

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РОДОВ, ИНДУЦИРОВАННЫХ АМНИОТОМИЕЙ

CLINICAL ANALYSIS OF LABOR INDUCED BY AMNIOTOMY

D. Emelyanova
S. Dvoryansky
R. Lagosha
E. Becker
E. Ospischeva

Summary. In the article the clinical analysis of labor induced by amniotomy. Induction of labor is one of the most common aids in childbirth. The average term of delivery is 39–40 weeks. The main indications for the induction of labor are gestational diabetes mellitus, prolongation of pregnancy, fetal macrosomia. The most common complication in childbirth after amniotomy is perineal rupture. Fewer than 10% of women were required caesarean section after induction of labor by amniotomy.

Keywords: induction of labor, amniotomy, prolongation of pregnancy, perineal rupture.

Емельянова Дарья Игоревна

К.м.н., Кировский ГМУ Минздрава России

Emelyanova.Darja@yandex.ru

Дворянский Сергей Афанасьевич

Д.м.н., профессор, Кировский ГМУ Минздрава России

kf1@kirovgma.ru

Лагоша Роман Юрьевич

Кировский ГМУ Минздрава России

kf1@kirovgma.ru

Беккер Екатерина Дмитриевна

Кировский ГМУ Минздрава России

katrinshisha@mail.ru

Оспищева Евгения Александровна

Кировский ГМУ Минздрава России

eva.aleksandrovna.1999@mail.ru

Аннотация. В статье приведен клинический анализ родов, индуцированных амниотомией. Индукция родов является одним из самых распространенных пособий в родах. Средний срок родоразрешения — 39–40 недель. Основными показаниями для индукции родов являются гестационный сахарный диабет, перенашивание беременности, макросомия плода. Наиболее частое осложнение в родах после амниотомии — разрывы промежности. Кесарево сечение требуется менее, чем 10% женщин после индукции родов амниотомией.

Ключевые слова: индукция родов, амниотомия, перенашивание беременности, разрывы промежности.

Введение

Родовозбуждение (индукция родов) — индукция родовой деятельности при достижении зрелости родовых путей с целью родоразрешения через естественные родовые пути [5].

Индукция родов является одним из самых распространенных пособий в родах: до 24,5% родов в США и до 33% в Европе [3, 5].

Всемирная организация здравоохранения в своем руководстве предлагают правила для максимальной эффективности и безопасности индукции родов: проводить только при наличии четких медицинских показаний, когда ожидаемый положительный эффект превосходит потенциальные риски; необходимо учитывать фактическое состояние, пожелания и предпочтения каждой женщины, особенности анамнеза; индукцию родов проводить с осторожностью, так как данная процедура сопряжена с риском гиперстимуляции, разрыва

матки, дистресс-синдрома плода; обеспечить условия и средства для оценки состояния плода в режиме реального времени; проводить в тех лечебных учреждениях, где возможно выполнение экстренного кесарева сечения [4].

В российской практике индукцию родов выполняют в ситуациях, когда результат применения индуцированных родов для матери и плода будет выше, чем неоднозначность выжидательной позиции, а также когда вагинальное родоразрешение имеет обоснованные преимущества перед оперативным вмешательством [3, 5].

Амниотомия — обязательный элемент родовозбуждения на зрелой шейке матки [3, 4, 5]. Для благоприятного исхода родов должен произойти последовательный запуск физиологического механизма с каскадным выбросом модуляторов контрактильности, активацией лизосомального аппарата миоцитов при разрыве плодных оболочек [1, 2].

Целью нашего исследования стало изучение особенностей родов, индуцированных амниотомией.

Для статистического анализа был использован программный пакет Microsoft Excel. Статистические данные представлены в виде: «среднее арифметическое \pm стандартное отклонение».

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ 50 историй родов женщин, которым была проведена амниотомия с целью индукции родов на базе КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр» в 2021 году.

Результаты и их обсуждение

Социально-экономические показатели. Средний возраст пациенток составил $31,52 \pm 5,12$ года. Распределение женщин по месту проживания: 58% (29) жительниц сельской местности, 42% (21) — города Кирова и районных центров. В зарегистрированном браке состояли 82% (41) рожениц и 18% (9) — в гражданском.

Антропометрические показатели: рост — $164,31 \pm 6,18$ см, вес на момент родов — $82,70 \pm 15,23$ кг. Окружность живота — $107,28 \pm 9,49$ см, высота дна матки — $36,68 \pm 2,69$ см. Тазиоизмерение: dist. spinarum — $25,62 \pm 1,16$ см, dist. cristarum — $29,12 \pm 1,64$ см, dist. trochanterica — $32,76 \pm 2,13$ см, con. externa — $21,60 \pm 1,40$ см.

Гинекологический анамнез. Возраст наступления менструаций — $13,60 \pm 1,59$ года, продолжительность менструального кровотечения — $4,96 \pm 1,01$ день, продолжительность менструального цикла — $28,23 \pm 2,28$ дня.

У 68% (34) женщин имелся отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. У 42% (21) в анамнезе имелась патология шейки матки, у 20% (10) — перенесенный кольпит различной этиологии, по 10% (5) — синдром поликистозных яичников и миома матки, у 6% (3) — нарушения менструального цикла неуточненного характера, по 4% (2) — эндометриоз, носительство ВПЧ и полипы эндометрия. По 1 случаю (2%) — перенесенный трихомониаз, бактериальный вагиноз, сифилис, генитальный герпес, хламидиоз, уреаплазмоз, эндометрит. Таким образом, на одну женщину с отягощенным акушерским анамнезом приходится 1,69 гинекологических заболеваний.

Среднее количество беременностей у одной женщины — $3,26 \pm 2,02$, родов — $2,12 \pm 1,08$. У 48% (24) жен-

щин в анамнезе имеется от 1 до 5 медицинских абортов, среднее количество абортов на 1 женщину — 2,38.

Показаниями для индукции родов стали: гестационный сахарный диабет — 58% (29); перенашивание беременности — 36% (18); макросомия плода — 16% (8); гестационная артериальная гипертензия — 14% (7); преэклампсия средней степени на фоне хронической артериальной гипертензии — 10% (5); гипертоническая болезнь — 6% (3). Ряд женщин имели сочетанные показания к амниотомии, поэтому общее количество в распределении превышает 100%.

Среди прочих осложнений гестации выявлены: отеки, вызванные беременностью — 6% (3); гестационный гипотиреоз — 18% (9); кольпит — 30% (15); хроническая гипоксия плода легкой степени — 18% (9); задержка роста плода — 2% (1); многоводие — 12% (6); нарушения маточно-плацентарного кровотока — 36% (18); угроза невынашивания — 10% (5).

Маловодие было выявлено у 10% (5) женщин, индукция родов при маловодии по сравнению с выжидательной тактикой снижает риск кесарева сечения и имеет более благоприятные исходы для новорожденного [5].

Перинатальный риск в большинстве случаев оценен как средний и составил $15,78 \pm 7,22$ баллов.

Средний срок родоразрешения — $39,89 \pm 1,05$ недель; что согласуется с данными клинических рекомендаций о нежелательности в группах риска продолжения беременности более 40 недель, так как частота неблагоприятных материнских и перинатальных исходов возрастает при увеличении срока беременности более 39–40 нед. [5].

У беременных с отсутствием готовности шейки матки к родам, рекомендовано провести мероприятия по ее подготовке [5]. В нашем исследовании 6% (3) женщин была проведена подготовка шейки матки палочками ламинарий до проведения амниотомии. Механическое растяжение способно стимулировать клетки иммунной системы к синтезу необходимых ферментов и созреванию шейки матки [1].

Средняя продолжительность первого периода родов — $405,66 \pm 194,07$ мин, второго периода родов — $28,89 \pm 11,81$ мин, третьего периода родов — $24,20 \pm 6,76$ мин. Кровопотеря в родах составила $335,56 \pm 230,88$ мл.

Клиническими рекомендациями регламентировано проведение кардиотокографии плода перед началом и в процессе индукции родов для своевременной диагностики нарушений его состояния [5]. В ходе

исследования кардиографии в родах была оценена на $7,80 \pm 0,81$ балл по Фишеру.

В родах отмечены следующие осложнения: разрыв промежности I–II степени — 34% (17); разрыв шейки матки I–II степени в 8% (4); обвитие пуповиной шеи плода — 16% (8); мекониальное окрашивание задних вод — 16% (8); задержка частей последа, потребовавшая операции ручного отделения и выделения части последа — 2% (1); острая гипоксия плода во II периоде, роды завершились путем операции вакуум-экстракции — 2% (1).

Кесаревым сечением роды завершились у 4 женщин (8%). В 75% (3 случая) показанием стала упорная слабость родовой деятельности, у 25% (1) — формирование клинически узкого таза.

Общая характеристика новорожденных. В результате индукции родов родилось 28 девочек (56%) и 22 мальчика (44%). Средний вес новорожденных составил $3570,16 \pm 453,54$ г., рост — $53,00 \pm 1,93$ см, окружность головы — $34,28 \pm 1,11$ см, окружность груди — $33,56 \pm 1,31$ см. Оценка по шкале Апгар на первой ми-

нуте составила $7,90 \pm 0,36$ баллов, на пятой минуте — $8,06 \pm 0,49$ баллов.

У 14 новорожденных (28%) были выставлены следующие диагнозы: маловесный для срока гестации — 4% (2), крупновесный для срока гестации — 4% (2), врожденный порок сердца (мышечный дефект межжелудочковой перегородки, добавочная верхняя полая вена) — 4% (2), гипоксико-геморрагическое поражение ЦНС (внутрижелудочковое кровоизлияние, субэпендимальное кровоизлияние) — 4% (2), кефалогематома — 6% (3), новая коронавирусная инфекция — 6% (3).

Заключение

1. Основными показаниями для индукции родов являются гестационный сахарный диабет (58%), перенашивание беременности (36%), макросомия плода (16%).
2. Наиболее частое осложнение в родах после амниотомии — разрывы промежности I–II степени (34%).
3. Кесарево сечение потребовалось 8% женщин после индукции родов амниотомией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский В.Е., Маклецова С.А., Богдасhevская О.В. Созревание шейки матки в родах: от понимания механизмов к способам управления и программированным родам // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2017. — № 3 (39). — С. 139–147.
2. Smyth R.M., Markham C. Downswell amniotomy for shortening spontaneous labour // Cochrane Database Syst. Rev. 2013. № 6. Art. № CD006167. [PMID23780653]
3. Фаткуллин И.Ф., Фаткуллина Л.С. Индукция родов: устоявшиеся представления и новые перспективы // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. — 2022. — № 2 (86). — С. 61–64.
4. Рекомендации ВОЗ по индукции родов. — URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789244501153_rus.pdf
5. Клинические рекомендации «Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение). 2021. — 61 с.

© Емельянова Дарья Игоревна (Emelyanova.Darja@yandex.ru), Дворянский Сергей Афанасьевич (kf1@kirovgma.ru),
Лагоша Роман Юрьевич (kf1@kirovgma.ru), Беккер Екатерина Дмитриевна (katrinshisha@mail.ru),
Оспищева Евгения Александровна (eva.aleksandrovna.1999@mail.ru).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»