

УДК 618.5-06:618346-008.8 (575.2) (04)

ИСХОДЫ РОДОВ ПРИ ДОРОДОВОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ И АКТИВНО-ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКЕ

Л.А. Нурсейтова – соискатель

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Shown that within 12-hours before labour in pregnant women rupture of amniotic sac till the onset of labour, biophysical and biochemical changes help in maturation of uterine cervix and increase uterine contraction and it leads to labour in 90% pregnant women with maturation of uterine cervix within a period of 24 hours.

Сегодня наиболее актуальным остается вопрос о начале и методах родовозбуждения при разрыве оболочек плодного пузыря до начала родовой деятельности, так как у 10% беременных женщин роды не начинаются в течение 48 часов, у 2–5% – и через 72 часа и почти у такой же доли беременных (2–5%) и после 7 дней¹.

Цель нашего исследования – оценка инструментально-биохимических изменений в шейке матки и исходы родов при дородовом излитии околоплодных вод в зависимости от степени “зрелости” шейки матки при выжидательной и активно-выжидательной тактиках.

Материал и методы исследования. Проведены клинично-инструментально-биохимические методы исследования 112 беременных женщин, поступивших в роддом с дородовым излитием околоплодных вод.

79 беременным с “незрелой” шейкой матки провели подготовку к родам. В зависимости от метода подготовки шейки матки и тактики

проведения статистической обработки беременные женщины были разделены на 3 группы: I группа – 39 беременных, которым с целью созревания шейки матки вводили энзапрост внутривенно (400 мл физ. р-ра); II группа – 20 женщин, которым был назначен эстроген-энергетический комплекс; III группа – 20 беременных с “незрелой” шейкой матки, к которым применили выжидательную тактику без проведения родовозбуждения. Группа контроля – 33 беременных со “зрелой” шейкой матки (IV группа). Через 12 часов беременным женщинам с отсутствием спонтанной родовой деятельности (11 – I, 9 – II, 7 – III и 8 – IV групп) проведены повторные инструментально-биохимические исследования. У 21 I группы и у 9 беременных II группы через 12 часов начато родовозбуждение окситоцином. В III и IV группах выжидательная тактика проводилась до 24 часов, после чего 2 – III и 2 – IV групп беременным проведено родовозбуждение окситоцином.

Ультразвуковая цервикометрия с целью изучения состояния шейки матки, плодного пузыря и нижнего сегмента матки проведена на аппарате фирмы “Kombizon-410” (Австрия) с использованием вагинального датчика с частотой 5 МГц.

¹ Энкин М., Кейрс М., Рэнфрью М., Нейлсон Дж. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. – University press, 2000.

Определение активности фермента 15-ГПДГ проводили на биохимическом анализаторе “Super Z” (“Mitsubishi”, Япония). Методика была модифицирована в лаборатории биохимии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК.

Полученные результаты исследования подвергнуты статистической обработке.

Результаты исследования. Данные сонографии в сравнительном аспекте до и после лечебных мероприятий в изучаемых группах свидетельствовали, что во всех группах получена положительная динамика созревания шейки матки.

В I группе достоверно уменьшилась длина шейки матки с $29,9 \pm 1,1$ мм до $24,7 \pm 0,9$ мм, ширина шейки матки с $40,35 \pm 1,4$ до $36,7 \pm 1,1$ мм, расстояние между нижним полюсом предлежащей части плода и внутренним зевом с $5,7 \pm 0,3$ мм до $4,3 \pm 0,2$ мм; увеличился диаметр цервикального канала с $3,3 \pm 0,2$ мм до $4,1 \pm 0,3$ мм, возросла частота низкой эхоплотности шейки матки с $(13,9 \pm 2,1)\%$ до $(42,5 \pm 2,6)\%$, $p < 0,01$; увеличение переднезаднего размера нижнего сегмента матки оказалось не достоверным.

Во II группе отмечено достоверное уменьшение длины шейки матки с $34,6 \pm 0,5$ мм до $31,2 \pm 0,3$ мм, ширины шейки матки с $37,9 \pm 0,9$ мм до $39,2 \pm 0,8$ мм, расстояния между нижним полюсом предлежащей части плода и внутренним зевом с $5,6 \pm 0,3$ мм до $5,2 \pm 0,2$ мм; увеличение частоты низкой эхоплотности шейки матки с $(14,0 \pm 1,3)\%$ до $(36,8 \pm 2,1)\%$; показатели переднезаднего размера нижнего сегмента матки увеличены с $80,3 \pm 1,7$ мм до $81,9 \pm 1,6$ мм, но достоверной разницы не отмечено; диаметр цервикального канала возрос с $3,6 \pm 0,2$ мм до $4,9 \pm 0,4$ мм.

В III группе отмечено достоверное уменьшение длины шейки матки с $33,3 \pm 1,2$ мм до $20,8 \pm 0,6$ мм, ширины шейки матки с $38,2 \pm 1,2$ мм до $29,3 \pm 0,8$ мм, расстояния между нижним полюсом предлежащей части плода и внутренним зевом с $5,8 \pm 0,4$ мм до $4,1 \pm 0,3$ мм, увеличение частоты низкой эхоплотности шейки матки с $(14,3 \pm 2,3)\%$ до $(52,5 \pm 2,6)\%$; увеличение переднезаднего размера нижнего сегмента матки с $81,6 \pm 2,3$ мм до $89,2 \pm 1,7$ мм,

диаметра цервикального канала с $3,8 \pm 0,3$ мм до $1,3 \pm 0,4$ мм.

Сравнение показателей сонографии при различной тактике ведения позволило установить, что у беременных с “незрелой” шейкой матки эти показатели через 12 часов в сравниваемых группах достоверно не отличались.

Показатели фермента 15-ГПДГ в крови из шейки матки и венозной крови были почти одинаковыми в изучаемых группах. Во всех группах произошли изменения в содержании изучаемого вещества, свидетельствующие об улучшении подготовки организма к развязыванию родовой деятельности.

В I группе произошло достоверное уменьшение 15-ГПДГ соответственно – с $7,0 \pm 0,63$ Е/л до $5,2 \pm 0,3$ в шейке матки и с $2,72 \pm 0,28$ Е/л до $1,56 \pm 0,13$ Е/л в сыворотке крови. Во II и III группах достоверно снизился уровень 15-ГПДГ с $7,2 \pm 0,62$ Е/л до $6,9 \pm 0,48$ Е/л в крови из шейки матки и венозной крови с $2,83 \pm 0,25$ Е/л до $1,32 \pm 0,15$ Е/л и $7,4 \pm 0,71$ Е/л против $5,6 \pm 0,23$ Е/л и $2,89 \pm 0,31$ Е/л против $1,73 \pm 0,18$ Е/л соответственно.

При выжидательной тактике как при “незрелой”, так и при “зрелой” шейках матки происходило снижение активности фермента, что свидетельствовало об увеличении простагландинов, необходимых для подготовки организма к развязыванию родовой деятельности.

Роды закончились вагинально в 98,7%, кесарево сечение было в 1,3% случаев. У большинства (72,0%) беременных при “незрелой” шейке матки роды начались спонтанно в течение 12 часов, причем в 71,8% – в I группе, в 55,0% – во II и в 65,0% наблюдений – в III группах. При “зрелой” (IV группа) шейке матки в течение первых 12 часов спонтанная родовая деятельность началась в 75,8% случаев. При выжидательной тактике (III и IV группы) в ближайшие 24 часа родовая деятельность самостоятельно началась у 90,0% беременных с “незрелой” и у 94,0% – со “зрелой” шейкой матки.

При спонтанном начале родов у женщин с “незрелой” шейкой матки и выжидательной тактике продолжительность родов была $9,22 \pm 0,23$ ч., что значительно дольше, чем в группах с активно-выжидательной тактикой:

7,57±0,22 ч. – в I группе, 6,36±0,48 ч. – во II группе. Однако это не повлияло на состояние матери и плода.

Заболеваемость новорожденных была почти одинаковой в сравниваемых группах: 5,1% – в I группе, 5,0% – во II, 5,0% – в III и 6,1% – в IV группе. Осложнения в родах не наблюдались ни в одном случае в сравниваемых группах.

На основании исследований установлено, что при выжидательной и активно-выжидательной тактике, предусматривающей использование энзапроста или энергетически-

гормонального комплекса, при “незрелой” шейки матки в течение 12 часов происходит ускорение созревания шейки матки, подтвержденное ультразвуковыми и биохимическими исследованиями, не отличающееся от тактики ведения. Спонтанная родовая деятельность развивается при выжидательной тактике у беременных с разрывом оболочек плодного пузыря при “незрелой” шейке матки в течение первых 24 часов в 90% наблюдений и исход для матери и плода не отличается от показателей при активно-выжидательной тактике.