АКУШЕРСКИЕ И НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДОРОДОВОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

А.Е. Калидинова, Л.О. Жұмабай, А.М. Канигаева, А.Ш. Аймаханова, Г.К. Омарова

НАО «КазНМУ имени С. Д. Асфендиярова»
г. Алматы, Казахстан

Актуальность.

Дородовый разрыв плодных оболочек (ДРПО) — излитие околоплодных вод до начала родовой деятельности в сроке доношенной беременности. Частота ДРПО варьирует от 9,1-19% и не имеет тенденции к снижению, осложняя до 8% беременностей. ДРПО является причиной материнской и неонатальной заболеваемости. Отмечается повышение риска хориоамнионита **(**15–35%**),** эндометрита (15–25%), преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (2–5%), частота которых увеличивается с удлинением безводного периода (БП). Акушерский сепсис встречается в 1–5% случаев, которые могут привести к материнской смертности.

Цель исследования. Оценить акушерские и неонатальные исходы у беременных с ДРПО при выжидательной тактике.

Материалы и методы.

Был проведен проспективный анализ течения родов и их исходов у 203 беременных с ДРПО, госпитализированных в городское родовспомогательное учреждение 2 уровня – ГКП на ПХВ «РД №5» за 2022 год. В исследование были включены беременные с ДРПО с информированного согласия после предварительного консультирования по тактике ведения (выжидательная, активная). Выжидательную тактику выбрали 73,8% (150) беременных с ДРПО в сроке 37 недель и более, удовлетворительным состоянием, отсутствием показаний к операции кесарево сечение, без клинических симптомов хориоамнионита и признаков страдания плода.

Все беременные с ДРПО были разделены на 2 группы: 1 группа 78% (117) - беременные с самостоятельной родовой деятельностью, которая началась в течение 24-36 часов после спонтанного разрыва плодных оболочек, 2 группа 22% (33) – беременные с индукцией родовой деятельности при отсутствии ее через 20-24 часа с момента спонтанного разрыва плодных оболочек.

Результаты и их обсуждение

Средний возраст исследуемых беременных не имел достоверных различий и составил в 1-ой группе 28,9±0,5 лет, во 2-ой группе 27,18±1,02 лет ($p>0,05$). Анализ среднего паритета в исследуемых группах не выявил достоверных различий, составив в группе с выжидательной тактикой - 2,29±0,1, в группе с выжидательно-активной – 1,81±0,2 ($p> 0,05$).

Спонтанная родовая деятельность при выжидательной тактике в течение 24 часов началась у 67,4% (117) беременных с ДРПО, тогда как при дальнейшей выжидательной тактике и информированном отказе от индукции родов у 10,6% беременных с ДРПО спонтанная родовая деятельность началась в течение 24-36 часов. После выжидания 20-24 часов 22% (33) беременных с ДРПО приняли решение об индукции родов: окситоцином в 6% (9) случаях и мизопростолом в 16% (24) случаях.

Средняя продолжительность I периода родов в группе с индукцией родов была достоверно короче и составила 368,1±9,3 минут, тогда как в группе с спонтанной родовой деятельностью – 447,3±9,6 ($p<0,05$). Средняя продолжительность II периода родов в исследуемых группах не имела достоверных различий и составила 31,7±1,3 и 27,4±2,5 минут соответственно ($p> 0,05$). Анализ течения средней продолжительности безводного периода от момента разрыва плодных оболочек до наступления регулярной родовой деятельности и до рождения новорожденного не выявил достоверных различий и составил в 1 группе: 845,8±47,9 и 1494,9± 44,5минут, во 2 группе – 1690,1±53,0 и 2112,03±63,7 минут соответственно ($p> 0,05$).

Анализ исхода родов у беременных с ДРПО выявил, что оперативное родоразрешение (вакуум экстракция и экстренное кесарево сечение) в 1-ой группе было у 6,0% рожениц, тогда как во 2-ой группе – у 12,1%. Следует отметить, что удельный вес беременных, родоразрешенных путем экстренного кесарева сечения, в группе с индукцией родов был в 3 раза выше, чем в группе со спонтанной родовой деятельностью, составив 4,2% (5) и 12,1% (4) соответственно. Показаниями для экстренного кесарева сечения явились: аномалии родовой деятельности, дистресс плода, клинический узкий таз и безэффективность индукции. У 1,8% (2) рожениц 1-ой группы роды завершились вакуум экстракцией плода в связи с его дистрессом, тогда как во 2-ой группе таковых не было.

В группе с индукцией родов хориоамнионит был диагностирован в 1 случае, общая продолжительность безводного периода составила 41 ч 30 мин и осложнился угрожающим состоянием плода, вследствие чего проведено экстренное кесарево сечение.

При анализе акушерских осложнений у каждой пятой родильницы сравниваемых групп выявлены травмы родовых путей без достоверных различий ($p> 0,05$): разрывы влагалища, промежности 1 степени, шейки матки.

Анализ перинатальных осложнений у новорожденных с асфиксией не выявил достоверных различий в исследуемых группах и составил 5,1% (6) против 3,0% (1). В группе со спонтанной родовой деятельностью с тяжёлой асфиксией родились 1,7% (2) новорожденных, которые наблюдались в палате интенсивной терапии, в группе с индукцией родов асфиксии тяжёлой степени не наблюдалось.

Выводы.

Удельный вес многорожавших достоверно был выше в 1-ой группе с выжидательной тактикой, у которых родовая деятельность началась

самостоятельно в течение 24 часов после ДРПО (p <0,05). Беременные с ДРПО в 1-ой группе достоверно чаще имели заболевания МВС.

Спонтанная родовая деятельность началась в течение 24 часов у 67,4% беременных с ДРПО с выжидательной тактикой ведения, в течение 36 часов – 78%, что соответствует литературным данным. Родовая деятельность индуцирована у 22% беременных после 20-24 часов выжидательной тактики.

Средняя продолжительность I периода родов во 2 группе было достоверно короче и составила 368,1±9,3 минут (p<0,05).

При ДРПО риск инфицирования матери и плода возрастает пропорционально продолжительности безводного периода. Так, в группе с индукцией родов выявлен хориоамнионит и дистресс плода в 1 случае.

Удельный вес беременных родоразрешенных путем экстренного кесарева сечения в 3 раза выше в группе с индукцией родов.

Таким образом, проблема ДРПО и индукции родов при доношенном сроке беременности остается актуальной в практическом акушерстве по сей день. Индукция родов при ДРПО увеличивает частоту экстренного кесарево сечения, дистресса плода. Вопросы индукции родов часто не стандартизованы, носят субъективный характер и приводят к ненадлежащему исполнению клинического протокола, что отражается на перинатальных исходах.