либо осложнений для матери или плода может составлять 18–20 часов. В последние десятилетия роды стали более скоротечными. Этот факт связан не с изменением

физиологии родов, а с ятрогенными факторами. Оппоненты традиционной медицины объясняют это агрессивными действиями врачей (табл. 4). Не поэтому ли не происходит уменьшения числа домашних родов?

Следует подчеркнуть, что это количество включает в себя только тех пациенток, которые поступили в акушерские стационары после родов в домашних условиях. К сожалению, истинное число женщин, родивших вне стен лечебных учреждений не известно, так как они не обращаются за медицинской помощью после родов и проблем с регистрацией новорожденных в органах ЗАГС не имеют.

Одной из причин, приводящих к уменьшению продолжительности родов в современном акушерстве, является раннее вскрытие плодного пузыря. Кроме усиления родовой деятельности, амниотомия иногда производят с целью оценки характера околоплодных вод. По нашему мнению, это является совершенно недопустимым, так как для выявления признаков гипоксии у плода существуют кардиотокография, доплерометрия и амниоскопия. До сих пор отсутствует консенсус относительно времени и необходимости проведения амниотомии. Раннее вмешательство чревато определенными опасностями — развитием дискоординации родовой деятельности и нарушением состояния плода. Риск возникновения указанных осложнений, по мнению многих зарубежных авторов, может служить основанием для обсуждения целесообразности этой манипуляции с пациенткой и получения у нее информированного согласия на проведение данной процедуры [17].

Следующая проблема в современном акушерстве — это чрезвычайно широкое, иногда совершенно необоснованное применение окситоцина. Основным показанием к назначению этого препарата является слабость родовой деятельности, для диагностики которой большинство акушеров

Таблица 5

Частота развития слабости родовой деятельности (данные ЦПСИР за 5 лет)

Показатель \ Год	2006	2007	2008	2009	2010	Всего
Частота развития слабости	627 (8,8%)	472 (6,6%)	478 (5,9%)	424 (5,8%)	463 (6,1%)	2464 (6,6%)

Таблица 6

Частота использования эпидуральной анестезии при самопроизвольных родах (данные ЦПСИР за 5 лет)

Показатель \ Год	2006	2007	2008	2009	2010	Всего
Общее кол-во самопроизвольных родов	5527	5403	6045	5441	5553	27969
Количество ЭА	2772 (50,2%)	2866 (53%)	3479 (57,6%)	3349 (61,6%)	3572 (64,3%)	16038 (57,3%)

пользуется рутинной упрощенной партограммой, подразумевающей скорость раскрытия шейки матки 1 см в час. При этом совершенно не принимается во внимание, что первый период родов имеет 3 фазы, каждой из которой присуща своя, определенная скорость раскрытия шейки матки. Особенно это касается латентной фазы родов, которая в норме может длиться до 5–6 часов, независимо от паритета. Ранняя постановка диагноза первичной слабости родовой деятельности влечет за собой агрессивное вмешательство врача в процесс родов. Далее следует подчеркнуть, что у большинства первородящих существует фаза замедления при открытии шейки матки на 8–10 см, при этом может создаваться впечатление, что родовая деятельность ослабла, что часто приводит к гипердиагностике слабости родовой деятельности и необоснованному применению родостимуляции окситоцином. Принимая во внимание все выше перечисленное, придерживаясь строго выжидательной тактики ведения родов, в ЦПСИР удалось снизить частоту развития слабости родовой деятельности с 8,8 до 6,1 % (табл. 5).

В современном акушерстве важная роль принадлежит обезболиванию родов. Методом выбора при этом является эпидуральная анестезия (ЭА). По данным ЦПСИР за последние 5 лет частота использования этого метода при самопроизвольных родах увеличилась на 14,3 % (табл. 6).

Следует подчеркнуть, что у многих акушеров ЭА ассоциируется с ослаблением родовой деятельности, увеличением продолжительности родов и повышением риска инструментальных вагинальных родов [12]. В связи с этим многие акушеры практикуют, так называемое, «профилактическое введение» раствора окситоцина после проведения ЭА, что, по нашему мнению, совершенно неоправданно. Следует помнить, что ЭА не увеличивает общую продолжительность родов, а лишь меняет соотношение продолжительности 1-го и 2-го периодов, за счет укорочения первого и удлинения второго иногда до 3 часов.

Обсуждая широкое использование утеротоников, нельзя не остановиться на их использовании с целью родовозбуждения при своевременных родах, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод (ПИОВ), частота встречаемости которого при доношенной беременности, по данным литературы, составляет 10–19 %, по данным ЦПСИР, колеблется от 20,1 до 23,4 % от всех своевременных родов [6]. В настоящее время не существует единой тактики ведения родов при подобном осложнении. Многие акушеры и неонатологи настороженно относятся к пациентам с безводным промежутком (БВП), превышающим 12 часов, традиционно связывая его с риском возможного инфицирования, как матери, так и плода. В связи с этим во многих родильных домах считают оправданным использовать агрессивное ведение родов, при котором проводят раннее (через 4–6 часов после ПИОВ) возбуждение родовой деятельности окситоцином, не учитывая зрелость шейки матки [1, 13]. Большинство зарубежных авторов придерживаются выжидательной позиции, ожидая самопроизвольного начала родовой деятельности после ПИОВ в течение нескольких суток [14, 15, 16]. В ЦПСИР мы применили различные методы ведения родов при данном акушерском осложнении, после чего сравнили полученные результаты. Количество обследованных пациенток составило — 557. В зависимости от тактики ведения, они были разделены на три группы. Первую — составили 208 пациенток со спонтанным развитием родовой деятельности; вторую — 231, у которых с целью подготовки шейки матки к родам применяли механические средства (ламинарии у 126 и катетер Фолея у 105); третью — 118 пациенток, которым было проведено родовозбуждение в течение первых 12 часов после ПИОВ.

Фактически у пациенток первой и второй группы мы применили выжидательное ведение родов: ни одной из них утеротоники не вводились в течение первых 12 часов после ПИОВ.

Таблица 7

Характеристика своевременных родов при различной тактике их ведения

Характеристика	Тактика ведения родов		
	Выжидательная		Активная
	1-я группа (208)	2-я группа (231)	3-я группа (118)
Самопроизвольные роды	195 (93,7%)	196 (84,8%)	86 (72,9%)
Кесарево сечение	13 (6,3%)	35 (15,2%)	32 (27,1%)
Длительность БВП	17 ч 20 мин ± 3 ч 30 мин	19 ч 04 мин ± 4 ч 52 мин	11 ч 44 мин ± 2 ч 25 мин
Хориоамнионит	0	4 (1,7%)	0
Послеродовые осложнения*	11 (5,3%)	10 (4,3%)	6 (5,1%)

* субинволюция матки, инфильтрация раны промежности, серома послеоперационной раны

Таблица 8

Состояние детей в раннем неонатальном периоде и тактика ведения родов (данные ЦПСИР)

Характеристика	Тактика ведения родов		
	Выжидательная		Активная
	1-я группа (208)	2-я группа (231)	3-я группа (118)
Здоровые дети	187 (89,9%)	206 (89,2%)	101 (85,6%)
Острая гипоксия плода	8 (3,8%)	11 (4,8%)	13 (11%)
Асфиксия новорожденного	3 (1,4%)	11 (4,8%)	15 (12,7%)
Внутриутробная инфекция	2 (0,96%)	6 (2,6%)	2 (1,7%)
Церебральная ишемия	19 (9,1%)	19 (8,2%)	14 (11,9%)
1 ст.	13	13	7
2 ст.	6	6	5
3 ст.	0	0	2
Аспирационный синдром	1 (0,5%)	4 (1,5%)	1 (0,8%)

Следует подчеркнуть, что у большинства из них (336 — 76,5%) спонтанная родовая деятельность развилась в течение 12 часов после ПИОВ (у 17,2% — в первые 4 часа, у 22,4% — от 4 до 6 часов, у 24,3% — от 6 до 8 час, у 18,6% — от 8 до 10 час, у 9,0% — от 10 до 12 час, у 4,4% — от 12 до 14 час, у 1,6% — от 14 до 16 час, у 0,5% — от 16 до 18 час, у 0,5% — от 18 до 20 час, у 1,1% — от 20 до 22 час). Применение механических способов подготовки шейки матки при ПИОВ у большинства рожениц (185 — 80,1%) привело к «созреванию» шейки матки, а у 158 (68,4%) развилась регулярная родовая деятельность без применения утеротоников.

Проведенные исследования выявили неоспоримое преимущество выжидательной тактики ведения родов при ПИОВ, которое заключается, прежде всего, в уменьшении частоты кесаревых сечений (табл. 7).

Как следует из таблицы 7, несмотря на то, что длительность безводного промежутка при выжидательной тактике превышала 12 часов и была достоверно выше ($p < 0,05$) в первой группе, по сравнению с третьей, ни у одной пациентки не развился хориоамнионит. Частота послеродовых

осложнений достоверно также не отличалась в группах.

Определяющим критерием качества проведенных родов являются перинатальные исходы. При сравнении этих показателей в группах с выжидательной и активной тактикой ведения родов при ПИОВ нами было установлено, что 89,9% детей из первой группы, 89,2% — из второй, и 85,6% — из третьей были здоровы в раннем неонатальном периоде. При раннем проведении родовозбуждения гипоксия плода развивалась в 2,6 раза, асфиксия новорожденных в 4 раза, гипоксически-ишемические поражения ЦНС у детей в 1,4 раза чаще, чем у детей, матерям которых применяли выжидательную тактику ведения родов после ПИОВ (табл. 8).

Следовательно, полученные нами данные (табл. 8) позволяют утверждать о недопустимости агрессивного ведения своевременных родов, осложненных ПИОВ. Методом выбора при данной акушерской патологии является выжидательная тактика.

Обсуждая действия акушера при ведении родов, хочется уделить особое внимание второму периоду родов. Традиционно считается, что его

Таблица 9

Методы родоразрешения у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения

Показатель \ Год	2006	2007	2008	2009	2010	Всего
Нарушение отделения плаценты	183 (2,6%)	153 (2,1%)	174 (2,2%)	135 (1,9%)	148 (1,9%)	793 (2,1%)
Дефект последа	527 (7,4%)	411 (5,7%)	494 (6,1%)	484 (6,6%)	538 (7,1%)	2454 (6,6%)
Гипотоническое кровотечение	136 (1,9%)	117 (1,6%)	159 (1,9%)	144 (1,9%)	127 (1,7%)	683 (1,8%)

продолжительность не должна превышать двух часов. Однако, как указывалось выше, на фоне пролонгированной ЭА длительность второго периода родов может достигать трех и более часов без какого либо вреда для матери и новорожденного. Врачу важно при этом следить за продвижением предлежащей части и состоянием плода, проявляя акушерское терпение. При удовлетворительном состоянии плода и его движении по родовым путям этот период ожидания не должен лимитировать врача, побуждая его ускорить роды. Если поставлен диагноз слабости родовой деятельности или острой гипоксии плода, дальнейшая тактика ведения зависит от того, в какой из плоскостей таза располагается головка плода. Если она находится в широкой части полости малого таза, то предпочтительно проведение операции кесарева сечения. Если указанная ситуация возникла при головке плода, расположенной в узкой части малого таза, методом выбора является влагалищная родоразрешающая операция (акушерские щипцы или вакуум экстракция). При этом врач не должен проявлять агрессию, заменяя эту операцию травматичным, осужденным цивилизованными акушерами всего мира приемом Кристеллера. Пытаясь ускорить рождение ребенка, применяя это «пособие», акушер может травмировать мать и новорожденного, нарушить течение, не менее важного, третьего периода родов.

До настоящего времени отношение к ведению послеродового периода остается неоднозначным. Общепринятой является только его продолжительность (30 минут). Многие акушеры, пренебрегая классическим указанием «руки прочь от матки», агрессивно вмешиваются в течение III периода родов. Эти действия заключаются в определении сразу после рождения ребенка пальпаторных признаков отделения плаценты (признак Чукалова–Кюстнера), не дожидаясь появления визуальных критериев отделения плаценты; раннее пережатие пуповины, потягивание за нее; массаж нижнего маточного сегмента. По нашему мнению все эти действия могут нарушить физиологический процесс отделения плаценты. В ЦПСИР не применяется активное ведение III периода родов, в частности не используется метилэргометрин, а окситоцин вводят роженицам, которые получали его на протяжении I или II пе-

риодов родов, а также при наличии крупного плода, многоводия, многоплодия, высокого паритета, т. е. в группе риска в отношении развития гипотонического кровотечения. Использование этого алгоритма в ЦПСИР позволяет сохранить низкую частоту осложнений, характерных для третьего и раннего послеродового периодов (табл. 9).

Самым серьезным осложнением в акушерстве остается массивное гипотоническое кровотечение, при котором кровопотеря превышает 1500 мл. Частота этой патологии за последние 5 лет в г. Москве остается примерно одинаковой и колеблется от 0,08 % (2005 г.) до 0,13 % (2010 г.). Общеизвестно, что основным радикальным методом борьбы с этим осложнением являлась экстирпация матки. К счастью, в последние годы взгляды на акушерские кровотечения изменились. Это связано с совершенствованием хирургических методов лечения, использованием современных приборов и технологий. Широко внедрена в практику перевязка внутренних подвздошных артерий, наложение компрессионных швов на тело матки, использование приборов для реинфузии аутологичной эритроцитарной массы, эмболизация маточных артерий. Применение этих методов позволяет при массивных кровотечениях не применять гистерэктомию. В Москве частота проведения этой операции при данном осложнении за последние 4 года сократилась почти в три раза: с 30 % (22) в 2007 г. до 11 % (17) в 2010 году. В ЦПСИР в 2010 году всем 16 пациенткам, несмотря на массивное гипотоническое кровотечение, удалось сохранить матку. Борясь с кровотечением, акушер должен использовать, по возможности, все перечисленные выше методы и только при их неэффективности принять решение о гистерэктомии. При этом необходимо помнить о том, что проведение этой операции увеличивает объем кровопотери еще приблизительно на 1000 мл, это ухудшает исходы в ближайшее время, а в дальнейшем лишает ее физиологической репродуктивной функции.

В настоящее время широко обсуждается вопрос о хирургической деятельности в акушерстве. К сожалению, с каждым годом возрастает частота операции кесарева сечения: в Москве этот показатель в 2010 году составил 22,2 % от всех родов. С чем связан такой достаточно высокий процент? Не слишком ли агрессивны акушеры в своих дей-

ствиях, расширяя перечень относительных показаний к кесареву сечению, особенно, у первородящих старше 30 лет; у пациенток после ЭКО; при тазовом предлежании плода.

Традиционно принято считать, что возраст первородящих пациенток прогрессивно увеличивается с каждым годом. Чем старше женщина, тем больше у нее соматических и акушерских проблем, что часто является показанием к родоразрешению путем операции кесарева сечения. По данным ЦПСИР число первородящих после 30 лет составило: в 2006 г. — 15,1%; в 2007 г. — 15,1%; в 2008 г. — 15,8%; в 2009 г. — 15,3%; в 2010 г. — 16,2%. Мы разделили всех первородящих старше 30 лет на две группы: от 30 до 35 лет и от 36 и старше, затем проанализировали методы их родоразрешения. В первой возрастной группе самопроизвольно рожали от 61,4% до 68%, во второй — от 20,8% до 30,7%, причем в последние годы число самопроизвольных родов у первородящих 36 лет и старше прогрессивно снижается.

Далее из двух групп первородящих старше 30 лет мы исключили пациенток с бесплодием, стимуляцией овуляции, после инсеминации, ЭКО, с тазовым предлежанием, с аномальным расположением плаценты. Были получены следующие данные: в первой возрастной группе самопроизвольно родили от 71,5% до 78,4%; во второй — от 33,6% до 44,8%. В связи с этим, по нашему мнению, только возраст пациентки не может являться показанием к оперативному родоразрешению, даже если это первородящая старше 36 лет.

В литературе широко обсуждается вопрос: необходимо ли при беременности, наступившей после ЭКО, расширять показания к КС [2, 3]? Следует полагать, что наличие ЭКО не является обязательным поводом к родоразрешению путем КС. Однако если учесть, что частота проведения ЭКО связана с возрастом и наличием соматических заболеваний у пациенток, а также, порой, с неоднократными его попытками, то в определенной мере оправдан и высокий процент КС при этом. По данным ЦПСИР среди показаний к КС при беременности, наступившей после ЭКО, на первом месте по частоте стоит длительное бесплодие у первородящих старше 30 лет — 53,3%. По нашему мнению, определяющим фактором при выборе метода родоразрешения следует считать желание самой пациентки.

Определенной проблемой для современного акушерства продолжает являться ведение родов при тазовом предлежании [8, 10]. Общеизвестным является факт, что при этом любому акушеру гораздо проще сделать кесарево сечение, мотивируя это для пациентки высоким риском травматизации детей в процессе самопроизвольных родов,

чем вести роды через естественные родовые пути. К сожалению, во многих клиниках, как у нас в стране, так и за рубежом поступают аналогичным образом. Мы не можем согласиться с подобным подходом к данной проблеме. По данным ЦПСИР частота родов в тазовом предлежании составляет от 4 до 4,7% от общего количества родов.

Из них через естественные родовые пути родили в 2006 г. — 28,8%, в 2007 г. — 31,2%, в 2008 г. — 25,3%, в 2009 г. — 20,4%, в 2010 г. — 16,7%. Некоторое снижение частоты самопроизвольных родов за последние два года связано со строгим выбором пациенток. По нашему мнению, основными критериями, обеспечивающими максимальную безопасность для плода в родах при тазовом предлежании, являются: доношенная беременность, чистаягодичное предлежание (для первородящих), масса плода от 2500 грамм до 3600–3800 грамм (в зависимости от размеров таза пациентки), отсутствие у матери акушерских или экстрагенитальных заболеваний, опыт ведения физиологических родов у акушера. Первичное решение вопроса о ведении родов через естественные родовые пути может меняться в процессе родового акта при развитии нарушений сократительной способности матки, появлении признаков гипоксии плода (по данным КТГ), образовании ножного предлежания (независимо от паритета). Исключение составляют пациентки с двойней, когда второй плод располагается в ножном предлежании. Соблюдение указанных критериев привело к тому, что в ЦПСИР в 2010 году интранатально не погиб и не пострадал от тяжелой гипоксии ни один доношенный ребенок, рожденный в тазовом предлежании через естественные родовые пути.

Следовательно, не взирая на возраст первородящей, наличие ЭКО, либо тазового предлежания возможно ведение родов через естественные родовые пути и рождение в результате этого здоровых детей. Следует подчеркнуть, что при разработке плана ведения родов у этих пациенток необходимо принимать во внимание желание и настрой будущей мамы. Задача врача при этом заключается в том, чтобы убедить пациентку в возможности самопроизвольных родов и в их благоприятном исходе, рассказать ей об осложнениях оперативных родов, а не идти по более простому для себя пути, проводя кесарево сечение. Однако, если, несмотря на все убеждения врача, пациентка, имея вышеперечисленные особенности, настаивает на оперативном родоразрешении, то необходимо пойти ей навстречу. Эта вынужденная мера обусловлена тем, что риск перинатальных осложнений при этих акушерских проблемах выше общепопуляционного.

В заключении хотелось бы еще раз подчеркнуть, что агрессия в родах со стороны врача является причиной развития многих ятрогенных осложнений и поэтому совершенно недопустима. Максимально бережное, профессиональное и терпеливое отношение к пациенткам в родах является залогом их успешного физиологического течения и завершения рождением здорового ребенка.

Литература

1. *Абрамченко В. В., Абрамян Р. А., Абрамян Л. Р.* Индукция родов и их регуляция простагландинами. — СПб.: Элби, 2005. — 158 с.
2. *Здановский В. М., Витязева И. И.* Течение и исход беременностей после лечения бесплодия методами вспомогательной репродукции (МВР) // Проблемы репродукции. — 2000. — № 3. — С. 55–56.
3. Здоровье детей рожденных после ЭКО / Савельева Г. М. [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2010. — № 5. — С. 49–54.
4. *Караганова Е. Я., Орешкова И. А.* Перинатальные исходы при перенесенной беременности // Материалы 5-го научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003». — М., 2003. — С. 119–120.
5. *Логотова Л. С., Краснопольский В. И., Буянова С. Н.* Репродуктивные проблемы оперированной матки. — М.: Миклош, 2005. — 122 с.
6. *Носарева С. В.* Преждевременное излитие околоплодных вод. Методы родовозбуждения: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003.
7. *Орешкова И. А.* Перинатальные исходы запоздалых родов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2005. — 29 с.
8. *Стрижаков А. Н., Игнатко И. В.* Акушерская тактика при тазовых предлежаниях плода. — М.: Династия, 2009.
9. *Тимохина Т. Ф., Баев О. Р.* Перенесенная беременность. Диагностика, тактика ведения и методы родоразрешения // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. — 2003. — № 2. — С. 12–14.
10. *Чернуха Е. А.* Родовой блок. — М.: Триада-Х, 2005. — 712 с.

■ Адреса авторов для переписки

Савельева Галина Михайловна — академик РАМН, профессор, зав. кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО РГМУ.

Россия, Москва, ул. Островитянова д.1, этаж 3.

E-mail: pf@rsmu.ru.

Караганова Елена Ярославна — ассистент кафедры акушерства и гинекологии, к. м. н., врач высшей категории. ГОУ ВПО РГМУ.

Россия, Москва, ул. Островитянова д.1, этаж 3.

E-mail: agpf-gms@rambler.ru.

11. *Alexander J. M., McIntire D. D.* Forty weeks and beyond: pregnancy outcomes by week of gestation // *Obstet. Gynecol.* — 2000. — Vol. 96, N3. — P. 291–294.
12. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour / *Simmons S. W.* [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev.* — 2007. — Vol. 18, N3. — CD003401.
13. *Crane J. M., Young D. C.* Induction of labor with a favorable cervix and /or pre-labor rupture of membranes // *Best Pract. Res. Clin. Obstetr. Gynaecol.* — 2003. — Vol. 17, N5. — P. 795–809.
14. *Mozurkewich E.* Prelabor rupture of membranes at term: induction techniques // *Clin. Obstetr. Gynecol.* — 2006. — Vol. 49, N3. — P. 672–683.
15. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more) / *Dare M. R.* [et al.] // *Cochrane Data Base Syst. Rev.* — 2006. — N 1. — CD005302.
16. Prelabor rupture of the membranes at term: when to induce labor? / *Ezra Y.* [et al.] // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* — 2004. — Vol. 115, N 1. — P. 23–27.
17. *Smyth R. M., Alldred S. K., Markham C.* Amniotomy for shortening spontaneous labor // *Cochrane Database Syst Rev.* — 2007. — Vol. 17, N4. — CD006167.

IS AGGRESSIVE LABOR MANAGEMENT JUSTIFIED?

G. M. Savelyeva, E. Ya. Karaganova, M. V. Tretyakova

■ **Summary:** In article were represented debated questions concerning actual attitude on labor management and role of obstetrician in this process. We discussed length of labor, influence of epidural analgesia, indications for amniotomy, relevance of oxytocine usage, tactics of physician in hypotonic hemorrhage, prolonged pregnancy. Different methods of labor management complicated with PROM were reviewed. We established limitations of indications for Cesarean section in patients with IVF, with pelvic presentation, in 30-year and older primipara.

■ **Key words:** premature rupture of membranes; pelvic presentation; Cesarean section prolonged pregnancy; amniotomy; perinatal outcomes; epidural analgesia; IVF.

Saveljeva Galina Mihailovna — academician of Russian Academy of Medical Sciences, professor, head of chair of obstetrics and gynaecology of pediatric faculty RSMU.

Russia, Moscow, st. Ostrovityanova, 1.

E-mail: pf@rsmu.ru.

Karaganov Elena Yaroslavna — Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology, PhD RSMU.

Russia, Moscow, st. Ostrovityanova, 1.

E-mail: agpf-gms@rambler.ru.