

Место родоусиления в перинатальном акушерстве

Пепеляева Н.А. – врач акушер-гинеколог акушерского физиологического отделения ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург
Башмакова Н.В. – д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, зам. директора по НИР ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

The role of labor augmentation in the perinatal obstetrics

Perelyaeva N.A., Bashmakova N.V.

Резюме

Цель работы: оценить течение родового акта и перинатальных исходов в случае применения родоусиления в родах у рожениц низкой степени риска. Основную группу составили 113 рожениц, которым в процессе родового акта предпринималось родоусиление. Контрольную группу составили 226 рожениц, у которых роды велись без применения родоусиления. Подбор контроля осуществлялся методом «сравнимых пар» (исследование «случай-контроль»). Метод исследования – клинико-статистический анализ. В половине случаев течение родов было неосложненным, темп раскрытия маточного зева соответствовал норме, и назначение родоусиления было необоснованно. В случае проведения родоусиления растет уровень материнского травматизма и ухудшаются перинатальные исходы. Увеличивается число новорожденных с гипоксией плода, в 1,5 раза чаще при рождении выявляются патологический ацидоз. Необходимость реабилитации новорожденных возрастает в 1,5 раза.

Ключевые слова: родоусиление, перинатальные исходы, течение родов.

Summary

Objectives: to evaluate the clinical course of labor and perinatal outcomes in low risk parturient women after labor augmentation. The basic group included 113 parturient women who underwent labor augmentation during the delivery. The control group included 226 parturient women who delivered without labor augmentation. The method of "comparable pairs" was used to perform control evaluations ("case – control" study). Methods: clinical statistical analysis. In 50% of the cases the delivery was uncomplicated, the uterus opening rate was normal, thus prescription of labor augmentation was inadequate. Labor augmentation contributes to the increase of maternal traumatism level and aggravation of perinatal outcomes. The number of newborns with fetal hypoxia is increasing, pathological acidosis at birth is diagnosed 1,5 times oftener. The necessity of newborn rehabilitation increases 1,5 times more.

Key words: labor augmentation, perinatal outcomes, clinical course of labor

Введение

Демографический кризис, развившийся в России в последнее десятилетие двадцатого века, охватил все стороны демографических процессов: рождаемость, смертность, миграцию. Россия существует в условиях суженного воспроизводства населения с резким падением коэффициента рождаемости до 1,3 и снижением доли повторных рождений до 40%. В сложившейся ситуации каждая наступившая беременность представляет огромную ценность и задача акушера сделать ее максимально безопасной [1, 2, 3, 4].

Огромное значение в перинатальных исходах имеет интранатальная охрана плода [4]. Отмечена тенденция к снижению физиологических родов: в 2006 г. число затрудненных родов возросло на 26%, по сравнению с 1998 г. Осложнения родов, неправильная тактика их ведения нередко приводит к повышению заболеваемости новорожденных и перинаталь-

ной смертности [2, 4, 5, 6, 7, 8]. В настоящее время ведение родов характеризуется не всегда обоснованной активностью, в частности, ранним вскрытием плодного пузыря, расширением показаний к применению утеротоников, увеличением частоты кесарева сечения. По мнению В.Е. Радзинского, на современном этапе существует целый ряд ошибочных, научно необоснованных представлений и подходов, последствия которых, в большинстве случаев, можно охарактеризовать как проявление «акушерской агрессии». В течение ряда лет в практическое акушерство активно внедрялись новые технологии, однако, целесообразность их использования изучалась недостаточно [1, 2, 3].

Критерием правильного течения родов стало «время», а не динамика родового процесса. Проведенные исследования свидетельствуют, что женщины, начинающие родовый акт в родовспомогательном учреждении, имеют более короткую продолжительность родов по сравнению с теми, кто поступает в середине первого периода родов, но у первых регистрируется большее количество «трудных родов», характеризующихся большим количеством всевозможных вмешательств и большей частотой кесарева сечения. «Излишняя акушерская активность» в последнее время наблюдается вне зависимо-

Ответственный за ведение переписки -
Пепеляева Наталья Александровна,
электронный адрес – zpkori@mail.ru

сти от того, к какой группе риска относится данная беременная женщина.

Одной из наиболее часто предпринимаемых акушерских манипуляций является родоусиление. Частота его использования в клинике ФГУ «УНИИ ОММ Росмедтехнологий» в последние годы достигает 35-40%.

Целью настоящей работы является оценка течения родового акта и перинатальных исходов в случае применения родоусиления в родах у рожениц низкой степени риска.

Материал и методы

Был проведен анализ особенностей течения родового акта и адаптации доношенных новорожденных от рожениц группы низкого риска в случае применения родоусиления в родах. Исследование проводилось в клинике ФГУ «УНИИ ОММ Росмедтехнологий» в 2009 году. Основную группу составили 113 рожениц, которым в процессе родового акта предпринималось родоусиление. Критериями включения являлись: срок гестагии 37-41 неделя, одноплодная беременность, головное предлежание, отсутствие показаний для планового оперативного родоразрешения. Критериями исключения были: тяжелая экстрагенитальная патология, многоплодная беременность, гестоз тяжелой и средней степени тяжести, декомпенсированная хроническая фетоплацентарная недостаточность, нарушение маточно-плацентарного кровотока, резус-конфликт. Контрольную группу составили 226 рожениц, у которых роды велись без применения родоусиления. Подбор контроля осуществлялся методом «сравнимых пар» (исследование «случай-контроль»). Критериями для подбора служили следующие признаки: возраст, паритет, соматический и акушерско-гинекологический анамнез, особенности течения данной беременности, срок родоразрешения. У 32 новорожденных основной группы и 68 группы контроля сразу после рождения до первого вдоха проводилась рН-метрия пуповинной крови.

Метод исследования – клиничко-статистический анализ. В процессе исследований была проведена оценка средних значений и стандартных ошибок анамнестических признаков в группах, соматических признаков, предпринятой акушерской тактики, перинатальных исходов. Использовался t-критерий Стьюдента для сравнения групп и определения признаков (параметров), значимо ($p < 0,05$) отличающихся в сравниваемых группах, непараметрический критерий Манна-Уитни для оценки обоснованности применения параметрических методов оценивания. Для получения оценок использовался пакет прикладных программ Statistica 6.0.

По возрасту, паритету, экстрагенитальной патологии, течению беременности, сроку родоразрешения все подгруппы сопоставимы.

Результаты и обсуждение

Средний возраст женщин в группах составил $29 \pm 0,96$ лет и $29,1 \pm 0,77$ (лет) в основной и контрольной группе соответственно.

Соматически здоровыми к моменту родоразрешения были в основной группе 17±8% рожениц и 22±6% в контрольной группе. Основной спектр соматической патологии это: сердечно-сосудистая патология, патология желудочно-кишечного тракта, заболевания почек и мочевыводящих пу-

тей, эндокринная патология. На момент родоразрешения все соматические заболевания были в стадии компенсации.

Отсутствие осложнений при данной беременности не зарегистрировано ни в одной из групп. Наиболее часто отмечались: угроза прерывания беременности, гестозы, хроническая фетоплацентарная недостаточность, гестационный пиелонефрит, анемия. Эти гестационные осложнения с одинаковой частотой наблюдались во всех группах.

Родоусиление в большинстве случаев (78,3%) было начато в латентной фазе родов. Проводилось по стандартной схеме смесью Савицкого, средняя доза родоусиляющей смеси составила $3,13 \pm 0,37$ единиц окситоцина. Средняя скорость раскрытия шейки матки у первородящих на момент принятия акушером решения о родоусилении составила $0,31 \pm 0,08$ (см в час). При этом скорость раскрытия шейки матки ниже 0,35 (см в час) была только в 50% случаев, то есть в половине случаев течение родов было не осложненным, темп раскрытия маточного зева соответствовал норме, и назначение родоусиления было необоснованно.

Общая продолжительность родов в основной группе у первородящих в среднем составила $501,9 \pm 29,5$ (минут), в контрольной группе этот показатель несколько выше – $520,5 \pm 27,7$ (минут), разница показателей в исследуемых группах недостоверна. Среди повторнородящих общая продолжительность родов в основной группе составила $403,8 \pm 28,9$ (минут), а в группе сравнения эта величина несколько ниже – $374,4 \pm 26,2$ (минут), но разница недостоверна.

Продолжительность безводного промежутка среди первородящих основной группы $666,8 \pm 36,4$ (минут) и достоверно меньше в контрольной группе $418,6 \pm 27,4$ (минут). Среди повторнородящих безводный промежуток в основной группе был $565,2 \pm 29,1$ (минут) и достоверно меньше в контрольной группе $185,5 \pm 17,4$ (минут).

Приведенные выше данные демонстрируют то, что достоверной разницы в продолжительности родов пациенток исследуемых групп нет. Общая продолжительность родов в обеих группах среди первородящих менее 9 часов, а среди повторнородящих менее 7 часов. В то же время средняя продолжительность безводного промежутка в основной группе достоверно больше, чем в контрольной группе, как у первородящих, так и повторнородящих. Можно предположить что фактором, подталкивающим к успешному назначению родоусиления, являлось нарастание безводного промежутка, тем более что преждевременное излитие околоплодных вод в основной группе встречается достоверно чаще, чем в контрольной: $43,2 \pm 5,6$ (%) и $29,7 \pm 3,2$ (%) соответственно.

Способом операции кесарева сечения в основной группе были родоразрешены $9,8 \pm 3,1$ % рожениц, что в 2 раза чаще, чем в контрольной группе ($4,8 \pm 1,4$ %). В половине случаев показанием к оперативному родоразрешению являлась острая гипоксия плода в первом периоде родов.

Существенно отличается уровень материнского травматизма в родах в исследуемых группах. В основной группе достоверно выше удельный вес разрывов шейки матки: $43,2 \pm 7,4$ (%), по сравнению с контрольной группой $24,1 \pm 4,9$ (%). Частота применения эпизиотомии в родах в основной группе на 10% выше.

Из данных, представленных в таблице 1 видно, что но-

Таблица 1. Характеристика новорожденных в родильном зале

Показатели	Основная группа (N=113)		Контрольная группа (N=226)	
	Абс. число	M±m	Абс. число	M±m
Оценка по Апгар на 1-ой минуте жизни				
- 5 баллов	20	17,7±3,9**	13	5,7±1,5
- 6 баллов	12	10,6±3,0	23	10,1±2,0
- 7 баллов	45	39,8±4,6	77	33,9±3,1
- 8 баллов	36	31,9±4,5**	113	50,2±3,2
Масса тела (г)				
- 2501 – 3000	17	15,0±3,5	23	10,1±1,9
- 3001 – 4000	84	74,4±6,2	178	78,9±6,8
- > 4000	12	10,6±2,8	25	11,0±2,1

ворожденные основной группы имеют более низкую оценку по шкале Апгар на первой минуте. В контрольной группе новорожденных с оценкой по Апгар 5 баллов на первой минуте было в 4 раза меньше, чем в основной группе. Оценку 8 баллов по Апгар на первой минуте в контрольной группе получило достоверно большее число новорожденных, чем в основной группе: 49,8±3,2% и 31,9±4,5% соответственно. При оценке газового состава пуповинной крови новорожденных патологический ацидоз (менее 7,25) регистрировался в основной группе в 1,5 раза чаще, чем в контроле (табл 2).

Как видно из таблицы 3, при первичном осмотре ново-

рожденного в родовом зале в основной группе достоверно чаще диагностировалась острая гипоксия новорожденных, чем в контрольной группе. Синдром дезадаптации в основной группе фигурировал в 2,2 раза чаще. По данным НСГ на 3-5 сутки в основной группе достоверно чаще диагностировалась церебральная ишемия 2 ст. (15,6±5,4%), по сравнению с контрольной группой (4,6±2,4%).

В основной группе после рождения в палате интенсивного наблюдения находилось 29,7±4,6% новорожденных, что достоверно больше, чем группе контроля – 20,4±2,6% (табл 4). Требовали реабилитации в детской клинике (в отделе-

Таблица 2. Показатели pH пуповинной крови новорожденных исследуемых групп

pH пуповинной крови новорожденных	Основная группа (N=32)		Контрольная группа (N=68)	
	Абс. число	M±m	Абс. число	M±m
Менее 7,25	20	34,3±9,0	55	22,1±5,1
7,25 и более	12	65,6±14,1	13	77,9±15,2

Примечание: * - достоверность различий между основной и контрольной группами ($p < 0,05$);

** - достоверность различий между основной и контрольной группами ($p < 0,01$)

Таблица 3. Диагноз новорожденных в родильном зале

Диагноз	Основная группа (N=113)		Контрольная группа (N=226)	
	Абс. число	M±m	Абс. число	M±m
Период адаптации	39	34,5±4,7**	111	49,3±3,2
Острая гипоксия	16	14,2±3,6*	19	8,4±1,8
Хроническая гипоксия	22	19,5±4,0	35	15,4±2,3
Сочетанная гипоксия	36	31,8±4,2	61	26,9±2,8

Примечание: * - достоверность различий между основной и контрольной группами ($p < 0,05$);

** - достоверность различий между основной и контрольной группами ($p < 0,01$)

Таблица 4. Необходимость реабилитации и интенсивного наблюдения новорожденных

Маршруты движения новорожденных	Основная группа (N=113)		Контрольная группа (N=226)	
	Абс. число	M±m	Абс. число	M±m
«Мать и Дитя»	79	69,0±4,6*	179	79,3±2,6
Палата интенсивного наблюдения	34	29,7±4,6*	47	20,4±2,6
Отделение ранней реабилитации новорожденных	37	32,7±4,7*	49	21,8±3,7

Примечание: * - достоверность различий между основной и контрольной группами ($p < 0,05$);

** - достоверность различий между основной и контрольной группами ($p < 0,01$);

ние ранней реабилитации новорожденных) 32,7±4,7% детей основной группы и в 1,5 раза меньше новорожденных контрольной группы (21,8±3,8%).

Таким образом, представленные выше данные демонстрируют возможное негативное влияние родоусиления на перинатальные исходы, материнский травматизм. Это го-

ворит о необходимости более взвешенного подхода к применению родоусиляющих смесей, а именно, только в случае осложненного течения родов в виде слабости родовой деятельности. Назначение родоусиления с целью профилактики слабости родовой деятельности или сокращения безводного промежутка является необоснованным. ■

Литература:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия как причина снижения качества родовспоможения. Материалы 6ого Российского форума «Мать и дитя». – М.: Меди Экспо, 2004; 183-184.
2. Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца. – М.: Эксмо, 2009; 288с.
3. Радзинский В.Е., Костин И.Н. Безопасное акушерство. Журн. акушерства и женских болезней. 2005; 54: 2: 95-98.
4. Савельева Г.М. Достижения и нерешенные вопросы перинатальной медицины. Российский вестник акушера-гинеколога. 2003; 2: 62-65.
5. Курцер М.А. Организационные аспекты снижения перинатальной заболеваемости и смертности. Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов. 1999; 4:42-45.
6. Gunn A., Edwards A.D. Pediatrics Perinatology Ed. P.D. Gluckman, M.A. Heyman-Arnold. – London, 1996; 443-447.
7. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. – М., 1997; 185с.
8. Савельева Г.М. Некоторые актуальные вопросы акушерства. Акушерство и гинекология. 2006; 3: 3-7