

Особенности методов родоразрешения у рожениц с маловодием

Л.И. Алиева, Э.М. Алиева, А.Д. Исмаилова, Т.Н. Ахмедова

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

Цель исследования: изучение частоты встречаемости различных акушерских осложнений, сопровождающихся маловодием, и определение особенностей методов родоразрешения у данного контингента рожениц.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 100 историй родов беременных и рожениц с маловодием. Установлено, что в 54% случаев причиной маловодия был преждевременный разрыв плодных оболочек, в 10% – задержка внутриутробного развития плода, в 19% – мертвый плод, в 8% – пороки внутриутробного развития плода, в 9% – преэклампсия средней тяжести и тяжелая преэклампсия. Частота спонтанных родов у рожениц с маловодием составила 51%, индуцированных родов – 12%. У 37% была проведена операция кесарева сечения.

Результаты. Исследование спонтанных родов (n=51) позволило установить, что у 47% отмечались очень ранние преждевременные роды, у 41,1% – ранние преждевременные роды, у 11,8% – собственно ранние преждевременные роды. Изучение индуцированных родов (n=12) позволило выявить, что показаниями к родовозбуждению были мертвый плод (n=9) и пороки внутриутробного развития плода (n=3). В 83,3% случаев родовозбуждение проводили в 22–28 нед, в 16% – в 29–31 нед.

Заключение. У беременных и рожениц с маловодием частота кесарева сечения составила 37%. Наиболее частыми показаниями к оперативному родоразрешению были мертвый плод, рубец на матке – 100%, тяжелая преэклампсия – 18,2%, преждевременный разрыв плодных оболочек – 13,2%, ягодичное предлежание и острая гипоксия плода – 12,1%. Установлено, что маловодие у беременных и рожениц является фактором высокого риска развития преждевременных родов.

Ключевые слова: маловодие, мертвый плод, пороки внутриутробного развития плода, преждевременный разрыв плодных оболочек, преждевременные роды.

Маловодие – одно из эхографических проявлений плацентарной и фетоплацентарной недостаточности, отражающее состояние внутриутробного развития плода.

Известно, что маловодие является проявлением наличия инфекционно-воспалительных и гинекологических заболеваний у матери, нарушения обменных процессов, включая ожирение, обострения инфекционно-воспалительных заболеваний и перенесения острых заболеваний в динамике беременности [1, 8, 9].

По данным научных исследований, причиной маловодия могут быть три группы факторов:

- материнские;
- маточно-плацентарные;
- плодные.

К материнским факторам относятся:

- наличие у матери внебрачной беременности, низкого социально-экономического положения и вредных привычек, включая табакокурение и употребление наркотических препаратов;
- снижение индекса массы тела менее 20 кг/м²;
- недостаточность в питании меди и аскорбиновой кислоты;

- наличие хронических инфекционных заболеваний, анемии;

- длительное применение стероидных гормональных препаратов;

- наличие выкидышей и преждевременных родов в анамнезе [2, 3, 6].

К маточно-плацентарным факторам относятся: аномалии внутриутробного развития матки; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; истмико-цервикальная недостаточность; проведение конизации шейки матки до беременности; многоводие, первичная плацентарная недостаточность, хориоамнионит, большое количество влагалищных исследований в родах [4, 7, 9].

К плодным факторам, вызывающим маловодие, относятся: многоплодие, задержка внутриутробного развития плода, врожденные пороки развития плода [3, 5].

По данным литературы, беременных с маловодием условно подразделяют на две группы:

- с маловодием (олигогидрамнион) средней тяжести и индексом амниотической жидкости (ИАЖ) 5–10 см, наблюдаемым при преждевременных родах (ПР) и задержке внутриутробного развития плода (ЗВУР);

- с тяжелым маловодием и ИАЖ <5 см, которое наиболее часто определяется при пороках внутриутробного развития плода и мекониальных водах.

Установлено, что при тяжелом маловодии частота ЗВУР плода составляет 100%, ПР – 33,3%, кесарева сечения – 33,3% [8, 9].

Маловодие средней тяжести определяется в 75% случаев. Установлено, что частота ПР при маловодии средней тяжести составляет 16,6%, абдоминального родоразрешения – 25%. Одним из проявлений маловодия является преждевременный разрыв плодных оболочек, частота которого колеблется от 10% до 50% [2, 3, 7]. Частота ПР при преждевременном разрыве плодных оболочек (ПРПО) составляет 26%, частота своевременных родов колеблется в пределах 30,5% [2, 5, 6].

По данным литературы, частота перинатальной смертности при ПРПО составляет 15–20%, частота перинатальной заболеваемости – 21,4% [1, 3, 7].

Следует отметить наличие ограниченных научных сведений об особенностях течения беременности, способов родоразрешения, исходов родов для матери, плода и новорожденного у беременных и рожениц с маловодием.

Учитывая актуальность данной проблемы, определена цель данного научного исследования.

Цель исследования: изучение частоты встречаемости различных акушерских осложнений, сопровождающихся маловодием, и определение особенностей методов родоразрешения у данного контингента рожениц.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исходя из цели исследования, проведен ретроспективный анализ 100 историй родов беременных с маловодием, родоразрешившихся в родильном отделении 1-й клиничес-

А К У Ш Е Р С Т В О



Рис. 1. Частота встречаемости спонтанных родов у беременных и рожениц с маловодием

кой больницы Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики.

По данным ретроспективного исследования, средний возраст рожениц с маловодием составил $26,9 \pm 0,61$ (19–45) года. Среди беременных и рожениц с маловодием 45 (45%) были первобеременные, 55 (55%) – повторнобеременные. Исследование исходов беременности у повторнобеременных выявило, что у 20 (36,4%) женщин в анамнезе были две беременности, у 8 (14,5%) – три беременности, у 27 (49,1%) – три и более беременностей.

Изучение исходов предыдущих беременностей позволило установить, что у 53 (50%) женщин предыдущие беременности завершились родами, у 32 (30,2%) был проведен искусственный аборт, у 16 (15,1%) – случился спонтанный выкидыш, у 3 (2,8%) – выявлено неразвивающуюся беременность, у 2 (1,9%) – трубную беременность.

Таким образом, у 50% беременных с маловодием предыдущие беременности завершились родами, включая проведение операции кесарева сечения. У 30,2% в анамнезе были искусственные аборты.

При данной беременности масса тела рожениц составила $65,82 \pm 1,03$ (49–105) кг, рост – $159,78 \pm 0,57$ (148–179) см.

Полученные в результате ретроспективного исследования показатели были подвергнуты статистической обработке с применением программы «Statgraph», предназначенной для обработки параметрических и непараметрических методов расчета средних значений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования была изучена частота различных вероятных причин развития маловодия.



Рис. 2. Частота индуцированных родов в различные сроки гестации у беременных и рожениц с маловодием

Данные причины условно были подразделены на следующие подгруппы:

- преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) – 54% (n=54);
- задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР) вследствие фетоплацентарной недостаточности – 10% (n=10);
- наличие мертвого плода – 19% (n=19);
- пороки внутриутробного развития плода – 8% (n=8);
- преэклампсия средней тяжести и тяжелая преэклампсия – 9% (n=9).

Исследование методов родоразрешения у 100 больных с маловодием констатировало у 51 (51%) женщины наличие спонтанных родов, у 12 (12%) рожениц – индуцированные роды. У 37 (37%) больных была проведена операция кесарева сечения.

Результаты изучения сроков беременности, в которых произошли спонтанные роды, представлены на рис. 1.

Показания и частота оперативного родоразрешения у беременных и рожениц с маловодием

Показания	Абс. число	%
<i>Проведение кесарева сечения в экстренном порядке, n=33</i>		
Острая гипоксия плода	3	9,1
Тяжелая преэклампсия	6	18,2
ПРПО, бесплодие, слабость родовой деятельности	2	6,1
Рубец на матке, ПРПО	5	15,2
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	3	9,1
ПРПО, поперечное положение плода	4	12,1
Предлежание плаценты	1	3
ПРПО, ягодичное предлежание, острая гипоксия плода	4	12,1
Состояние после перенесенной операции на сердце, ПРПО	2	6,1
Рубец на матке, эпилепсия	2	6,1
Беременность после ЭКО; ПРПО	1	3
<i>Показания к проведению планового кесарева сечения, n=4</i>		
Мертвый плод, рубец на матке	4	100

Как видно из данных рис. 1, у беременных и рожениц с маловодием отмечалась высокая частота очень ранних (47%) и ранних преждевременных (41,1%) родов.

Длительность спонтанных преждевременных родов составила $6,49 \pm 0,38$ (3,15–9,15) ч, первого периода – $6,21 \pm 0,35$ (2–9) ч, второго периода – $25,5 \pm 1,9$ (10–40) мин, третьего периода – $6,3 \pm 0,59$ (3–10) мин.

Частота индуцированных родов у беременных и рожениц с маловодием составила 12%. В результате проведенного исследования были определены сроки гестации и показания к родовозбуждению.

Частота и показания к родовозбуждению у беременных и рожениц с маловодием представлены на рис. 2.

Как видно из данных рис. 2, у беременных с маловодием отмечалась высокая частота индуцированных родов (83,3%) в 22–28 нед беременности. Показанием к индуцированию были мертвый плод ($n=9$) – 75% и пороки внутриутробного развития плода ($n=3$) – 25%.

Таким образом, у беременных с маловодием показаниями к индуцированию родов были в 75% случаев мертвый плод, в 25% – пороки развития плода. В 83,3% случаев индукцию родов проводили в 22–28 нед беременности.

Исследование методов индуцирования родов позволило установить, что у 8 (66,7%) рожениц с маловодием родовозбуждение проводили простагландином E_1 мизопростолом. Препарат вводили в задний свод влагалища через каждые 3 ч по 100 мг не более 3 раз.

У 4 (33,3%) беременных подготовку родовых путей проводили простагландином $F_{2\alpha}$ динопростом по 5 мг (1 мл) капельным введением на 500 мл физиологического раствора, начиная с 6–8 капель в 1 мин. При подготовке родовых путей (сглаживание шейки матки) проводили раннюю амниотомию. Общая

длительность индуцированных родов составила $6,39 \pm 1,15$ (5,0–11,3) ч, длительность первого периода – $5,5 \pm 1,89$ (4,0–8,15) ч, длительность второго периода – $20,0 \pm 5,9$ (10,0–35,0) мин, третьего периода – $7,5 \pm 3,2$ (5–15) мин.

При проведении ретроспективного исследования установлено, что у 37 беременных и рожениц с маловодием была проведена операция кесарева сечения. При этом у 33 (89,2%) кесарево сечение проводили в экстренном порядке. У 4 (10,8%) кесарево сечение было проведено в плановом порядке.

Показания и частота проведения кесарева сечения представлены в таблице.

Как видно из таблицы, отмечается высокая частота кесарева сечения у рожениц с тяжелой преэклампсией (18,2%), с рубцом на матке и ПРПО (15,2%), поперечным положением плода и ПРПО (12,1%), ПРПО, ягодичным предлежанием, острой гипоксией плода (12,1%). Показанием к проведению кесарева сечения в плановом порядке был рубец на матке и мертвый плод.

ВЫВОДЫ

Таким образом, по данным ретроспективного исследования, причиной маловодия при беременности и родах были преждевременный разрыв плодных оболочек – у 54%, мертвый плод – у 19%, задержка внутриутробного развития плода – у 10%, тяжелая преэклампсия – у 9%, пороки внутриутробного развития плода – у 8% рожениц. Наиболее часто маловодие диагностировали в 22–28 нед беременности (42%) и в 29–33 нед беременности (46%). У 51% беременных и рожениц с маловодием отмечались спонтанные роды, у 12% – индуцированные роды. У 30% была проведена операция кесарева сечения. Было установлено, что беременные и роженицы с маловодием являются фактором высокого риска развития преждевременных родов.

Особливості методів розродження у породіль із маловоддям

Л.І. Алієва, Е.М. Алієва, А.Д. Ісмайлова, Т.Н. Ахмедова

Мета дослідження: вивчення частоти виникнення різних акушерських ускладнень, що супроводжуються маловоддям, і визначення особливостей методів розродження у даного контингенту породіль.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 100 історій пологів вагітних і породіль із маловоддям. Встановлено, що в 54% випадків причиною маловоддя був передчасний розрив плодових оболонок, в 10% – затримка внутрішньоутробного розвитку плода, в 19% – мертвий плід, в 8% – вади внутрішньоутробного розвитку плода, в 9% – преєклампсія середньої тяжкості і тяжка преєклампсія. Частота спонтанних пологів у породіль із маловоддям становила 51%, індукованих пологів – 12%. У 37% була проведена операція кесарева розтину.

Результати. Дослідження спонтанних пологів ($n=51$) дозволило встановити, що у 47% відзначалися дуже ранні передчасні пологи, у 41,1% – ранні передчасні пологи, у 11,8% – власне ранні передчасні пологи.

Вивчення індукованих пологів ($n=12$) дозволило виявити, що показаннями до пологостимуляції були мертвий плід ($n=9$) і вади внутрішньоутробного розвитку плода ($n=3$). У 83,3% випадків пологозбудження проводили в 22–28 тиж, в 16% – в 29–31 тиж.

Заключення. У вагітних і породіль із маловоддям частота кесарева розтину становила 37%. Найбільш частими показаннями до оперативного розродження були мертвий плід, рубець на матці – 100%, важка преєклампсія – 18,2%, передчасний розрив плодових оболонок – 13,2%, сідничне предлежання і гостра гіпоксія плода – 12,1%. Установлено, що маловоддя у вагітних та породіль є фактором високого ризику розвитку передчасних пологів.

Ключові слова: маловоддя, мертвий плід, вади внутрішньоутробного розвитку плода, передчасний розрив плодових оболонок, передчасні пологи.

Specificities of delivery methods of pregnant with oligohydramnios

L.I. Aliyeva, E.M. Aliyeva, A.D. Ismaylova, T.N. Akhmedova

The objective: to study the rate of different obstetric pathologies followed by oligohydramnios, and to determinate the specificities of delivery methods in pregnant with oligohydramnios.

Materials and methods. There was done the retrospective analysis of 100 birth histories of pregnant with oligohydramnios. It was confirmed, that the cause for oligohydramnios in 54% of cases was premature rupture of membranes (PROM), in 10% of cases intrauterine growth restriction (IUGR), dead fetus – in 19%, congenital abnormalities of the fetus in 8% and moderate and severe preeclampsia in 9% cases.

The rate of the spontaneous labor was 57%; 12% of labors was induced and 37% ended by cesarean section.

Results. The study showed that spontaneous labor ($n=51$) resulted in 47% of cases with very early labor, 41,1% of cases with early premature labor, and 11,8% with premature labor.

In case of induced labor ($n=12$), the main indication for labor induction were dead fetus ($n=9$), and congenital abnormalities of the fetus ($n=3$). In 83,3% of cases induction of the labor was performed in 22-28, in 16% of cases in 29-31 weeks of gestation.

Conclusion. The rate of cesarean delivery in pregnant with oligohydramnios was 37%. The main indications for cesarean birth were: dead fetus, uterine scar – 100%, severe preeclampsia – 18,2%, PROM – 13,2%, and breach presentation and acute hypoxia in 12,1% of cases. So, pregnant with oligohydramnios are in risk group for premature birth.

Key words: oligohydramnios, dead fetus, premature rupture of membranes, congenital abnormalities of the fetus, premature birth.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баев О.Р., Васильченко О.Н., Кан Н.Е. Преждевременный разрыв плодных оболочек (преждевременное излитие вод): клинические рекомендации // Ж. Акуш. и гинекол. – 2013. – № 9. – С. 123–130.
2. Дмитриенко К.В. Родоразрешение женщин с преждевременным излитием околоплодных вод при доношенной беременности с учетом параметров воспалительного ответа: Дисс. ... к.м.н. – Барнаул, 2014. – 123 с.
3. Исенова С.Ш., Адамзатова А.Б., Амиртаев Ш.М. Мониторинг внутриутробного состояния плода при дородовом разрыве плодных оболочек (ДРПО) // Вестник КазНМУ. – 2014. – № 4. – С. 1–6.
4. Bornstein J., Ohel G., Sorokin Y., Reape K.Z., Shnaider O. Effectiveness of a novel home-based testing device for the detection of rupture of membranes // Am.J.Perinatol. – 2009. – Vol. 26, № 1. – P. 45–50.
5. Cobo T., Palacio M., Martinez-Terron M., Navarro-Sastre A., Bosch J. Clinical and inflammatory markers in amniotic fluid as predictors of adverse outcomes in preterm premature rupture of membranes // Am.J.Obstet. Gynecol. – 2011. – Vol. 205, № 2. – P. 126–132.
6. Lee S.M., Park K.H., Jung E.Y., Jang J.A., Yoo Ha-Na. Frequency and clinical significance of chort cervix in patients with preterm premature rupture of membranes // PLOS ONE. – 2017. – № 30. – P. 1–13.
7. Mahmoud M.R., Hamela F., Mouhamed M.M., Kamel M.M. Placental Alpha Microglobulin-1 Detection in Cervico-vaginal Secretions in the Diagnosis of Preterm Premature Rupture of The Membranes // Eur.Int. J.Science Technology. – 2015. – Vol. 4, № 5. – P. 21–31.
8. Mishra S., Joshi M. Premature Rupture of Membrane-Risk Factors: A Clinical Study // Int.J.Contemporary Medical Research. – 2017. – Vol. 4, № 1. – P. 77–83.
9. Pasquier J.C., Doret M.D. Fetal membranes: embryological development, structure and the physiopathology of the preterm premature rupture of membranes // Am. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). – 2008. – Vol. 37, № 6. – P. 579–588.

Статья поступила в редакцию 06.11.17

ДО УВАГИ АВТОРІВ! АЛГОРИТМ РЕЄСТРАЦІЇ ORCID

Open Researcher and Contributor ID (ORCID) – міжнародний ідентифікатор науковця

Створення єдиного реєстру науковців та дослідників на міжнародному рівні є найбільш прогресивною та своєчасною ініціативою світового наукового товариства. Ця ініціатива була реалізована через створення в 2012 році проекту Open Researcher and Contributor ID (ORCID). ORCID - це реєстр унікальних ідентифікаторів вчених та дослідників, авторів наукових праць та наукових організацій, який забезпечує ефективний зв'язок між науковцями та результатами їхньої дослідницької діяльності, вирішуючи при цьому проблему отримання повної і достовірної інформації про особу вченого в науковій комунікації.

Для того щоб зареєструватися в ORCID через посилання <https://orcid.org/> необхідно зайти у розділ «For researchers» і там натиснути на посилання «Register for an ORCID iD».

У реєстраційній формі послідовно заповнюються обов'язкові поля: «First name», «Last name», «E-mail», «Re-enter E-mail», «Password2 (Пароль)», «Confirm password».

У перше поле вводиться ім'я, яке надане при народженні, по-батькові не вводиться. **Персональна** електронна адреса вводиться двічі для підтвердження. Вона буде використовуватися як Login або ім'я користувача. Якщо раніше вже була використана електронна адреса, яка пропонується для реєстрації, з'явиться попередження червоного кольору. **Не можна створювати нового профілю з тією самою електронною адресою.** Пароль повинен мати не менше 8 знаків, при цьому містити як цифри, так і літери або символи. Пароль, який визначається словами «Good» або «Strong», приймається системою.

Нижче визначається «Default privacy for new works», тобто налаштування конфіденційності або доступності до

персональних даних, серед яких «Public», «Limited», «Private».

Далі визначається частота повідомлень, які надсилає ORCID на персональну електронну адресу, а саме – новини або події, які можуть представляти інтерес, зміни в обліковому записі, тощо: «Daily summery», «Weekly summery», «Quarterly summery», «Never». Необхідно поставити позначку в полі «I'm not a robot» (Я не робот).

Останньою дією процесу реєстрації є узгодження з політикою конфіденційності та умовами користування. Для реєстрації необхідно прийняти умови використання, натиснувши на позначку «I consent to the privacy policy and conditions of use, including public access and use of all my data that are marked Public».

Заповнивши поля реєстраційної форми, необхідно натиснути кнопку «Register», після цього відкривається сторінка профілю учасника в ORCID з особистим ідентифікатором ORCID ID. Номер ідентифікатора ORCID знаходиться у лівій панелі під ім'ям учасника ORCID.

Структура ідентифікатора ORCID являє собою номер з 16 цифр. Ідентифікатор ORCID – це URL, тому запис виглядає як <http://orcid.org/xxxx-xxxx-xxxxxxx>.

Наприклад: <http://orcid.org/0000-0001-7855-1679>.

Інформацію про ідентифікатор ORCID необхідно додавати при подачі публікацій, документів на гранти і в інших науково-дослідницьких процесах, вносити його в різні пошукові системи, наукометричні бази даних та соціальні мережі.

Подальша робота в ORCID полягає у заповненні персонального профілю згідно із інформацією, яку необхідно надавати.