

УДК 618.5-085/-089.888.11-078

Эркинова Наима Гайрат қизи

Юлдашева Азадахон Сабировна

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Андижанский государственный медицинский институт

ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ИНДУКЦИИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Резюме: Неблагоприятные влияние на здоровье матери и плода и ее новорожденного могут оказывать осложнения беременности (гестоз, фетоплацентарная недостаточность, иммунологический конфликт по резусу- фактору, перенашивание), экстрагенитальные заболевания женщины. В связи с этим для обеспечения безопасного материнства, рождение живого, здорового ребенка нередко приходится решать вопрос о необходимости до срочного родоразрешения.

Ключевые слова: индукция родов, мизопростол, амниотомия окситоцин

Erkinova Naima Gayrat kizi

Yuldasheva Azadakhon Sabirovna

Department of Obstetrics and Gynecology No. 2

Andijan State Medical Institute

EVALUATION OF VARIOUS INDUCTION METHODS IN OBSTETRIC PRACTICE

Resume: Pregnancy complications (gestosis, fetoplacental insufficiency, immunological conflict over the Rh factor, overexposure), extragenital diseases of a woman can have an adverse effect on the health of the mother and fetus and her newborn. In this regard, in order to ensure safe motherhood, the birth of a living, healthy child often has to be resolved before an urgent delivery.

Keywords: labor induction, misoprostol, amniotomy, oxytocin

Актуальность. Современная демографическая ситуация в США, характерными чертами которой является снижение рождаемости на фоне увеличения смертности, неудовлетворительные показатели здоровья женщин, растущие показатели акушерской патологии и неблагоприятных перинатальных исходов во многом определяют необходимость проведения мероприятий, направленных на поиск новых эффективных методов профилактики материнских и перинатальных осложнений[2].

Одно из основных направлений решения этой проблемы - разработка оптимальной тактики ведения родов, являющихся наиболее ответственным этапом реализации репродуктивной функции[5]. В частности, плановое досрочное родоразрешение представляется логичным и целесообразным методом профилактики патологического течения родового акта[4]. Индукция родовой деятельности в последние годы стала явлением обычным, число программируемых заранее родов неуклонно растет и составляет, по данным различных авторов, от 4% в России до 18% и более в США[7].

Показаниями для их проведения могут быть акушерские осложнения и экстрагенитальные заболевания: перенашивание беременности, гестозы, макро-сомия плода, преждевременное излитие околоплодных вод, плацентарная недостаточность, иммунологический конфликт между матерью и плодом, заболевания сердечно-сосудистой системы матери, сахарный диабет.

Индукцированные роды сегодня представляются одним из потенциальных путей для снижения частоты кесарева сечения, особенно при субкомпенсированных формах плацентарной недостаточности. В то же время, не все исследователи согласны с этой точкой зрения, считая оптимальным методом родоразрешения при внутриутробном страдании плода — кесарево сечение.

Положительными моментами индуцированных родов можно считать психологический настрой женщины на роды, ее уверенность в оказании квалифицированной помощи[1]. Присутствие на родах определенного заранее круга лиц, мониторинг в родах, возможность быстрого взаимодействия с другими службами в дневное время позволяют снизить риск перинатальных потерь и акушерских осложнений.

Нельзя, однако, не отметить определенной агрессивности современного акушерства, проявляющегося не всегда обоснованным активным вмешательством в естественный ход беременности и родов.

Течение индуцированных родов, их пусковые механизмы должны быть максимально приближены к спонтанным. Но многие аспекты развития родовой деятельности, к сожалению, до настоящего времени остаются не до конца изученными[6].

При наличии показаний для досрочного родоразрешения путем индукции необходимо, прежде всего, убедиться в отсутствии противопоказаний для проведения родов через естественные родовые пути (неполноценный рубец на матке, аномалии прикрепления плаценты, неправильное положение плода и т.д.). Учитывая решающее значение в исходе родов антенатального состояния компенсаторных механизмов плода, необходимо тщательно оценить их накануне родовозбуждения.

Второе важное условие — собственно согласие пациентки на проведение вмешательства. Третье, которое скорее является не условием для родовозбуждения, а скорее определяет его методику, — готовность организма к родам. Используемые традиционно и внедряемые в последнее время критерии (цитология мазка из влагалища, ультразвуковые критерии зрелости плода, плаценты, контрактильные тесты) не всегда оказываются информативными[5].

Таким образом, проблема проведения индуцированных родов, а также эффективности и безопасности использования различных методов

индукции родов является актуальной, требует проведения дальнейших исследований с учетом состояния беременной и ее внутриутробного плода.

Цель исследования. Определение эффективности различных методов родовозбуждения и влияния индукции родов на акушерские и перинатальные исходы.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной задачи, мы отобрали для обследования в общей сложности 75 женщин в послеродовом периоде, проживающих в нашем регионе, и изучили особенности протекания у них беременности и родов

Результаты исследования. Исходы индуцированных родов, несмотря на то, что они проводятся у беременных с высоким риском акушерских и перинатальных осложнений, сопоставимы со спонтанно развившимися. Показаниями для родовозбуждения наиболее часто являются фетоплацентарная недостаточность (58,2%) и длительно текущий гестоз (14,2%).

При зрелых родовых путях наиболее эффективным и безопасным методом индукции родов является амниотомия: родовая деятельность развивается быстро, редко встречаются акушерские осложнения, отсутствует отрицательное влияние индукции на плод и новорожденного, частота абдоминального родоразрешения составляет 4,5%.

При незрелых родовых путях, особенно при крупных размерах плода, родо-возбуждение в 1/3 случаев бывает неэффективно, что требует более тщательного подхода к определению возможности проведения индукции родов у этих беременных. Использование простагландинов F_{2a} при незрелых родовых путях, независимо от паритета родов малоэффективно, в 41% случаев сопровождается развитием осложнений родового акта, требующих проведения экстренного кесарева сечения.

Особенностями индуцированных родов по сравнению со спонтанно начавшимися являются:

- более высокая частота стремительных родов у первородящих при проведении родовозбуждения путем амниотомии при зрелой шейке матки;
- уменьшение частоты первичной слабости родовой деятельности с увеличением вторичной гипофункции при индукции мизопростолом;
- удлинение продолжительности безводного промежутка при амниотомии, использовании простагландинов Pg F2a и их сочетании с окситоцином, не сопровождающееся увеличением частоты послеродовых гнойно-септических осложнений.

Течение пуэрперия и послеродовая инволюция матки, независимо от метода индукции, не имеет каких-либо особенностей по сравнению со спонтанными родами.

Интранатальная и постнатальная адаптация плода при проведении индуцированных родов различными методами принципиально не отличается от таковой при спонтанных родах.

Вывод. Определено, что при плацентарной недостаточности, за исключением декомпенсированных форм, индуцированные роды не оказывают отрицательного влияния на течение интранатальной и ранней постнатальной адаптации плода и новорожденного. Предпочтительным методом родовозбуждения у этих пациенток при зрелых родовых путях является амниотомия.

Показано, что проведение родовозбуждения при недостаточно зрелых родовых путях хотя и не ухудшает перинатальных исходов, однако характеризуется низкой эффективностью, независимо от способа индукции.

Выявлена необходимость тщательного контроля за сократительной деятельностью матки с целью проведения дополнительных мероприятий по ее коррекции при индукции родов на зрелых родовых путях в связи с высоким риском развития быстрых и стремительных родов.

Использование кардиотокографического контроля на протяжении всего периода индуцированных родов позволяет своевременно выявить декомпенсацию плацентарных нарушений и закончить роды абдоминальным путем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Александров Р.И. Современные организационные технологии в условиях перинатального центра. // Матер. 5-го Рос. научн. форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2003».- М.: «Авиаиздат», 2003. - С. 15-16.
2. Бондаренко К.В. Программированные роды — резерв снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2007. - 23 с.
3. Подтетнев А.Д. Прогнозирование, профилактика и лечение слабости и дискоординации родовой деятельности): Автореф. дис. . док. мед. наук. -М., 2003.- 44 с.
4. Радзинский В.Е., Костин И.Н. Акушерская агрессия как причина снижения качества родовспоможения // Вестник РУДН. 2005. - №4 (32). - С.9 -12.
5. Baskett T.F., Allen V.M., O'Connell C.M. et al. Predictors of respiratory depression at birth in the term infant // BJOG. 2006. - V.113, №7. - P.769-774.
6. Urban L., Lemancewicz A. The Doppler cerebroplacental ratios and perinatal outcome in post-term pregnancy // Gynecol. Pol. 2000. - V.71, №4. - P.317-321.
7. Verrotti C., Bedocchi L., Piantelli G. et al. Amniotic fluid index versus largest vertical pocket in the prediction of perinatal outcome in post-term pregnancies // Acta Biomed. 2004. - V.75 Suppl 1. - P.67-70.