

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ИНДУКЦИИ РОДОВ

А.Х. КАРИМОВ, Д.А. УМАРОВА, Ш.И. УМАРОВА, З.И. МАДУМАРОВА

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

TUFGRUH INDUKSIJASI USULLARINING XAVFSIZLIGI VA SAMARADORLIGI

А.Х. КАРИМОВ, Д.А. УМАРОВА, Ш.И. УМАРОВА, З.И. МАДУМАРОВА

Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

EFFECIENCY AND SAFETY VARIOUS METHODS OF INDUCTION LABOUR

A.H. KARIMOV, D.A. UMAROVA, Sh.I. UMAROVA, Z.I. MADUMAROVA

Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

В современном акушерстве важное место отводится искусственному родовозбуждению. При беременности высокого риска акушеры вынуждены по определенным показаниям со стороны матери или плода возбуждать родовую деятельность, чаще всего досрочно, это индуцированные роды.

Основными причинами являются: внедрение новых технологий в диагностике фетоплацентарной недостаточности и возможность мониторингового наблюдения за состоянием внутриутробного плода; появление новых лекарственных препаратов, способных ускорить созревание внутриутробного плода; широкое распространение новых современных средств, способных ускорить подготовку организма беременной женщины к родам, а так же провести родовозбуждение и родостимуляцию.

Индукция родов - воздействие с целью искусственного инициирования сокращений матки, которые приводят к прогрессирующему и сглаживанию шейки матки и рождению плода. Индукция родов представляет собой активацию матки, с целью начала родовой деятельности, направленную на обеспечение рождения ребенка в определенный момент времени, когда находится вне матки более безопасно для его жизни, чем внутриутробно. Сюда относятся случаи, когда плодный пузырь цел, а также с преждевременным излитием околоплодных вод без родовой деятельности. Как и любое другое вмешательство, индукция родов может иметь нежелательные последствия. Индукция родов показана только в случаях, когда установлено, что потенциальная польза для плода или матери превышает возможный риск для здоровья в случае задержки родоразрешения. Возможность индукции родов следует рассматривать лишь в ситуациях, когда влагалитное родоразрешение предполагается наиболее адекватным способом рождения ребенка.

Созревание шейки матки обусловлено воздействием многих факторов. Посредниками в этом процессе являются простагландины E2 (PGE2) и F2 альфа (PGF2alpha). Экзогенное применение этих соединений стимулирует процесс созревания шейки матки. Эндогенный и экзогенный окситоцин является основным стимулятором схваток матки. Он также стимулирует выработку PGE2 и PGF2alpha.

Следует различать индукцию родов и усиление (стимуляцию) родовой деятельности: в обоих случаях используются похожие подходы, однако в первом случае целью является начало родовой деятельности, тогда как во втором – это усиление сокращений матки после их спонтанного начала. Индукция родов

может применяться: при отсутствии противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути, когда опасность пролонгирования беременности для здоровья матери и ребенка превышает опасность, связанную со стимуляцией родов.

Показаниями для индукции родовой деятельности являются:

- Переношенная беременность или беременность, имеющая тенденцию к переношенности (свыше 41 недели).
- Осложненная беременность, требующая родоразрешения (гестозы).
- Экстрагенитальные заболевания (заболевания почек, сахарный диабет, сердечно-сосудистые, тяжелые заболевания легких, гестационная или хроническая гипертензия), при которых пролонгирование беременности приведет к перинатальной и материнской заболеваемости и смертности.
- Преждевременное излитие околоплодных вод.
- Страдания внутриутробного плода (внутриутробная гипоксия плода, гипотрофия плода, значительная задержка внутриутробного развития плода, настораживающие данные о состоянии плода по КТГ) могут служить показаниями к индукции родовой деятельности.
- Антифосфолипидный синдром.
- Подозреваемый или установленный диагноз хориоамнионит.
- Гибель внутриутробного плода. Анэнцефалия и другие аномалии развития, несовместимые с жизнью.
- Резус-конфликтная беременность.

Противопоказания. Включают в себя любые противопоказания для родов через естественные родовые пути, как: полное предлежание плаценты, поперечное и косое положение плода, рубец на матке, рак шейки матки, активный генитальный герпес, многоплодная беременность, выраженные признаки гипоксии плода, узкий таз, нарушение целостности плодных оболочек, начавшиеся роды, повышенное внутриглазное давление и астма.

Методы индукции родов:

1. Ручное отделение амниотического пузыря от стенки матки. Во время этой процедуры врач акушер вводит палец в перчатке через шейку матки и отделяет амниотический мешок от матки. Вы можете после этого почувствовать спазмы или заметить кровянистые выделения.

Эта процедура обычно делается во время гинекологического осмотра в кабинете гинеколога, поскольку она не вызывает резкого начала родов. Отде-

ление пузыря призвано ускорить начало естественных родов.

2. Созревание шейки матки (дилатация). Врач применяет лекарство для смягчения и истончения шейки матки. Лекарство может быть в виде таблеток для приема внутрь, а может быть в виде геля или суппозиторий, которые вводятся во влагалище. Такие лекарства содержат простагландины, которые ускоряют созревание и раскрытие шейки матки.

Также часто используются стержни из ламинарий (морских водорослей), которые вводятся в шейку матки. Они впитывают влагу их окружающих тканей, из-за чего набухают и раскрывают шейку матки. Все процедуры по созреванию шейки матки проводятся только в больнице, а женщина и ребенок находятся под постоянным мониторингом.

3. Введение лекарств для стимуляции схваток. Чаще всего для этого используют «Окситоцин» гормон, отвечающий за начало схваток. Стимуляция окситоцином проводится только в роддоме. Окситоцин может вызвать очень сильные и болезненные схватки.

4. Вскрытие (прокол) плодного пузыря (амниотомия). Врач при помощи небольшого инструмента, делает прокол в амниотической оболочке, вследствие чего отходят околоплодные воды. Данная процедура, как правило, безболезненна. Проводится амниотомия только тогда, когда голова ребенка опустилась довольно низко, а шейка матки истончилась и частично раскрылась. Врач обязательно должен исследовать околоплодные воды на наличие в них мекония (первого кала ребенка). После амниотомии сердцебиение плода должно непрерывно контролироваться.

Индукция родов может занять от нескольких часов до 2 – 3 дней. Промежутку времени зависит от реакции организма на стимуляцию. При недостаточной зрелости родовых путей предварительно в течение нескольких дней проводят подготовку родовых путей различными методами — эстрогены, простагландины E1 и E2, антигестагены, Р-адреномиметики, свечи с гиалуронидазой, ламинарии и методы физического воздействия (электроакупунктура, лазерная акупунктура). Причем в некоторых случаях средства, вызывающие ускоренное созревание шейки матки, могут способствовать развитию регулярной родовой деятельности. Если после достижения эффекта созревания шейки матки спонтанная родовая деятельность не началась, проводят собственно индукцию родов с использованием обведения оболочек, амниотомии, подведения простагландинов, окситоцина. Указанные методы могут применяться изолированно или в различных сочетаниях.

Мнение исследователей относительно эффективности амниотомии, неоднозначно. Одни считают ее эффективным и безопасным методом индукции родов, редко сопровождающимся осложнениями со стороны матери и плода В то же время, другие отмечают увеличение риска развития аномалий сократительной деятельности матки, инфицирования, и, соответственно рост абдоминального родоразрешения при использовании амниотомии. Из фармакологических средств родовозбуждения наиболее изучен окситоцин. Хотя этот препарат «работает» преимущественно в активной фазе родов, при зрелой шейке

матке он может быть эффективным и безопасным для матери и плода средством индукции родов. Однако ряд исследователей связывают с его применением частые неблагоприятные перинатальные исходы. Простагландин F2a, как и окситоцин, более эффективен при уже развившейся родовой деятельности. Тем не менее, его использование, особенно в сочетании с окситоцином, достаточно широко распространено. Методика совместного введения половинных доз этих препаратов позволяет добиться эффективной сократительной деятельности матки на фоне редуцированного побочного действия обоих препаратов на мать и плод, что даже в этом случае неблагоприятное действие окситоцина на плод достаточно велико, что проявляется развитием у него стресса.

Одним из наиболее противоречивых в акушерской практике считается вопрос о возможности использования синтетического аналога простагландина E1 -мизопростол. Отсутствие отрицательного влияния препарата на течение интра- и постнатальной адаптации показано в ряде работ. Однако в случае развития дискоординированной или гиперактивной родовой деятельности может происходить ухудшение состояния плода в родах. Неоднозначно мнение исследователей о течении послеродового периода. Имеются работы, свидетельствующие о возрастании частоты гнойно-септических заболеваний у пациенток после проведения амниотомии и длительной выжидательной тактики без использования утеротоников. До настоящего времени открытым остается вопрос о скорости послеродовой инволюции матки и ее особенностях при родовозбуждении.

Таким образом, проблема проведения индуцированных родов, а также эффективности и безопасности использования различных методов индукции родов требует проведения дальнейших исследований с учетом состояния беременной и ее внутриутробного плода.

Литература:

1. Атласов В.О., Куликова Н.А., Ярославский В.К. Использование антигестагенов для индукции родов. Съезд акушеров-гинекологов России, 4-й: Материалы. М 2008;13—14.
2. Подготовка беременных к родам. Метод. пособие. Под ред. Э.К. Айламазяна. Ст-Петербург: Изд-во Н-Л 2007;36.
3. Edwards M.S. Mifepristone: cervical ripening and induction of labor. Clin Obstet Gynecol 1996;39:2:469—473
4. Neilson J.P. Mifepristone for induction of labor. Cochrane Database Syst Rev 2000;4 CD 002865.
5. Weng L., Jiao L., Tang X. Histological study of uterine cervix during termination of early pregnancy by mifepristone and prostaglandins. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi 1995;30:9:522—525.
6. Зефирова Т.П., Мальцева Л.И. Опыт применения мифепри-стона для подготовки шейки матки и индукции родов. Рос-сийский форум «Мать и дитя», 9-й: Материалы. М: МИК 2007;84—85.
7. Stenlund P.M., Ekman G. et al. Induction of labor with mifepristone — a randomized, double-blind study versus placebo. Acta Obstet Gynecol Scand 1999;78:9:793—798.