

ДОРОДОВЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК: ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АКТИВНОЙ ТАКТИКЕ

Л.О. Жұмабай, А.Е. Калидинова, Ж.С. Бегниязова, Г.К. Омарова

*НАО «КазНМУ им С.Ж. Асфендиярова»
г. Алматы, Казахстан*

Актуальность.

Проблема осложненных родов является лидирующей в структуре материнской/перинатальной заболеваемости и смертности. Дородовый разрыв плодных оболочек (ДРПО) – спонтанный разрыв амниотических оболочек до начала регулярных сокращений матки в сроке 37 недель и более. ДРПО является одной из важнейших проблем современного акушерства и встречается от 2,7 до 17% случаев, при доношенном сроке беременности – 14%, осложняет 8% беременностей и не имеет тенденции к снижению, часто является показанием для индукции родов. Индукция родов при ДРПО становится одной из наиболее часто применяемых процедур в акушерской практике и в отдельных странах превышает 25% от общего числа доношенной беременности. Так, в США в 2019 году индуцирована 25,7% родов; в Австралии 33%, в родильном доме №5 г. Алматы за 2021 год индуцировано 9,8% родов и 12% за 2022 год.

Согласно клиническому протоколу «Индукция родов» (2023), основными тактиками ведения при ДРПО у беременных с доношенной беременностью являются активная и выжидательная. Активная тактика при ДРПО предполагает индукцию родов с момента постановки диагноза. Индукция родов при активной тактике предполагает профилактику неблагоприятных материнских исходов и перинатальных потерь, когда пролонгирование беременности и ожидание спонтанных родов представляет более высокий риск как для матери, так и для плода. Выжидательная тактика проводится при отсутствии противопоказаний к пролонгированию беременности, наблюдение за пациенткой с ДРПО может осуществляться в течение 24–х часов без влагалищного исследования.

Цель исследования:

Сравнительная оценка акушерских и неонатальных исходов у беременных с активной тактикой и использованием различных методов родовозбуждения при дородовом разрыве плодных оболочек.

Материалы и методы.

Проведен проспективный анализ течения и исходов родов у 203 беременных с ДРПО, родоразрешенных в городском родовспомогательном учреждении 2 уровня регионализации перинатальной помощи – ГКП на ПХВ «РД №5» в 2022 году. С выжидательной тактикой наблюдались 73,8% (150), с активной тактикой 26,1% (53) беременных, из них 16,9% (9) были

прооперированы в экстренном порядке при постановке диагноза. В исследование были включены: 44 пациенток, из которых у 36,3% (16) индукция родов проводилась внутривенным капельным введением окситоцина (1 - группа) и у 63,6% (28) - с пероральным приемом мизопростола (2 - группа).

Критерии включения: возраст беременной ≥ 18 лет, срок гестации $\geq 37-41+6$ недель, одноплодная беременность живым плодом в головном предлежании, отсутствие рубца на матке, достоверный дородовый разрыв плодных оболочек, наличие противопоказания к выжидательной тактике при ДРПО, информированное согласие на активную тактику ведения родов.

Критерии исключения: ювенильная беременность, срок гестации < 37 недель, срок гестации ≥ 42 недели и более, многоплодная беременность, тазовое предлежание плода, поперечное/косое положение плода, антенатальная гибель плода, рубец на матке после кесарева сечения, отсутствие показаний к активной тактике, отсутствие информированного согласия на активную тактику.

Методы исследования: клинический, статистический, аналитический. Обработка полученных результатов произведена методами статистического анализа и прогнозирования.

Результаты и их обсуждение.

Главным критерием эффективности проводимых методов родовозбуждения является регулярная родовая деятельность, которая появилась на фоне обоих методов индукции.

Возрастной состав беременных с ДРПО практически не отличался, составив $27,6 \pm 0,09$ против $27,5 \pm 0,12$ ($p > 0,05$), что свидетельствует об однородности исследуемых групп. При изучении паритета беременных с ДРПО в исследуемых группах не выявлено достоверных различий, в обеих группах преобладали первородящие 66% (58), что совпадает с литературными данными.

У всех женщин беременность протекала на фоне отягощенного анамнеза в сочетании с гинекологическими и соматическими заболеваниями. Каждая пятая повторнородящая женщина (21%) с активной тактикой при ДРПО указывала на искусственный аборт в анамнезе. Репродуктивные потери, такие как неразвивающаяся беременность и самопроизвольный выкидыш, имели место в обеих группах без статистической значимости.

В структуре экстрагенитальных заболеваний преобладали: анемия, заболевания МВС и инфекционные заболевания, перенесенные во время настоящей беременности, которые не имели достоверных различий ($p > 0,05$). У беременных с ДРПО при анализе удельного веса соматических заболеваний, таких как ДС, ЖКТ и ЭС, было достоверно выше в группе с мизопростолом ($p < 0,05$).

Среди показаний для активной тактики фигурировали следующие состояния: лейкоцитоз, мекониальные околоплодные воды, артериальная гипертензия.

Роды через естественные родовые пути произошли у 93,8% пациенток группы с индукцией окситоцином и у 96,4 % пациенток в группе с индукцией мизопростолом. Экстренное кесарево сечение в группе пациенток с индукцией окситоцином составил 6,2% против 3,5% в группе пациенток с индукцией мизопростолом, показанием для которых явился дистресс плода.

Анализ продолжительности родов и общего безводного периода выявил статистические достоверные различия между сравниваемыми группами ($p < 0,05$).

При анализе осложнений родов и послеродового периода выявлено, что частота ПРК была выше в группе с индукцией окситоцином, составив 12,5% против 3,5% - в группе с индукцией родов мизопростолом.

Выводы.

Частота активной тактики при ДРПО составила 26,1%, частота выжидательной тактики 73,8%, что согласуется с литературными данными. Из числа беременных с ДРПО и активной тактикой у 40% индукция родов выполнялась введением окситоцина, у 60% – пероральным введением мизопростола.

Благоприятный исход родов во многом зависит от правильного выбора тактики ведения и метода индукции. Применение обоих методов индукции было эффективным, так как частота естественных родов не имела достоверных различий. Однако, частота дистресса плода была выше в группе с применением окситоцина, что повысило удельный вес экстренного кесарево сечения. В группе родильниц с индукцией родов окситоцином частота послеродового кровотечения была выше, чем в группе с мизопростолом, что увеличило длительность послеродового наблюдения в стационаре.

В группе с введением окситоцина продолжительность родов была достоверно короче, но чаще возникала необходимость в эпидуральной анестезии. В группе с применением мизопростола продолжительность родов была дольше, что повышало риск инфекционно-септических осложнений.

Таким образом, проблема ДРПО остается актуальной в акушерстве. Особое внимание следует уделять показаниям для применения активной тактики ведения у беременных с ДРПО с использованием различных методов индукции, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки.