

УДК 618.5

ОПЫТ ПРЕИНДУКЦИИ РОДОВ

Кологривко Екатерина Васильевна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар

Шаповалова Ольга Александровна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар

Лобач Светлана Васильевна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар

Цель: оценить эффективность методов преиндукции родов и их комбинации.

Материал и методы

За 2021 г. в отделении патологии беременности № 1 подготовку шейки матки к родам (с оценкой по шкале Бишопа от 3-х до 6 баллов) прошли всего 749 как первородящих, так и повторнородящих беременных, с головным предлежанием плода, в сроке гестации 37–41 + 6 нед, наличием показаний для преиндукции родов. В результате были выделены следующие группы пациенток: 1-я – подготовка шейки матки к родам препаратом мифепристон; 2-я – преиндукция механическим методом; 3-я – комбинированный метод (мифепристон + механическая подготовка).

Результаты

По итогам проведенного исследования выявлены частота самостоятельного развития регулярной родовой деятельности или индукция родов (вскрытие плодного пузыря – амниотомия), частота родов через естественные родовые пути или с помощью операции кесарева сечения у перво- и повторнородящих, основные показания для проведения преиндукции родов; оперативного родоразрешения у беременных и рожениц, прошедших преиндукцию, неонатальные исходы.

Выводы

По общим показателям преиндукцию родов можно считать эффективной с учетом того, что консервативно родоразрешено (самостоятельные роды + влагалищные оперативные) 529 (70,6 %) беременных. Наиболее часто применяемым и эффективным методом подготовки шейки матки к родам является медикаментозный (по сравнению с комбинированным и механическим методами). Более 60 % беременных получили две таблетки мифепристона. Прием одной таблетки мифепристона повышает частоту начала самостоятельных родов, по сравнению с приемом двух, когда возрастает число индуцированных родов. Самые низкие показатели частоты самостоятельного начала родовой деятельности

UDC 618.5

EXPERIENCE OF PRE-INDUCTION OF CHILDBIRTH

Kologrivko Ekaterina Vasilyevna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar

Shapovalova Olga Alexandrovna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar

Lobach Svetlana Vasilyevna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar

Aim of the study: Assessment of pre-induction labor methods and their combination effectiveness.

Material and methods

For 2021 in the Department of Pathology of Pregnancy No. 1 749 both primiparous and multiparous pregnant women with cephalic presentation of the fetus, at a gestational age of 37–41 + 6 weeks underwent preparation of the cervix for childbirth (with a Bishop score from 3 to 6 points). All of them had indications for preinduction of labor. As a result, the following groups of patients were selected: 1st - preparation of the cervix for childbirth with mifepristone; 2nd – preinduction by a mechanical method; 3rd – combined method (mifepristone + mechanical preparation).

Results

As a result of the study, the frequency of spontaneous development of regular labor or induction of labor (opening of the fetal bladder - amniotomy), the frequency of childbirth through the natural birth canal or by caesarean section in primiparous and multiparous, the main indications for pre-induction of labor; operative delivery in pregnant women and parturient women who have undergone pre-induction, neonatal outcomes were revealed.

Conclusions

In terms of general indicators, pre-induction of labor can be considered effective, because the fact that 529 (70,6 %) pregnant women were conservatively allowed delivering (self-delivery + vaginal surgery). The most commonly used and effective method of preparing the cervix for childbirth is medication (compared to combined and mechanical methods). More than 60 % of pregnant women received two tablets of mifepristone. Taking one tablet of mifepristone increases the incidence of spontaneous labor, compared with taking two when the number of induced labor increases. The lowest rates of spontaneous onset of labor were found in the third group of patients using the combined preinduction method.

выявлены в третьей группе пациенток при комбинированном методе преиндукции. Механический и комбинированный методы подтвердили сравнительно одинаковые показатели эффективности преиндукции родов. Большой результативностью характеризуется проведение преиндукции у повторнородящих: консервативно родоразрешены 63 % беременных, тогда как среди первородящих преиндукция родов завершалась консервативно в 35,5 % случаев.

Ключевые слова: ПРЕИНДУКЦИЯ, ИНДУКЦИЯ, САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ РОДЫ, КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ, МИФЕПРИСТОН, РОДОВОЗБУЖДЕНИЕ, СРОК ГЕСТАЦИИ, МЕХАНИЧЕСКИЙ И КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОДЫ

The mechanical and combined methods confirmed relatively similar indicators of the effectiveness of pre-induction of labor.

Preinduction in multiparous women is characterized by greater effectiveness: 63 % of pregnant women were delivered conservatively, while among primiparas, preinduction of labor was completed conservatively in 35,5 % of cases.

Key words: PRE-INDUCTION, INDUCTION, SELF-DELIVERY, CESAREAN SECTION, MIFEPRISTONE, LABOR EXCITATION, GESTATION PERIOD, MECHANICAL AND COMBINED METHODS

ВВЕДЕНИЕ

В практике Перинатального центра Краевой клинической больницы № 2 у пациенток основными показаниями к подготовке шейки матки к родам являются экстрагенитальная патология, преэклампсия, изосенсибилизация по резус-фактору или система АВ0, перенашивание беременности, предполагаемые крупные размеры плода.

В настоящее время используют как медикаментозные, так и механические методы преиндукции родов, а также их комбинацию.

В качестве фармакологического метода преиндукции родов применяли мифепристон. Этот антипрогестин повышает синтез простагландинов и чувствительность миометрия к простагландинам, что в определенной степени способствует началу родовой деятельности без применения дополнительных методов. Мифепристон включен в клинические рекомендации «Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение)» Минздрава России.

При подготовке пациенток к родам был применен цервикальный дилатационный катетер в качестве механического метода, имеющего два механизма действия:

- расширение шейки матки в результате контролируемого давления по всей длине;
- стимуляция продукции эндогенных простагландинов с деградацией коллагена.

В настоящее время применяют также комбинацию медикаментозного и механического методов преиндукции родов.

Цель исследования: оценить эффективность методов преиндукции родов и их комбинаций по следующим критериям:

- самостоятельное развитие регулярной родовой деятельности или индукция родов (вскрытие плодного пузыря – амниотомия);

- частота родов через естественные родовые пути или с помощью операции кесарева сечения у перво- и повторнородящих;
- основные показания для проведения преиндукции родов;
- показания для оперативного родоразрешения у беременных и рожениц, прошедших преиндукцию;
- неонатальные исходы.

Материал и методы

За 2021 г. в отделении патологии беременности № 1 749 перво- и повторнородящих беременных в сроке гестации 37–41 + 6 нед с головным предлежанием плода прошли подготовку шейки матки к родам. При наличии показаний для преиндукции родов ее оценивали по шкале Бишопа от 3-х до 6 баллов.

Результаты и обсуждение

Анализ проведенной работы позволил выделить следующие группы пациенток:

Первая группа – у 574-х (76,3 %) беременных – подготовка шейки матки к родам препаратом мифепристон. Из них одну таблетку мифепристона получили 227 (39,5 %) беременных, 2 таблетки – 347 (60,5 %). С целью преиндукции родов для достижения зрелости шейки матки в более половины случаев был необходим прием двух таблеток мифепристона.

Оценка шейки матки по шкале Бишопа перед началом ее подготовки мифепристоном составляла 3–5 баллов.

У беременных, получивших одну таблетку мифепристона, самостоятельно родовая деятельность началась у 202 (88,9 %), роды индуцированы у 24 (10,6 %) пациенток.

Консервативно родоразрешено 175 (77,01 %) беременных, влагалищные оперативные роды применили у 7 (3,01%) пациенток, кесарево сечение – 45 (19,8 %) беременных.

Среди беременных, получивших две таблетки самостоятельно, родовая деятельность началась у 241 (69,5 %) пациентке, роды были индуцированы у 106 (30,5 %). Частота индуцированных родов возрастала в случае приема двух таблеток.

Из беременных консервативно родоразрешены 241 (69,3 %), влагалищные оперативные роды применили у 13 (3,7 %) пациенток, кесарево сечение – у 94 (27,0 %) беременных.

За 24 ч после преиндукции самостоятельно вступили в роды (отошли воды) 253 беременные, за 48 ч – 173, за 72 ч – 38, за 96 ч – 6, за 120 ч – одна. У восьми беременных не возникло родовой деятельности, они прооперированы по гипоксии.

Через 24 ч индуцированы были роды у 31 беременной, за 48 ч – у 57, за 72 ч – у 62, за 96 ч – 75, за 120 ч – 23 пациентки. Одна беременная отказалась от индукции.

Вторая группа – у 21-й (0,55 %) беременной пациентке преиндукцию родов проводили механическим способом. Перед началом преиндукции оценка шейки матки составляла 5–6 баллов по шкале Бишопа, у двух беременных – 3 балла.

У 8 беременных родовая деятельность развилась самостоятельно, у 13 пациенток роды были индуцированы, 11 беременных родоразрешено консервативно, 2 пациентки – влагалищное оперативное родоразрешение, у 8 беременных – кесарево сечение.

Третья группа – у 154 (22,0 %) беременных применили комбинированный метод (мифепристон + механическая подготовка) подготовки шейки матки к родам.

Самостоятельно родовая деятельность началась у 34 (22,2 %) беременных, роды индуцированы у 120 (73,5 %) пациенток. Из них консервативно родоразрешено 77 (50,0 %) беременных, влагалищные оперативные роды провели у 4-х (2,5 %) пациенток, кесарево сечение – 73 (47,5 %) беременных.

Проанализирована эффективность трех методов преиндукции среди перво- и повторнородящих беременных.

Первородящие: одну таблетку мифепристона получали 91 беременная, 2 таблетки – 138, механическую преиндукцию родов прошли 12 беременных, совместное применение мифепристона и механической преиндукции – 72 беременные.

Консервативные роды проводили у 175 первобеременных, влагалищные оперативные роды – у 15 (всего 190), что составило 35,3 % от самостоятельных родов, кесарево сечение – у 118 (53,6 %) беременных.

Среди **повторнородящих** было 136 пациенток, получивших одну таблетку мифепристона, 208 – две таблетки, 9 пациенток проходили механическую преиндукцию родов, 82 – мифепристон и механическую преиндукцию.

Консервативные роды применили у 326 повторнобеременных, влагалищные оперативные вмешательства – у 11 (всего 337), что составило 63,7 % от самостоятельных родов, кесарево сечение – у 102 (46,4 %).

Всего зафиксировано 749 родов, из них у 127 (16,4 %) беременных проведено родовозбуждение: после одной таблетки мифепристона – 14 (11,9 %) беременных, после двух таблеток – 50 (42,7 %) беременных. После механической преиндукции родовозбуждение применили у 7 (1,7 %) пациенток, после механической подготовки и мифепристона – у 51 (43,6 %) беременной.

Родовозбуждение было завершено консервативными родами у 53 (43,5 %) беременных; влагалищными оперативными родами – у одной (0,85 %) беременной; кесарево сечение применили у 69 (55,5 %) пациенток.

Отсутствие эффекта от родовозбуждения было выявлено у 25 (21,4 %) беременных.

У 36 (30,2 %) беременных после преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) было начато родовозбуждение окситоцином. Из них консервативные роды – у 14 (38,8 %) беременных, влагалищные оперативные роды – у одной (2,7 %), кесарево сечение – у 21 (58,3 %) пациентке.

Преждевременный разрыв плодных оболочек произошел у 124 (17 %) беременных. Из них консервативно родоразрешена 71 (57,3 %) беременная, влагалищные оперативные роды применили у 3-х (2,4 %) пациенток, кесарево сечение – 50 (40,3 %).

После приема одной таблетки ПРПО произошел у 45 (36,3 %) беременных, после двух таблеток – 69 (55,6 %), после механической преиндукции – у одной (0,8 %) беременной, после совместного применения мифепристона и механической преиндукции – 9 (7,2 %) пациенток.

У беременных основные показания к преиндукции: гестационный сахарный диабет (ГСД), сахарный диабет (СД) 1, 2 типов, хроническая артериальная гипертензия (ХАГ), гестационная артериальная гипертензия (ГАГ), гемолитическая болезнь (ГБ), резус-сенсibilизация, гемолитическая болезнь плода (ГБП), отеки, перенашивание беременности, преэклампсия, эпилепсия, холестатический гепатоз, крупный плод, патология сердечно-сосудистой системы (ССС), эндокринной системы.

Показания для механической преиндукции родов: ревматоидный артрит, задержка роста плода (ЗРП), тромбоцитопения, идиопатическая пурпура, ангидрамнион, миома матки, ГБП, эпилепсия, анемия средней степени тяжести, посттромботическая болезнь, аневризма межпредсердной

перегородки (МПП), гипертрансаминаземия, гепатит, перенашивание беременности.

Ожирение беременных отмечали с индексом массы тела (ИМТ) более 30 у 111 беременных; более 35 – у 70 пациенток; более 40 – у 41 беременной.

У беременных с ИМТ более 30 было выполнено 60 операций кесарева сечения; с ИМТ более 40 – у 13 беременных. У беременных с ИМТ более 30 проведено 9 влагалищных оперативных родов.

Показания к кесареву сечению:

- прогрессирующая внутриутробная гипоксия – 97;
- отсутствие эффекта от родовозбуждения – 25;
- отсутствие эффекта от стимуляции – 41;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – 4;
- отсутствие эффекта от лечения дискоординации родовой деятельности – 8;
- выпадение петель пуповины – 4;
- острая гипоксия – 6;
- отсутствие эффекта от преиндукции – 5;
- слабость родовой деятельности, прогрессирующая внутриутробная гипоксия – 19.

Неонатальные исходы:

Оценка новорожденных по шкале Апгар:

- 8–8, 8–9 баллов – у 619 новорожденных (85 %);
- 6–6, 6–7, 7–7 баллов – у 96 новорожденных (13,3 %);
- 5–5 баллов и менее – у 13 новорожденных (1,7 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Преиндукция родов является эффективным методом с учетом того, что консервативно родоразрешено (самостоятельные роды + влагалищные оперативные роды) 529 (70,6 %) беременных; оперативные влагалищные роды – у 26 (5,1 %); кесарево сечение – 220 (29,3 %) беременных.

Наиболее часто применяемым и эффективным методом подготовки к родам является медикаментозный – 76,3 % от общего количества по сравнению с комбинированным и механическим методами. Более 60 % беременных получили две таблетки мифепристона. В случае приема одной таблетки мифепристона частота начала самостоятельных родов была выше (88,9 %), по сравнению с приемом двух (69,5 %) таблеток, когда возрастало число индуцированных родов. Наиболее низкие показатели частоты самостоятельного начала родовой деятельности (22,2 %) выявлены у беременных третьей группы при комбинированном методе преиндукции родов.

Родовая деятельность после приема одной таблетки мифепристона развивалась в течение 24 ч у 253 (33,7 %) беременных. Консервативно роды завершались в 77 % случаев. Среди беременных, получивших две таблетки, консервативные роды проходили в 69 % случаев.

Механический метод подготовки к родам применяли у 21 беременной (0,55 % от общего числа беременных, прошедших преиндукцию). Из них консервативно родоразрешено 52 %, тогда как оперативно – 48 % беременных, прошедших механическую преиндукцию. Этот показатель превышает процент оперативных родов после механической преиндукции.

Комбинированный метод подготовки к родам применили к 154 (22 %) беременным от общего числа, в 73 % случаев роды были индуцированы амниотомией. Из них консервативно родоразрешено 77 беременных (50 %),

оперативные влагалищные роды проведены у 4-х (2,5 %), кесарево сечение – у 73 (47,5 %) беременных.

Применение механического и комбинированного методов подтвердило сравнительно одинаковые показатели эффективности преиндукции родов.

Более результативно была проведена преиндукция у повторнородящих: консервативно родоразрешены 63 % беременных, тогда как среди первородящих – 35,5 % случаев.

Оценка 8–8, 8–9 баллов по шкале Апгар была у 619 (85 %) новорожденных; 6–6 б, 6–7б, 7–7 баллов – у 96 (13,3 %); 5–5 баллов и менее у 13 (1,7 %) новорожденных. Приведенные материалы не превышают показатели родоразрешенных, не проходивших подготовку шейки матки к родам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение) : клинические рекомендации. – 2021. – С. 4–19 [Unsuccessful attempt to stimulate labor (preparation of the cervix for childbirth and labor excitation) Clinical recommendations. – 2021. – pp. 4–19].
2. Сравнение эффективности и безопасности для преиндукции родов при амбулаторном и стационарном применении / *О. Р. Баев, А. О. Каранетян, Д. А. Бабич, Г. Т. Сухих* // *Акушерство и гинекология*. – 2021. – № 9 [*Baev O. R., Karapetyan A. O., Babich D. A., Sukhoi G. T.* Comparison of efficacy and safety for pre-induction of labor in outpatient and inpatient use. *Obstetrics and Gynecology*. 2021. No. 9].
3. *Кутлубаева Э. Р. и др.* Эффективность применения мифепристона с целью преиндукции родов / *Э. Р. Кутлубаева, А. А. Ковалева, С. А. Никифорова* // *Молодой ученый*. – 2019. – № 22 [*Kutlubayeva E. R., Kovaleva A. A., Nikiforova S. A.* The effectiveness of the use of mifepristone for the purpose of pre-induction of labor. *Young scientist*. 2019 No. 22].
4. *Баев О. Р.* Мифепристон в преиндукции и индукции родов / *О. Р. Баев, В. Г. Румянцева* // *Фарматека*. – 2011. – № 13 [*Baev O. R., Rumyantseva V. G.* Mifepristone in pre-induction and induction of childbirth. *Pharmateca*. 2011 No. 13].
5. *Ковалев В. В.* Физиологические основы регуляции сократительной активности матки / *В. В. Ковалев, П. Б. Цывьянов, Н. М. Миляева* // *Акушерство и гинекология* 2010. – С. 10–13 [*Kovalev V. V., Tsyvyanov P. B., Milyaeva N. M.* Physiological bases of regulation of uterine contractile activity. *Obstetrics and Gynecology* 2010. pp. 10–13].
6. *Переношенная и пролонгированная беременность*. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 208 с. [Postponed and prolonged pregnancy. – М.: GEOTAR-Media, 2007. – 208 p.].
7. Опыт применения мифепристона при подготовке шейки матки к родам при доношенном сроке беременности / *Н. Ф. Хворостухина, А. М. Леонова, Д. А. Новичков, Д. С. Яценко* // *Современные проблемы науки и образования*. – 2016. – № 1 [*Hvorostukhina N. F., Leonova A. M., Novichok D. A., Yatsenko D. S.* The experience of using mifepristone in the preparation of the cervix for childbirth during full-term pregnancy. *Modern problems of Science and education* No. 1, 2016].
8. *Miao M. H.* Mifepristone-induced abortion and duration of third stage labour in a subsequent pregnancy / *M. H. Miao, E. S. Gao, A. M. Chen et al.* / *Paediatr Perinat Epidemiol*. – 2010; 24(2):125–30.