

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ МИЗОПРОСТОЛОМ ПРИ ДОРОДОВОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Гардер А.А.¹, Евгеньева И.А.²

¹Гардер Ангелина Анатольевна - интерн,
направление акушерство и гинекология,
специальность: общая медицина;

²Евгеньева Ирина Алексеевна - кандидат медицинских наук,
ассоциированный профессор,
кафедра акушерства и гинекологии,
Медицинский университет Караганды,
г. Караганда, Республика Казахстан

Введение. Дородовый разрыв плодных оболочек (ДРПО) представляет собой одну из наиболее важных проблем в акушерской практике [1]. По литературным источникам, ДРПО в доношенном сроке встречается у 10% беременных [2]. Актуальность выбранной мною темы несомненна ввиду увеличения материнской заболеваемости, неонатальной заболеваемости и смертности. ДРПО часто сочетается с аномалиями родовой деятельности (24,3%) и травмами мягких тканей родового канала (32,6%). К осложнениям со стороны плода относятся интранатальная гипоксия и асфиксия новорожденного [3].

Почти у 70% беременных с ДРПО родовая деятельность развивается самостоятельно в течение суток [2]. Согласно протоколу диагностики и лечения Министерства Здравоохранения Республики Казахстан «Дородовый разрыв плодных оболочек» при отсутствии показаний к немедленной индукции, беременным женщинам с ДРПО проводится наблюдение в течение 24 – х часов без влагалищного исследования (контроль состояния плода, температуры тела, пульса матери, выделений из половых путей, сокращений матки каждые 4 часа) [4]. В случае отсутствия спонтанного начала регулярной родовой деятельности при достижении 24 часов длительности безводного периода проводится индукция родов [4]. При этом, выполняется влагалищное исследование и оценка шейки матки по Бишопу. При «зрелой» шейке матки (7 баллов и более) начинается родовозбуждение окситоцином, при «незрелой» (6 баллов и менее) – подготовка шейки матки мизопростолом [5].

Мизопростол является синтетическим аналогом простагландина E1, который широко используется для подготовки шейки матки к родам путем ее смягчения, а также сокращения матки [6,7]. Подготовку шейки матки мизопростолом возможно проводить следующими способами: 1) пероральный прием 25 мкг препарата каждые 2 часа (200 мкг мизопростола растворяют в 200 мл воды и назначают каждые 2 часа); 2) введение 25-50 мкг мизопростола в задний свод влагалища каждые 6 часов [5]. Оба эти метода преследуют одну цель – родоразрешение через естественные родовые пути с предупреждением или уменьшением осложнений в родах для матери и плода. Однако, согласно статистическим данным, при использовании данных методов подготовки шейки матки мизопростолом риск неблагоприятного исхода родов высокий [8]. Частота экстренного кесарева сечения составляет 28,5-41,2% [9,10,11], гиперстимуляции матки – 14-58% [12], угрожающее состояние плода встречается в 5,5-17% [13].

Исследования, сравнивающие исход беременностей, родов и частоту осложнений при введении мизопростола орально и вагинально с целью подготовки шейки матки, представляют особый интерес. По мнению авторов, частота родоразрешения путем операции кесарева сечения в группе с пероральным приемом мизопростола выше, чем при вагинальном (23,5% и 8,2% соответственно), но в первой группе реже отмечается осложнение родов в виде атонического кровотечения и хориоамнионита [14, 15]. Стоит отметить, что асфиксия новорожденных чаще встречается в случаях интравагинального введения мизопростола, по сравнению с группой перорального приема [8].

На данном этапе у акушер-гинекологов отсутствует единое мнение о преимуществе одного из методов подготовки шейки матки, что указывает на актуальность исследований в данном направлении.

Цель. Провести сравнительный анализ влияния пути введения мизопростола на исход и течение родов при ДРПО в доношенном сроке беременности.

Задачи исследования. Сравнить, как влияют методы введения мизопростола при ДРПО:

- количество препарата, необходимое для инициации родовой деятельности;
- частоту оперативных родов;
- на частоту осложнений в родах;
- на объем кровопотери;
- на состояние новорожденного.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй родов женщин с ДРПО в сроке беременности 37-41 неделя. Все беременные с ДРПО выбрали активную тактику ведения, которая предусматривает наблюдение в течение 24 часов с осмотром шейки матки на зеркалах. Через 24 часа

произведено влагалищное исследование с целью определения зрелости шейки матки. Для исследования были отобраны беременные, у которых шейки матки были «незрелые» (1-6 баллов по Бишопу), околоплодные воды – светлые. Критериями исключения являлись наличие признаков инфекции, наличие противопоказаний к использованию мизопростала, многоплодная беременность, антенатальная гибель плода, предполагаемый избыточный вес плода (4000,0 г и более). Таким образом, в настоящее исследование вошли 60 беременных женщин. Возраст варьировал от 20 до 40, средний возраст составил 28,6 лет. В первой группе (n=30) подготовка шейки матки осуществлялась путем перорального введения мизопростала 25 мкг каждые 2 часа. Во второй группе (n=30) подготовка шейки матки осуществлялась путем введения 50 мкг мизопростала в задний свод влагалища каждые 6 часов. Обе группы сопоставимы между собой по соотношению перво- и повторнородящих, каждую из групп составили 14 первородящих женщин (46,7%), 16 женщинам (55,3%) предстояли повторные роды. Во второй группе было 2 многорожавшие женщины (6,7%) (см. Рисунок № 1, № 2).

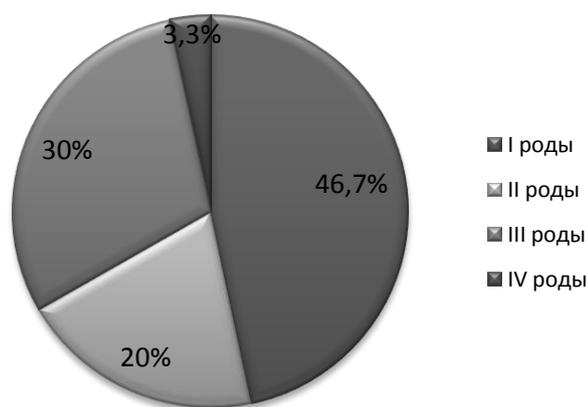


Рис. 1. Предстоящие по счету роды в группе перорального введения мизопростала

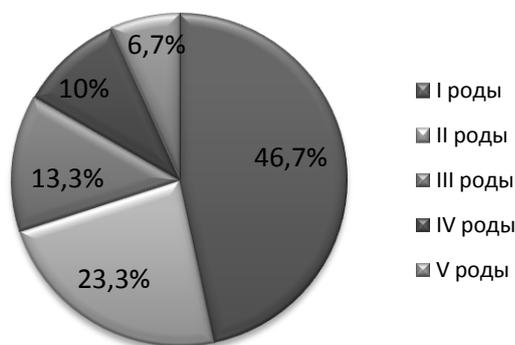


Рис. 2. Предстоящие по счету роды в группе интравагинального введения мизопростала

Мизопростол вводился до тех пор, пока у женщины не начиналась регулярная родовая деятельность. В обеих группах подготовка шейки матки к родам проводилась под контролем гемодинамики матери и КТГ плода. С началом родовой деятельности всем беременным проводилась антибиотикопрофилактика путем внутривенного введения 2,0 г ампициллина каждые 6 часов до рождения ребенка.

Сравнительная оценка методов подготовки шейки матки к родам проводилась по следующим параметрам: среднее количество введенного мизопростала, среднее количество времени от начала приема мизопростала до начала схваток, средняя продолжительность родов, частота стремительных родов, оперативных родов, средний объем кровопотери, частота встречаемости осложнений родов и раннего послеродового периода, слабости родовой деятельности, хориоамнионита, родового травматизма, частота встречаемости атонического кровотечения, средняя оценка шкалы Апгар у новорожденных.

Результаты и их обсуждение.

В результате исследования было выявлено, что среднее количество доз мизопростола при пероральном введении составило 5 доз (125 мкг) с колебаниями от 1 до 8 доз, причем у всех женщин родовая деятельность началась в течение I тура подготовки шейки матки. Для развития регулярной родовой деятельности 5 женщин (16,7%) потребовалось 200 мкг мизопростола (8 доз). При введении препарата в задний свод влагалища среднее количество доз мизопростола – 2 дозы (100 мкг) с колебаниями от 1 до 5 доз. Одной женщине для появления регулярных схваток был назначен II тур подготовки шейки матки. В первой группе до начала родов использовано в среднем 106,7 мкг мизопростола, во второй – потребовалось 86,7 мкг мизопростола. Среднее время от начала приема мизопростола до инициации регулярной родовой деятельности в первой группе составила 8 часов 2 минуты, во второй группе 7 часов 8 минут. Причем замечено, что первородящие женщины быстрее вступали в роды при введении мизопростола в задний свод влагалища, а повторнородящие – при пероральном введении (см. Таблица №1).

Таблица 1. Среднее время от начала приема мизопростола до начала схваток у первородящих и повторнородящих женщин

	Среднее время от начала приема мизопростола до начала схваток у первородящих	Среднее время от начала приема мизопростола до начала схваток у повторнородящих
Группа перорального введения мизопростола	10 часов 21 минута	5 часов 43 минуты
Группа вагинального введения мизопростола	5 часов 39 минут	8 часов 4 минуты

Самостоятельные роды наблюдались у 54 из 60 женщин, в 6 случаях роды завершились оперативным путем: 5 операций кесарева сечения и 1 вакуум экстракция плода. Причем, частота оперативных родов в первой группе была несколько выше, чем во второй. В первой группе оперативным путем родоразрешены 4 женщины (13,3%): абдоминальным путем - 3 женщины (10%), показаниями к операции были угрожающее состояние плода, обструкция в родах и лицевое предлежание плода; 1 роды (3,3%) закончились вакуум экстракцией плода по поводу угрожающего состояния. Во второй группе, где женщинам вводили мизопростол интравагинально, родоразрешены путем операции кесарева сечения 2 женщины (6,7%), показаниями к которому явились хориоамнионит и угрожающее состояние плода.

Средняя продолжительность родов не имела существенных различий в первой и второй группе и составила 5 часов 32 минуты и 5 часов 56 минут, соответственно. Однако, частота встречаемости стремительных родов значительно выше в группе интравагинального введения мизопростола: 10% (3 случая), в то время как, в группе, которой мизопростол вводился per os 3,3 % стремительных родов (1 случай).

Слабость родовой деятельности наблюдалась у женщин, которые мизопростол использовали интравагинально в 2 случаях (6,7%), а в группе перорального введения такого осложнения не наблюдалось.

Особое внимание в данной работе уделено частоте возникновения хориоамнионита, который в 2 раза чаще встречался во второй группе - 2 родов (6,7%), чем в первой – 1 роды (3,3%). Данная тенденция, возможно, обусловлена необходимостью более частого вагинального исследования при введении мизопростола per vaginam.

Разрыв мягких родовых путей в первой группе наблюдался у 8 женщин (26,7%): у 5 женщин (16,7%) произошли разрывы промежности I степени и у 3 женщин (10%) разрыв задней стенки влагалища. Во второй группе родовым травматизмом осложнялись роды гораздо чаще: в 11 случаях (36,7%), где у 8 женщин (26,7%) произошли разрывы промежности I степени, у 2 женщин (6,7%) – разрывы промежности II степени и в 1 случае (3,3%) – разрыв шейки матки.

При самостоятельных родах средний объем кровопотери в первой группе составил 235 мл, во второй – 266 мл. Ранний послеродовой период осложнился атоническим кровотечением у 2 женщин (6,7%) второй группы, в первой группе данного осложнения не наблюдалось.

Сравнивая оценку новорожденных по шкале Апгар, были замечены достоверные отличия, в первой группе средние оценки составили 8,4 балла на первой минуте и 9,3 балла на пятой минуте. Во второй группе данные показатели составили 7,7 баллов и 8,7 баллов, соответственно.

Выводы.

На основании исследования были сделаны следующие выводы:

1. Для инициации родовой деятельности потребовалось большее количество мизопростола в группе перорального введения.
2. Частота оперативных родов выше в группе перорального введения мизопростола.

3. Частота осложнений в группе вагинального использования мизопростола была значительно выше, чем в группе перорального введения. Наиболее часто встречались такие осложнения, как слабость родовой деятельности, хориоамнионит в родах, родовой травматизм.

4. Объем кровопотери в родах и риск раннего атонического кровотечения выше в группе вагинального введения.

5. При вагинальном использовании мизопростола оценка новорожденных по шкале Апгар была ниже, чем в группе перорального введения.

Список литературы

1. *Князева Т.П.* «Причины и факторы риска преждевременного разрыва плодных оболочек» Дальневосточный медицинский журнал, 2016 год № 2 УДК 618.34(048.8).
2. *Сулейменова Э.С., Джардемалиева Н.Ж., Кабыл Б.К., Кульбаева У.К.* Дородовое излитие околоплодных вод. Выжидательная тактика ведения. Преимущества. Ретроспективный анализ. Вестник КазНМУ. № 3, 2015 УДК 618.346-007.251:618.5 – 08.
3. Диссертация «Родоразрешение женщин с преждевременным излитием околоплодных вод при доношенной беременности с учетом параметром воспалительного ответа» Алтайский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2015.
4. Протокол диагностики и лечения Министерства Здравоохранения Республики Казахстан «Дородовый разрыв плодных оболочек» от 4 июля 2014 года.
5. Протокол диагностики и лечения Министерства Здравоохранения Республики Казахстан «Индукция родов» от «27» декабря 2017 года.
6. *Саидова М.А., Исупов С.Д., Рафиева З.Х.* Использование мизопростола и мифепристона для подготовки шейки матки к родам и родовозбуждения. «Здравоохранение Таджикистана». 4 (319). Душанбе, 2013 год. Стр. 74-79.
7. *Alfirevic Z., Aflaifel N., Weeks A.* Oral misoprostol for induction of labour. Cochrane Database Systematic Reviews, 2014. Issue 6. Art. No.: CD001338.
8. *Воскресенский С.Л., Тесакова М.Л., Небышинец Л.М., Мельник Е.В., Шилкина Е.В., Малолеткина О.Л.* Характеристика различных методов индукции родов, Охрана материнства и детства, 2012. № 1 (19). Стр. 29-35.
9. Labor Progression and Risk of Cesarean Delivery in Electively Induced Nulliparas/Vahratian [et al.]/Obstet Gynecol., 2005. Vol. 105. P. 698-704.
10. *Гафиатуллина Ф.И.* Сравнительная оценка различных методов подготовки шейки матки к родам при перенашивании / Ф.И. Гафиатуллина, Г.Р. Хайруллина // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России, Москва, 30 сентября-2 октября 2008 г. / Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова Федерального агенства по высокотехнологичной медицинской помощи; редкол.: Г.Т. Сухих [и др.]. М., 2008. С. 51-52.
11. *J Reprod Med., 2011 Jan-Feb; 56(1-2):25-30.* Maternal and neonatal morbidity among nulliparous women undergoing elective induction of labor. Vardo J.H., Thornburg L.L., Glantz J.C.
12. *Intravaginal misoprostol versus Foley catheter for labour induction: a meta-analysis / N.S. Fox [et al.] // BJOG, 2011. Vol. 118. № 6. P. 647-654.*
13. *Egarter C. Medizinische Methoden der Geburtseinleitung / C. Egarter, C. Schatten // Der Gynakologe, 2004. Vol. 37. № 4. P. 321-329.*
14. *Искра Ю.Д.* Сравнительная оценка перорального и вагинального введения мизопростола для индукции родов // Научное сообщество студентов XXI столетия. Естественные науки: сб.ст. по мат. LXI междунар. студ. науч.-практ. конф. № 2 (60).
15. *Vaginal misoprostol compared to oxytocin as an initial induction agent for women with PROM and unfavorable cervix a randomized trial/Sasha Davidson, Ann Van Arsdale Sadia Sahabi, Catherine Wu, Kafui Demasio // American Journal of Obstetrics and Gynecology, January, 2017.*