

НЕГАТИВНАЯ ИНДУКЦИЯ РОДОВ

А. А. Аскеров, З. А. Матибраимова, Т. К. Айдаралиева, А. С. Давлетова, К. А. Аскерова
Клинический родильный дом №1, Бишкек, Кыргызская Республика

Ключевые слова: индукция родов, шкала Бишоп, мизопропростол, окситоцин.

Таянч сўзлар: tug'ruq induktsiyasi, Bishop shkalasi, mizoprostol, oxytocin.

Key words: labor induction, Bishop score, misoprostol, oxytocin.

Индукция родов – это стимуляция сокращений матки до начала самопроизвольных родов для достижения деторождения через естественные родовые пути. Индукция родов может выполняться по медицинским показаниям (например, при преэклампсии или по состоянию плода) или избирательно при перенашивании (плановые роды). При этом постоянная в\в инфузия окситоцина является самым распространенным, относительно безопасным и эффективным методом. Однако проблема зрелости шейки матки и обоснованности применения индукции родов всегда оспоримы. Научные взгляды тоже разные, например в одном рандомизированном исследовании сравнивали четыре метода индукции: монотерапия мизопропростолом, монотерапия по Фолею, одновременное введение мизопростола и Фолея в шейку матки, и одновременное введение по Фолею окситоцина.

NEGATIV TUG'RUQ INDUKTSIYASI

A. A. Askerov, Z. A. Matibraimova, T. K. Aidaraliev, A. S. Davletova, K. A. Askerova

1-sonli klinik tug'ruqxona, Bishkek, Qirg'iziston Respublikasi

Tug'ruq induktsiyasi - tabiiy tug'ruq kanali orqali tug'ruqga erishish uchun o'z-o'zidan tug'ruq boshlanishidan oldin bachadon qisqarishini rag'batlantirish. Tug'ruqni qo'zg'atish tibbiy sabablarga ko'ra (masalan, preeklampsi yoki homila holati uchun) yoki selektiv ravishda tug'ruqdan keyingi davrda (rejalashtirilgan tug'ruq) amalga oshirilishi mumkin. Shu bilan birga, oxytocinni doimiy ravishda tomir ichiga yuborish eng keng tarqalgan, nisbatan xavfsiz va samarali usuldir. Biroq, bachadon bo'yni etukligi muammosi va tug'ruq induktsiyasidan foydalanishning asosiligi har doim bahsga sabab bo'lib kelgan. Ilmiy qarashlar ham bir-biridan farq qiladi, masalan, bitta randomizatsiyalangan sinov induktsiyaning to'rtta usulini taqqosladi: mizoprostol monoterapiyasi, Foley monoterapiyasi, mizoprostol va Foleyni bachadon bo'yni ichiga bir vaqtda yuborish va foliy-oxytocinni bir vaqtda yuborish.

NEGATIV INDUKTION OF LABOR

A. A. Askerov, Z. A. Matibraimova, T. K. Aidaraliev, A. S. Davletova, K. A. Askerova

Clinical maternity hospital No. 1, Bishkek, Kyrgyz Republic

Induction of labor is the stimulation of uterine contractions prior to the onset of spontaneous labor to achieve childbirth through the natural birth canal. Induction of labor can be performed for medical reasons (for example, with preeclampsia or for the condition of the fetus) or selectively for postmaturity (planned delivery). At the same time, continuous intravenous infusion of oxytocin is the most common, relatively safe and effective method. However, the problem of cervical maturity and the validity of the use of induction of labor is always contested. Scientific views also differ, for example, one randomized trial compared four methods of induction: misoprostol monotherapy, Foley monotherapy, simultaneous administration of misoprostol and Foley into the cervix, and simultaneous administration by Foley-oxytocin.

Введение. Индукция родов – это стимуляция сокращений матки до начала самопроизвольных родов для достижения деторождения через естественные родовые пути. Индукция родов может выполняться по медицинским показаниям (например, при преэклампсии или по состоянию плода) или избирательно при перенашивании (плановые роды). При этом постоянная в\в инфузия окситоцина является самым распространенным, относительно безопасным и эффективным методом. Были включены женщины, которым проводилась индукция родов с доношенной (37 недель гестации или более), одноплодной беременностью с головным предлежанием, без противопоказаний к вагинальным родам, неповрежденными плодными оболочками, 6 баллами по шкале Бишоп или менее и раскрытием шейки матки 2 см или менее [1]. Другая научная работа включала женщин с гестационным возрастом 37 недель и более, раскрытием шейки матки 2 см или менее, интактными плодными оболочками и показаниями к родовозбуждению. Группы исследования включали либо 100 мкг перорального мизопростола после трансцервикального введения груши Фолея, либо 100 мкг пе-

рорального приема только мизопростол. Первичным исходом были вагинальные роды с первой попытки индукции. Вторичные исходы включали время до родов, клинический хориоамнионит (температура матери 38°C или выше во время родов с болезненностью дна матки или без нее, без другой установленной причины), показания к кесареву сечению и неблагоприятные исходы. С 1 января 2018 г. по 13 мая 2019 г. 1117 женщин (34 кластера) получали пероральный прием мизопростол плюс Фоли и 1110 женщин (34 кластера) — только пероральный мизопростол. Демографические характеристики были схожими. Роды через естественные родовые пути при первой индукции произошли в 78 % случаев в группе мизопростол плюс Фоли и в 77 % в группе мизопростол (относительный риск [ОР] 1,00; 95% ДИ 0,96–1,05; скорректированный относительный риск [сОР] 1,00; 95% ДИ 0,95–1,05). Клинический хориоамнионит развился в 18 % случаев, получавших мизопростол плюс Фоли, и у 14% пациенток, получавших мизопростол (ОР 1,30; 95% ДИ 1,07–1,58; ОР 1,30; 95% ДИ 1,08–1,56). Различий в неонатальных исходах не было. Индукция родов у беременных женщин в срок с неповрежденными плодными оболочками с помощью перорального приема мизопростол плюс луковица Фолея не привела к более высокой частоте родов через естественные родовые пути, но привела к большему количеству клинических проявлений хориоамнионита по сравнению с применением только перорального мизопростол [2,3].

Методы. Данное исследование проводилось ретроспективно контролируемо на основе аудита медицинских карт по истории родов и истории новорожденных в родильных отделениях национальной, 2 областных, 1 городской и 1 районной больницы за более годовой интервал 2021г. В целях сохранения конфиденциальности родильные отделения пронумерованы и кодированы по А,В,С,Д,Е. Для анализа было отобрано всего 273 случаев индукции родов (А-80 случаев, В-66 случаев, С-55 случаев, Д-40 случаев, Е-32 случая). Важными критериями оценки были сроки гестации, условие и показание индукции родов, методы индукции родов, частота гиперстимуляции матки и дистресса плода, риски кесарево сечения и неудачной индукции родов, частота и длительность лечения новорожденных в отделении реанимации, риски геморрагических и септических осложнений.

Результаты. Из 273 случаев у 219 (80,2%) женщин индукция родов проводилась в доношенном сроке, у 19,8% (54) женщин в недоношенном сроке беременности (табл. 1).

Как видно из таблицы, во всех родильных отделениях отобранных больниц предпочтение было жидкому мизопростолу для индукции родов, чем механическим методам. Хотя практика в других местах и ситуациях показывает больше превалирование механических методов, чем химических методик с неконтролируемыми отклонениями. За весь период существования национального клинического руководства по индукции родов (2017-2022 гг) не была проведена оценка ближайших и отдаленных результатов индуцированных родов жидким оральным мизопростол. Отмечались эпизоды разрыва матки с гистерэктомией или летальным исходом из-за гиперстимуляции матки и массивного кровотечения. Некоторые случаи были анализированы через конфиденциальное расследование материнской смертности и аудит критических случаев. Однако не были предприняты эффективные ответные меры на национальном уровне и на уровне организаций здравоохранения. Также в течение 2 лет был пилотный проект по перинатальному аудиту в 6 пилотных больницах, с

Таблица 1.

Аудит мед.карт по методам индукции родов

п	Количество случаев индукции для аудита – доношенных\недоношенных	Количество индук\преинд жидким мизопростол в дон\недон.сроке	Количество с индукцией Фолеем	Количество смешанных методов – Мизопростол\Фолея
А	61\19 или 76,2%\23,8%	57\18	-	-
В	53\13 или 80,3%\19,7%	49\12	-	-
С	45\10 или 81,8%\18,2%	41\9	-	-
Д	31\9 или 77,5%\22,5%	28\7	-	-
Е	29\3 или 90,6%\9,4%	20\1	-	-

оценкой более 260 случаев перинатальной смертности у новорожденных с массой более 2500 граммов. Аудит указал в 40% случаях причину смертности среди младенцев более 2500 граммов индукцию родов жидким мизопростолом.

Анализ показаний и условий проведения индукции родов показал следующие особенности среди пациенток: при отсутствии повсеместно адекватной системы раннего УЗИ во время 1 триместра беременности неправильно подсчитываются достоверные сроки гестации и дата родов; часто устанавливается гипердиагностика преэклампсии с несоблюдением критериев и рекомендаций; в большинстве случаев недостоверная оценка степени зрелости шейки матки с риском неудачной преиндукции жидким мизопростолом; при отсутствии адекватной практики КТГ мониторинга состояния плода были случаи дистресса плода и увеличения риска экстренного кесарева сечения (в группе А – 4 случая или 7,01%, в группе В – 5 случаев или 10,2%). Не достаточно были информативны во многих случаях медкарты по истории родов и по истории развития новорожденного для оценки ближайших результатов индукции родов жидким мизопростолом (табл. 2).

Таблица 2.

Punctum maximum боли в животе при клинической форме лямблиоза.

п	Количество индук\ пре-инд жидким мизопростолом	Количество случаев с низкой оценкой шкалы по Апгар	Количество случаев с длительным лечением в условиях РИТ и УЗИ признаками ВЖК кровоизлияния	Количество переведенных или поступивших новорожденных на 2 этап выхаживания	Максимальный и минимальные продолжительности родов, скорость раскрытия шейки матки
А	57	5	2	21	Макс-11ч.30м, мин-1ч.20, макс.скорость РШМ-8,3см\ч
В	49	6	3	19	Макс-10ч.20м, мин-1ч.10, макс.скорость РШМ-9,1см\ч
С	41	4	2	15	Макс-12ч.30м, мин-0ч50м, макс.скорость РШМ-11,1см\ч
Д	28	3	1	11	Макс-9ч.00м, мин-2ч.00, макс.скорость РШМ-5см\ч
Е	20	2	-	6	Макс-8ч.30м, мин-1ч.40, макс.скорость РШМ-7,1см\ч

Как видно из таблицы, адекватная оценка по шкале Апгар рожденных младенцев после индукции жидким мизопростолом была не надлежащем уровне, только в 8,7% в группе А, 12,2% в группе В, 9,7% в группе С. Во многих случаях оценка по шкале Апгар была формальной на 7\8 баллов и реже 5\7 баллов. Это еще больше указывает на слабую причинно-следственную связь между критерием оценки и интранатальным фактором как химическая индукция родов. Конечно есть много вмешивающих факторов по УЗИ верификации ВЖК у новорожденного, однако при условии обеспечения доступности и качества исследования можно прогнозировать еще большую вероятность положительных результатов (верифицировано только в 4,1% случаях). По УЗИ данным находили в полости желудочков

гиперэхогенные, неправильной формы, с включениями образование, например справа 24,9x5,6 мм, слева 18,9x5,7 мм. Методика пре- и индукции жидким мизопростолом сопровождалась обязательным вагинальным исследованием каждые 6 часов. Не проводились качественные научные исследования по оценке риска гиперстимуляции матки, дистресса плода, кесарево сечения, хориоамнионита или сепсиса, родовых травм для плода, других после родовых осложнений при индукции родов жидким мизопростолом. Ускорение родов вплоть до стремительной скорости раскрытия шейки матки по общей продолжительности отмечались при индукции жидким мизопростолом (больница А - макс-11ч.30м, мин-1ч.20, макс.скорость РШМ-8,3 см\ч; больница В - макс-10ч.20м, мин-1ч.10, макс.скорость РШМ-9,1 см\ч; больница С - макс-12ч.30 м, мин-0ч50м, макс.скорость РШМ-11,1 см\ч; больница Д - макс-9ч.00м, мин-2ч.00, макс.скорость РШМ-5см\ч; больница Е - макс-8ч.30м, мин-1ч.40, макс.скорость РШМ-7,1 см\ч). Может были еще другие случаи с ранней неонатальной смертностью из-за таких ятрогенных факторов, которые не оценивались. Однако в данном исследовании 72 (36,9%) новорожденных нуждались в длительном интенсивном уходе, т.е. каждый третий младенец после химической индукции родов имел не краткосрочные транзиторные нарушения, а существенную перинатальную патологию ЦНС.

Заключение. Таким образом, индукция родов должна проводиться только с согласия женщины и в том случае, если польза перевешивает риск. При этом гестационный возраст должен быть точно определен, предпочтительно подтвержден ультразвуковым исследованием в первом триместре беременности. Беременные проходящие процедуру индукцию родов, не должны оставаться без постоянного мониторинга. Для более благополучного исхода родов при индукции родов необходима зрелость шейки матки 8 баллов по шкале Бишопа и механические методы, чем химический мизопростол.

Использованная литература:

1. Адхикари Э.Х., Нельсон Д.Б., Макинтайр Д.Д., Левено К.Дж. Луковица Фолея добавлена к протоколу индукции перорального приема мизопростола: кластерное рандомизированное исследование. // Акушерство Гинекол.2020, ноябрь.
2. Гомес Х.Б., Хоффман М.К., Каплан Р., Русталлер К., Янг М.Х.Х., Шишионе А.С. Трансбуккальный и вагинальный мизопростол в сочетании с катетером Фолея для созревания шейки матки в срок (исследование BEGIN): рандомизированное контролируемое исследование. // Am J Obstet Gynecol. 2021 май.
3. Levine LD, Downes KL, Elovitz MA, et al: Mechanical and pharmacologic methods of labor induction: A randomized controlled trial. Obstet Gynecol 128 (6):1357–1364, 2016.