

УДК 618.554 – 616-053.34

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ
ПРИ КОНСЕРВАТИВНО-ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ И АКТИВНОЙ ТАКТИКЕ У РОЖЕНИЦ
С ДОРОДОВЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД**

А.Д. Джумалиева, Г.В. Долгая, А.С. Турдиева, Т.А. Сарымсакова

Приводится анализ исходов родов с дородовым излитием околоплодных вод. Дана сравнительная оценка различных тактик ведения родов на основании состояния новорожденных.

Ключевые слова: роды; тактика родоразрешения; новорожденный; дородовое излитие околоплодных вод.

**ASSESSMENT OF THE STATUS OF NEWBORNS WITH CONSERVATIVE WAIT
AND SEE AND ACTIVE TACTICS OF PARTURIENT WOMEN
WITH ANTENATAL RUPTURE OF AMNIOTIC FLUID**

A.D. Dzhumaliev, G.V. Dolgaya, A.S. Turdieva, T.A. Sarymsakova

It is provided the analysis of outcomes at delivery antenatal rupture of amniotic fluid. It is given the comparative appraisal of different tactics of delivery on the basis of the state of newborns.

Key words: labor; tactics delivery; newborn; prenatal pouring out of amniotic fluid.

Частота родов с дородовым излитием околоплодных вод, по данным авторов В.В. Абрамченко (1997, 2006) и Е.А. Чернухи (1999), составляет 10–20 %, а по данным зарубежных авторов – колеблется от 3 до 19 % [1–3]. Тактика ведения беременности при дородовом излитии околоплодных вод может быть консервативно-выжидательной или активной. При этом недостатком консервативной тактики многие авторы ближнего зарубежья считают повышенную опасность развития хориоамнионита во время беременности и эндометрита в послеродовом периоде, а также гнойно-септических заболеваний у новорожденных [4–10].

При решении вопроса о необходимости родо-возбуждения у женщин с дородовым излитием околоплодных вод предлагают активную тактику, а при наличии акушерской патологии либо отсутствии эффекта от проведенных медикаментозных вмешательств методом выбора становится кесарево сечение, не считая при этом повышенного риска для матери. Однако некоторые зарубежные авторы указывают на высокий риск неврологических поражений у детей, рожденных в течение 24 и менее часов при оперативном родоразрешении по сравнению с детьми, рожденными после спонтанных родов [3, 11].

Цель нашего исследования – изучение особенностей течения беременности и родов при дородовом излитии околоплодных вод в доношенном сроке гестации на основании сравнительной характеристики перинатальных исходов при различных методах ведения.

Для решения поставленной цели исследования нами проведен сравнительный анализ перинатальных исходов при активном и консервативном методах ведения родов с дородовым излитием околоплодных вод.

Ретроспективный анализ течения беременности и родов был проведен по 936 историям родов за последние 10 лет. Критериями отбора женщин являлись: срок гестации 37–42 недели, головное предлежание, одноплодность, живой плод массой тела более 25 и менее 90 центилей для данного гестационного возраста. Из исследования были исключены женщины с преждевременными и ранними родами, тазовым предлежанием плода, роды с мертвым плодом и многоплодные роды.

Течение раннего неонатального периода новорожденных оценивали по шкале Апгар в баллах. Масса новорожденных при активном ведении родов в среднем составила $3205 \pm 210,4$ г, а при кон-

сервативном ведении – $3175 \pm 225,7$ г, рост $50,4 \pm 0,7$ см и $50,0 \pm 0,4$ см, пандераловый индекс 2,50 и 2,54 соответственно. Большинство младенцев обеих групп имели более 25 и менее 90 центилей (99,8 и 99,2 % соответственно).

При активном методе ведения родов статистически и клинически значимо часто рождаются дети в асфиксии различной степени, так как *exp*, ОШ и RR больше 1 и находятся в 95%-ном доверительном интервале. При этом степень обусловленности высокая ($RR \geq 2$). Сравнительная оценка новорожденных в зависимости от метода ведения родов показала, что значимо часто новорожденные находились в РИТ при активном ведении родов, так как *exp*, RR, ОШ больше 1 и степень доверия более 95 %. Определена высокая степень обусловленности ($RR \geq 2$). Достоверно чаще дети находятся на втором этапе выхаживания при активном методе ведения родов, так как *exp*, RR, ОШ больше 1 и ДИ в 95%-ном интервале. Доказана почти полная степень обусловленности ($RR \geq 5$).

В отделении реанимации и интенсивной терапии находились новорожденные с различными нарушениями мозгового кровообращения.

Таблица 1 – Состояние новорожденных в РИТ при активной и выжидательной тактике

Диагноз	Тактика			
	активная		выжидательная	
	абс. ч.	отн.	абс. ч.	отн.
НМК 1-й степени	8	57,1	4	57,1
НМК 2-й степени	2	14,3	2	28,6
НМК 3-й степени, в том числе отек головного мозга	2	14,3	-	-
ВУИ	2	14,3	1	14,3
Всего	14	100	7	100

Как видно из таблицы 1, достоверно больше новорожденных находилось в отделении реанимации и интенсивной терапии из группы с активной тактикой – 12,3 %, чем из группы с выжидательной тактикой – 6,2 % ($p < 0,001$). При этом количество новорожденных с нарушением мозгового кровообращения 1-й степени и внутриутробной инфекцией в обеих группах было идентично. Нарушение мозгового кровообращения 2-й степени достоверно чаще было в группе с выжидательной тактикой (28,6 %) по сравнению с группой активной тактики (14,3 %) ($p < 0,001$). При активной тактике двое новорожденных (14,3 %) поступили в отделение РИТ с нарушением мозгового кровообращения 3-й степени и отеком головного мозга.

Сравнительный анализ причинно-следственной связи нарушения мозгового кровообращения показал, что значимо часто дети рождаются с нарушением мозгового кровообращения различной степени при активном методе родоразрешения, так как *exp*, RR, ОШ более 1 и степень доверия интервале на 95 %. По степени обусловленности установлена высокая оценка ($RR \geq 2$). Таким образом, мета-анализ доверительного интервала перинатального исхода в сравнительном аспекте показал, что статистически и клинически значимо чаще перинатальная патология была при активном ведении беременности и родов в доношенном сроке гестации с дородовым излитием околоплодных вод, чем при консервативном ведении.

Легкая и тяжелая степени асфиксии достоверно чаще были в группе активной тактики, а отсутствие признаков асфиксии было достоверно чаще при выжидательной тактике ($p < 0,001$). Достоверно чаще требовались условия реанимации и интенсивной терапии в группе активного ведения ($p < 0,001$). В группе с выжидательной тактикой количество младенцев, переведенных на 2-й этап выхаживания, было достоверно меньше и выписанных домой достоверно больше, чем в группе с активной тактикой.

Таким образом, ретроспективное изучение диагностических критериев родов с преждевременным излитием околоплодных вод дало возможность получить реальные представления о течении заболевания, проспективное и когортное исследование – оценить клиническую эффективность оптимизации ведения родов. Консервативное ведение родов с дородовым излитием околоплодных вод способствует снижению акушерских осложнений в родах и послеродовом периоде, а также снижает уровень перинатальной заболеваемости.

При определении причинно-следственных связей основных перинатальных исходов от метода ведения родов у женщин с дородовым излитием околоплодных вод установлено, что при выжидательной тактике статистически и клинически значимо часто рождаются дети в удовлетворительном состоянии, реже с нарушением мозгового кровообращения, так как *exp*, отношение шансов и относительный риск более 1 (95 % ДИ) и высокая степень обусловленности ($RR > 2$).

Литература

1. Абрамченко В.В. Активное ведение родов / В.В. Абрамченко. СПб., 1999. 534 с.
2. Кулаков В.И. Пути снижения материнской смертности, обусловленной акушерскими кровотечениями / В.И. Кулаков, В.Н. Серов, А.М. Абуба

- кирова и др. // *Акушерство и гинекология*. 2001. № 1. С. 3–4.
3. *Ратнер А.Ю.* Неврология новорожденных / А.Ю. Ратнер. 1995. С. 3–19.
 4. *Савельева Г.М.* Роль интранатальной охраны плода в улучшении перинатальных исходов / Г.М. Савельева, М.А. Курцер, Р.И. Шалина // *Акушерство и гинекология*. 2008. № 5. С. 3–8.
 5. *Серов В.Н.* Проблемы перинатального акушерства / В.Н. Серов // *Акушерство и гинекология*. 2010. № 6. С. 3–5.
 6. *Стрижаков А.Н.* Выбор оптимального метода родоразрешения в снижении перинатальных потерь / А.Н. Стрижаков, О.Р. Баев, М.В. Рыбин и др. // *Акушерство и гинекология*. 2000. № 5. С. 12–17.
 7. *Шабалов Н.П.* Асфиксия новорожденных / Н.П. Шабалов, В.А. Любименко, А.Б. Пальчик и др. М.: МЕДпресс-информ, 2006. С. 3–5.
 8. *Шехтман М.М.* Экстрагенитальная патология и беременность / М.М. Шехтман. М., 2009. С. 123–147.
 9. *Чернуха Е.А.* Кесарево сечение – настоящее и будущее / Е.А. Чернуха // *Акушерство и гинекология*. 1997. № 5. С. 22–28.
 10. *Crowley P., Hannah M.E., Hofmeyer G.J., Elbourn D.R.* Pregnancy. 2005. P. 4445.
 11. *Spinillo A., Capuzzo E., Colouza L. et al.* Factors associated with abruptio placentae in preterm deliveries // *Acta Obstet. Gynecol. Scand*. 2008. V. 73. P. 307–312.