

МЕТОДЫ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Ю. А. Шатилова, Н. А. Жаркин, Е. П. Шевцова, Ю.В. Булавская

Кафедра акушерства и гинекологии ВолгГМУ

За последние десятилетия изменился взгляд современного акушерства на проблемы родовспоможения. В связи с этим для достижения улучшения здоровья матери и ребенка разрабатываются рациональные клинические протоколы ведения пациенток с различной акушерской и перинатальной патологией. В этом направлении преждевременное излитие околоплодных вод представляет собой сложную акушерскую проблему, многие аспекты которой в значительной степени остаются неразрешенными в связи с отсутствием единого мнения относительно тактики ведения родов [2, 4].

Согласно данным современной литературы частота преждевременного излития околоплодных вод при доношенном сроке беременности составляет 2,7–19 % и не имеет тенденции к снижению [6, 10, 11].

Тактика ведения беременности и родов доношенного срока при преждевременном излитии околоплодных вод по-прежнему является дискуссионной. Наиболее распространенным является мнение о необходимости родовозбуждения через несколько часов после излития околоплодных вод с целью предотвращения длительно безводного промежутка в связи с повышением риска восходящей инфекции при нарастании безводного промежутка.

Данный подход не всегда является оптимальным, особенно на фоне отсутствия биологической готовности к родам, так как часто приводит к аномалиям родовой деятельности, гипо- и атоническим кровотечениям, высоким показателям травматизма мягких тканей родовых путей, нарушениям маточно-плацентарного кровообращения и развитию гипоксии плода [4, 5, 11].

Для эффективного начала и дальнейшего прогрессирования нормальной родовой деятельности одним из важных условий является наличие зрелой шейки матки, что отражает готовность организма матери и плода к родам. В связи с чем, остается актуальной проблема подготовки родовых путей у беременных на фоне преждевременного излития вод и отсут-

ствия биологической готовности организма к родам, несмотря на наличие эффективных антибактериальных препаратов, применяемых для профилактики гнойно-септических осложнений, и мощных по действию на матку и ее шейку препаратов: с середины 60-х годов XX века – окситоцин, с 70-х – простагландины, с 80-х – антипрогестагены, ламинарии и др.

Выбор препаратов для подготовки шейки матки к родам при преждевременном излитии вод представляет серьезную проблему. Она осложняется еще и тем, что возможно токсическое влияние используемых средств на организм плода.

При незрелой шейке матки для прединдукционной подготовки наиболее часто используют:

- локальные аппликации (интрацервикально или в задний свод влагалища) простагландина E₂;
- интрацервикальное введение дилапана, ламинарий или катетера Фолея;
- простагландин E₁;
- агонист прогестероновых рецепторов мифепристон.

Механические методы, такие как натуральные ламинарии, катетер Фолея, синтетические гигроскопические расширители типа дилапана были разработаны ранее других средств. При использовании этих способов подготовка шейки матки к родам происходит не только благодаря механическому воздействию (расширение цервикального канала), но и вследствие активации синтеза простагландинов при раздражении шейки матки.

Преимущества механических способов перед фармакологическими методами состоит в низкой стоимости, меньшем числе побочных эффектов. Несмотря на то, что механические методы позволяют расширить шейку матки до 3–4 см, высока вероятность дополнительного применения окситоцина для усиления родовой деятельности.

При преждевременном излитии околоплодных вод механические методы подготовки шейки матки используются только при отсутствии клинических проявлений кольпита и длитель-

ности безводного промежутка, не превышающего 12 часов [13].

Среди отрицательных моментов использования механических дилататоров можно указать о высокой вероятности развития восходящей инфекции.

Медикаментозные методы подготовки шейки матки к родам включают: применение аналогов простагландина E_1 (мизопростол), простагландина E_2 (динопростон), антигестагена (мифепристон).

Ряд авторов предлагает с целью подготовки шейки матки применять простагландины группы E_2 (препидил-гель, простенон-гель), которые способствуют созреванию шейки матки, стимулируя синтез коллагеназы, разрушающей цервикальный коллаген, что клинически выглядит как размягчение шейки матки. Простагландины индуцируют развитие сокращений миометрия, являясь пусковым моментом для начала родов. Однако применение этих препаратов противопоказано при нарушении целостности плодного пузыря и при некоторых хронических заболеваниях, а также сопряжено с рядом серьезных осложнений, таких как гиперстимуляция матки, тетанические сокращения матки, тошнота, рвота, диарея, индивидуальная непереносимость препарата, острая гипоксия плода.

Аналог простагландина E_1 (мизопростол, «Сайтотек», «Миролют») в Российской Федерации не лицензирован к применению для родовозбуждения, поскольку это сильнодействующее вещество невозможно дозировать с удовлетворительной точностью, а увеличение начальной дозы препарата свыше 25 мг повышает риск развития гипертонической дисфункции матки и ее разрыва. Отсутствуют достоверные данные о безопасности вагинального применения мизопростола [12].

Причем следует отметить, что естественные простагландины групп E и F, естественный гипоталамо-гипофизарный гормон окситоцин взаимодействуют и регулируются множеством других биологически активных веществ и гормонов в организме беременной и плода. То есть синтетические простагландины, антигестагены и окситоцин не могут вызывать роды и схватки, соответствующие физиологическим (нормальным) родам и схваткам, так как эти синтетические препараты не являются копиями натуральных простагландинов и окситоци-

на. Эти препараты вызывают искусственный, патологический родовой процесс, при котором меняются нормальные показатели кровообращения матки в родах со всеми вытекающими от этого последствиями, в первую очередь, для плода (гипоксия, нарушение кровообращения, повреждение ЦНС) [7].

В последние годы активно изучают и внедряют в практику препараты группы антипрогестагенов (Мифепристон) [5]. Препарат используют для ускорения созревания шейки матки, индукции родовой деятельности. Применение мифепристона для подготовки организма к родам и родовозбуждения патогенетически обосновано. Формирование биологической готовности шейки матки к родам происходит при конкурентном взаимодействии прогестерона с антигестагеном, экспрессии гена коллагеназы, высвобождении коллагеназы и некоторых желатиназ в эндометрии. При незрелой и недостаточно зрелой шейке матки и преждевременном излитии вод рекомендуется приступить к ее подготовке с помощью мифепристона в дозе 200 мг. При отсутствии полного созревания шейки матки в течение 6 ч вводится повторная доза 200 мг. Перед повторным назначением мифепристона необходимо провести контрольное КТГ исследование [3]. Однако применение этого препарата сопровождается увеличением частоты окрашивания околоплодных вод меконием, развитием гиперстимуляции матки и снижением частоты сердечных сокращений плода.

Необходимо отметить, что в большинстве случаев индуцирование родов с искусственной (простагландинами, антипрогестагенами, ламинариями и др.) подготовкой шейки матки приводит к стремительным и быстрым родам, с силовым преодолением родовых путей, со «штурмовыми» характеристиками прохождения предлежащей части плода по родовому каналу, глубокими разрывами шейки матки [7, 13].

В связи с этим, в современной медицинской литературе четко прослеживается тенденция к поиску максимально безопасных методов лечения беременных и родильниц при акушерской осложнениях. Сложность проблемы эффективного и безопасного лечения беременных, нарастание тяжести ятрогенных последствий диктуют необходимость максимального

использования всего накопленного в медицине опыта, и, в частности, тех ее направлений, которые еще до недавнего времени считались нетрадиционными или альтернативными, а теперь все чаще рассматриваются как комбинированные. С этой точки зрения представляется очень перспективным широкое исследование эффективности гомеопатических препаратов, как безопасных в силу самих базисных принципов гомеопатии.

Гомеопатические препараты за счет содержания в них действующих веществ растительного, животного, минерального происхождения не обладают эмбриотоксическим, тератогенным или другим отрицательным действием на развивающийся плод. Научно обоснованно применение гомеопатического метода в акушерстве для терапии угрожающего выкидыша в первом триместре беременности, прерыванию беременности в поздних сроках и профилактики аномалий родовой деятельности, а также для обезболивания родов [7].

Безопасность применения гомеопатических средств доказана во многих исследованиях [8].

С целью оптимизации активно-выжидательной тактики ведения беременности и родов мы использовали гомеопатическое средство *Cimicifuga racemosa* (*Actea racemosa*) на основе клопогона кистевидного, семейства лютиковых. *Cimicifuga racemosa* применяется в акушерско-гинекологической практике для ослабления симптомов предменструального синдрома, неблагоприятных проявлений в менопаузе. *Cimicifuga racemosa* снимает мышечную боль и предотвращает гиперстимуляцию матки.

Основными действующими веществами препаратов корневищ *Actaea racemosa* являются актеин и его производные (особенно 26-дезоксиктеин), а также производные кофейной кислоты. *Cimicifuga racemosa* обладает мягким эстрогеноподобным действием на эстрогеновые рецепторы матки, повышая их чувствительность к эндогенному окситоцину, содержит вещества, связывающиеся с серотониновыми рецепторами [8].

Cimicifuga racemosa нами использовалось для ускорения начала спонтанной родовой деятельности с помощью минимального терапевтического воздействия, не обладающего повреждающим действием на мать и плод, но в тоже время, поддерживающее природные механизмы начала родовой деятельности.

У беременных с преждевременным излитием околоплодных вод на фоне симпатикотонии (белый кожный дермографизм) и «незрелой» шейки матки, т. е. отсутствием биологической готовности организма к родам, назначали *Cimicifuga racemosa* по схеме 7 гранул под язык трижды через 30 мин, затем через 1 час.

В случае начавшейся, но не полной предродовой перестройки вегетативной нервной системы (кожный дермографизм переходный, шейка матки «созревающая») схема назначения *Cimicifuga racemosa* была по 7 гранул под язык через 1 час дважды или трижды.

В случае завершенной вегетативной перестройки и «зрелой» шейки матки на фоне преждевременного излития вод мы однократно назначали по 7 гранул *Cimicifuga racemosa* под язык с профилактической целью.

Проведенное исследование показало эффективность применения гомеопатических препаратов в акушерстве. Анализ клинического течения родов у 98 беременных с преждевременным излитием вод показал, что применение *Cimicifuga racemosa* позволяет оптимизировать спонтанную родовую деятельность, снизить в 2,5 раза процент аномалий сократительной деятельности матки, в 3 раза частоту применения утеротоников, в 1,5 раза гипоксию плода в родах и, как следствие, уменьшение в 2 раза частоты оперативного родоразрешения и родового травматизма и улучшение перинатальных исходов.

Таким образом, гомеопатическое средство *Cimicifuga racemosa* может применяться у беременных с преждевременным излитием околоплодных вод на фоне отсутствия биологической готовности к родам с целью ускорения созревания шейки матки и оптимизации наступления родовой деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Э. К. Айламазяна и др. // – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с.
2. Алеев И. А. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Информационное письмо / Под ред. В. Е. Радзинского, И. М. Ордынец. – М.: Медиабюро Status Praesens, 2011. – 20 с.

3. Баев О. Р. и др. Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение. Клинический протокол // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 4 (2). – С. 14–23.
4. Болотских В. М. Новые подходы к ведению беременности и родов, осложненных преждевременным излитием вод при доношенном сроке // Матер. Всерос. науч.-практич. семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». – М.: Медиабюро Status Praesens, 2010. – С. 32.
5. Болотских В. М. Современные методы ведения беременности и родов осложненных преждевременным излитием околоплодных вод при доношенном сроке // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – Т. 60, № 2. – С. 30–41.
6. Джумалиева А. Д. Оптимизация ведения родов при дородовом излитии околоплодных вод: дис. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2006. – 159 с.
7. Кравченко Е. Н. Родовая травма. Акушерские и перинатальные аспекты. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 143 с.
8. Линде В. А. Комплементарное направление в лечении некоторых форм акушерской патологии: дис. ... д-ра. мед. наук. – СПб., 1998. – 350 с.
9. Методические рекомендации №137/98, утверждены МЗ РФ 02.10.1998 // Разработанные сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Московского медицинского стоматологического института, под руководством проф. И. Б. Манухина.
10. Максимович О. Н. Разрыв плодного пузыря до начала родовой деятельности (особенности течения беременности, родов, исходы для новорожденных): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2007. – 22 с.
11. Нурсейтова Л. А. Оптимизация ведения родов при преждевременном излитии околоплодных вод: дис. ... канд. мед. наук. – Алма-Ата, 2007. – 149 с.
12. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. – М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2011. – 688 с.
13. Третьякова М. В. Механические методы подготовки шейки матки при доношенной беременности, осложненной преждевременным излитием околоплодных вод: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 27 с.
14. Энкин М., Кейрс М., Дж. Нейлсон и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка: Пер. с англ. / Под ред. А. В. Михайлова. – СПб.: Петрополис, 2003. – 480 с.

АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Н. А. Жаркин, Ю. В. Булавская, Е. П. Шевцова, Ю. А. Шатилова

Кафедра акушерства и гинекологии

Операция кесарева сечения (КС) является одним из самых распространенных хирургических вмешательств. По данным ВОЗ, ее выполнение по медицинским показаниям показано примерно при 10–15 % беременностей, однако реальная частота КС в большинстве стран уже значительно превысила этот показатель и продолжает расти быстрыми темпами.

В РФ, согласно официальным данным Минздрава России, ежегодно частота КС возрастает примерно на 1 % – с 1997 по 2006 г. она увеличилась с 10,1 до 18,4 % [6]. В 2007 и 2008 гг. частота КС составляла соответственно 192,7 и 197,1 на 1000 родов [7].

В последние годы достигнуты большие успехи в области хирургической техники и анестезии, позволившие значительно повысить безопасность КС, однако эта операция сопряже-

на с высоким риском и остается важной причиной материнской заболеваемости и смертности [9].

Такие инфекционные осложнения как эндометрит и раневая инфекция после абдоминального родоразрешения развиваются в 6–10 раз чаще, чем после самопроизвольных родов. Для предупреждения этих и других послеоперационных инфекционных осложнений большое значение имеет антибиотикопрофилактика [5].

Суть ее заключается в достижении необходимой концентрации антибиотика в тканях до момента возможной микробной контаминации и поддержании этого уровня в течение всей операции и нескольких часов после оперативного вмешательства. Другими словами – это профилактика возможной инфекции, а потому она всегда является «эмпирической».