

Аспекты ведения беременных с преждевременным излитием околоплодных вод

А. С. Курганова

*Новосибирский государственный университет, Новосибирск, Россия
Городская клиническая больница № 1,
Новосибирск, Россия*

Снижение как материнской, так и детской заболеваемости и смертности в значительной степени зависит от правильного ведения беременности и выбора метода родоразрешения при различных осложнениях. Одним из наиболее распространенных осложнений при беременности и родах является преждевременное (дородовое) излитие околоплодных вод (ПИОВ), частота которого составляет 7,8–19,6 % и не имеет тенденции к снижению. Акушеры-гинекологи отмечают, что данная патология способствует росту осложнений в родах и послеродовом периоде со стороны матери, плода и новорожденного. Тактика ведения беременности и родов доношенного срока при ПИОВ по-прежнему является дискуссионной.

Наиболее распространенным является мнение о необходимости родовозбуждения через несколько часов после излития околоплодных вод с целью предотвращения длительного безводного периода. Однако данный подход не всегда является оптимальным, особенно на фоне отсутствия биологической готовности к родам, так как часто приводит к аномалиям родовой деятельности, гипоксии плода и, как следствие, увеличение частоты оперативного родоразрешения и акушерского травматизма. В связи с этим активно-выжидательная тактика ведения беременности и родов при доношенном сроке на фоне ПИОВ является весьма актуальной, позволяя развиваться родовой деятельности без применения утеротонических средств или достигать оптимальную биологическую готовность к родам перед родовозбуждением.

Цель исследования. Изучить методы ведения беременности и родов, осложненной преждевременным излитием околоплодных вод при доношенном сроке беременности.

Материалы и методы. Обследовано две группы женщин: I группа – 17 беременных с преждевременным излитием околоплодных вод на фоне незрелой шейки матки, по

шкале Бишопа. В данной группе использовалась активно-выжидательная тактика с применением препарата «Мифепристон» (первый прием 200 мг при поступлении в стационар, второй – через 6 часов при отсутствии регулярной родовой деятельности); II группа – 15 беременных с преждевременным излитием околоплодных вод при отсутствии биологической готовности к родам, у которых проводилось родовозбуждение утеротониками через 4–6 часов после излития околоплодных вод. В исследование включены только первородящие пациентки в возрасте 21–36 лет со сроком гестации от 38 до 41 нед., одноплодной беременностью и головным предлежанием плода. Всем беременным проведено акушерское, клинико-лабораторное обследование.

Результаты. Проведенное исследование показало, что у 10 пациенток (58,8 %) первой группы родовая деятельность развилась самопроизвольно через 4–11 часов после излития вод и применения мифепристона. Самопроизвольные роды в первой группе произошли у 13 пациенток (76,4 %). Во второй группе самопроизвольные роды произошли у 10 пациенток (66,6 %). Во второй группе достоверно чаще развивалась дискоординация родовой деятельности и слабость родовой деятельности в сравнении с первой группой ($40,0 \pm 6,3$ и $23,1 \pm 4,2$ % соответственно, $p < 0,01$). Частота оперативных родов в первой группе была достоверно реже, чем во второй ($23,5 \pm 4,4$ и $33,3 \pm 3,7$ % соответственно, $p < 0,05$). Основными показаниями к операции в обеих группах явились упорная слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции, клинически узкий таз, хроническая прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода. При сравнении групп по частоте родового травматизма достоверно значимых отличий не получено ($17,6 \pm 2,9$ и $20,0 \pm 1,3$ % в группах).

Достоверных отличий в развитии гнойно-воспалительных заболеваний после родов в обеих группах не установлено. При изучении перинатальных исходов установлено, что большинство детей в обеих группах родились в удовлетворительном состоянии: так, средняя оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минутах составила 8–9 баллов.

Заключение. Активно-выжидательная тактика у беременных с доношенным сроком позволяет снизить частоту оперативного родоразрешения, уменьшить частоту аномалий родовой деятельности, не приводит к увеличению

гнойно-септических заболеваний матери и плода.