

ПОИСК ПУТЕЙ ОПТИМИЗАЦИИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ МЕКОНИАЛЬНЫХ ВОД

О.А. Николаева, Г.О. Гречканев, И.И. Николаев, А.Л. Сорокина,
ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия»

Николаева Ольга Александровна – e-mail: OANikolaeva@bk.ru

Цель исследования: определение оптимального метода родоразрешения у пациенток с мекониальными водами. Материал и методы: работа выполнена на базе родильного дома № 6 Сормовского района г. Н. Новгорода в 2015 году. В исследование были включены 50 женщин с различным уровнем риска по развитию меконеального прокрашивания околоплодных вод во время настоящей гестации. Результаты и обсуждение. При анализе родового процесса выявлены дополнительные факторы риска по развитию синдрома меконеальной аспирации. Проведено сравнение различных методов родоразрешения. Заключение. Минимизация рисков аспирационного синдрома зависит от течения родового процесса. Вагинальные роды оказались оптимальнее в случаях неосложненного течения родов. Операция кесарево сечение, выполненная своевременно и без предварительного использования утеротоников, существенно улучшила перинатальные исходы даже при густо-мекониальных околоплодных водах.

Ключевые слова: мекониальные воды, вагинальные роды, кесарево сечение.

Goal of study. Search for an optimum method of delivery in the case of patients having meconium fluid. Materials and methods. The study is carried out based on maternity home № 6 of Sormovsky District of Nizhny Novgorod in 2015. The study included 50 women with a different level development risk of meconium dying of amniotic fluid during real gestation. Results and discussion. When analyzing a birth process additional risk factors are discovered from the point of view of development of meconium aspiration syndrome. Comparison of various gestational methods was carried out. Conclusion. Minimization of risks of aspiration syndrome depends on the course of birth process. Vaginal birth appeared more optimal in cases of non-complicated course of birth. Cesarean section carried out in due time and without preliminary use of uterotonics sufficiently increased perinatal outcomes even at densely meconium containing amniotic fluids.

Key words: meconium fluid, vaginal birth, cesarean section.

Введение

Основной задачей современного акушерства является прогнозирование и профилактика перинатальных осложнений во время родового акта. Роды при наличии мекония в околоплодных водах представляют определенный риск развития синдрома мекониальной аспирации. Причем аспирация мекония может произойти в любой момент беременности и родов. Известно, что меконий присутствует в кишечнике плода, начиная с 14–16 недель беременности [1]. Обнаружение мекония ниже голосовой щели возможно при состоянии дистресса плода в ante- или интранатальном периодах [2]. Триггером данного состояния может служить как соматическая, так и акушерская неблагоприятная ситуация в организме женщины. Патологическая цепочка: неблагополучие в организме матери – гипоксия плода – расслабление сфинктера прямой кишки в сочетании с его произвольными дыхательными движениями – синдром мекониальной аспирации ведет к высокой перинатальной заболеваемости и смертности [1, 3]. Причинами столь грозных последствий являются мекониальная обструкция дыхательных путей, химическое воспаление, уменьшение продукции эндогенного сурфактанта и его инактивация [3, 4].

Объективно обнаружить меконий в околоплодных водах в антенатальный период практически невозможно, так как амниоцентез и амниоскопия производятся крайне редко и по строгим показаниям [1]. В интранатальном периоде мекониальное прокрашивание вод видно после искусственного или естественного вскрытия плодного пузыря. Конечно же, мекониальные воды диктуют необходимость тщательного контроля за состоянием плода, который должен включать в себя постоянную или продолжительную кардиотокографию (КТГ). Понятно, что патологическая КТГ подразумевает определение рН крови, взятой из предлежащей части плода. Ацидоз будет расцениваться как проявление дистресса плода, требующего быстрого завершения родов [5].

Однако практикующие акушеры достаточно часто встречаются с ситуацией мекониального прокрашивания околоплодных вод при отсутствии каких-либо страданий сердцебиения плода аускультативно и по данным КТГ. Определение рН крови, взятой из предлежащей части плода, не имеет широкого применения в практике. Поэтому достаточно часто врач становится заложником ситуации, связанной с наличием мекония в околоплодных водах. Конечно же имеет значение степень прокрашивания вод. При густо-мекониальном прокрашивании степень перинатального риска значительно

возрастает, и решение о неотложном родоразрешении будет принято незамедлительно. Как же быть с водами, окрашенными меконием умеренно или слегка? Выполнить КТГ? Оценить дыхательные движения плода? Определить рН его крови? Все это верно. Но после открытия маточного зева на 8 см на КТГ мы увидим децелерации, обусловленные механическим фактором. Дыхательные движения плода не являются перманентными. Даже при их определении обнаружение мекония ниже голосовой щели представляется затруднительным. Незначительный ацидоз в крови плода может быть проявлением адаптации новорожденного к родовому стрессу [6].

Итак, меконеальное окрашивание околоплодных вод – это состояние максимальной акушерской напряженности и ответственности, требующей незамедлительного решения о возможности продолжать роды через естественные родовые пути или предпочтении родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Цель исследования: определить оптимальный метод родоразрешения у пациенток с мекониальными водами.

Материал и методы

Работа проводилась в 2015 году на базе родильного дома № 6 Сормовского района г. Нижнего Новгорода. В исследование были включены 50 женщин с мекониальными водами, обнаруженными в процессе наблюдения за родовым актом. У этих же пациенток был проведен ретроспективный анализ течения беременности.

Возраст пациенток колебался от 22 до 43 лет. 29 женщин были первородящими, из них 23 – первобеременные, остальные имели в анамнезе искусственные и самопроизвольные аборт. Гинекологический анамнез у 27 женщин (54%) отягощен воспалительными процессами гениталий, у 13 (26%) – лабораторно установленными ИППП, у 9 (18%) – бесплодием. Неосложненное течение беременности имело место лишь у 6 (12%) из 50 пациенток, остальные как минимум однократно во время данной гестации находились на стационарном лечении, в основном, по причине угрозы прерывания беременности (52%), умеренной преэклампсии (24%), гестационного пиелонефрита (20%). Практически каждая вторая женщина страдала анемией. Таким образом, у абсолютного большинства пациенток рассматриваемой группы имелись серьезные причины для развития хронической внутриутробной гипоксии плода, результатом которой явился меконеальный характер околоплодных вод. При ультразвуковом и доплерометрическом исследовании, выполненном незадолго до родов, у половины беременных выявлена патология – маловодие (12%), неоднородный характер вод (22%), нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока (22%).

Результаты и их обсуждение

У 20 пациенток роды были завершены путем проведения операции кесарево сечение в экстренном порядке, причем основным показанием к оперативному родоразрешению послужило наличие меконеальных вод, что рассматривалось как противопоказание к медикаментозной коррекции родовой деятельности. Практически во всех случаях имелось несвоевременное излитие вод: преждевременное (45%), раннее (35%), в 20% случаев мекониальные воды были получены при амниотомии. Нарушение сократительной деятельности матки манифестировалось в виде отсутствия родовой деятельности (40%), первичной слабости родовой деятельности (30%). У 40% рожениц диагностирован крупный

плод, у 30% имело место неправильное вставление головки плода. Кесарево сечение выполнено через 6–9 часов без предварительного родовозбуждения, -стимуляции. Дети родились с оценкой по шкале Апгар 5/7–7/8 баллов, массой 3300–4100 грамм. Неглубокая аспирация околоплодных вод, устраненная обычными санирующими мероприятиями, имела место практически во всех случаях (90%). Аспирационный синдром развился у одного новорожденного. Состояние 45% детей было вполне удовлетворительным, не требующим проведения терапии, и они на 8-е сутки жизни были выписаны из стационара. 30% детей получили активную терапию по поводу церебральной ишемии 1–2-й степени и были выписаны с улучшением на 8–10-е сутки. На 6–8-е сутки 4 ребенка (20%) переведены в детскую больницу с диагнозами: синдром тонусных расстройств, синдром угнетения, синдром внутрочерепной гипертензии. Лечение дало положительный эффект, все дети выписаны из стационара домой.

30 родов были проведены через естественные родовые пути. В этих случаях мекониальные околоплодные воды отошли либо своевременно (83,3%), либо преждевременно (16,7%), при этом родовая деятельность развилась самостоятельно через 2–3 часа. Родовой процесс во всех случаях протекал без отклонений от нормы, длительность родов не превышала 6 часов у повторнородящих и 8 часов у первородящих, велось кардиотокографическое мониторирование сердечной деятельности плода. Масса новорожденных колебалась от 2900 до 4100 грамм. Оценка по шкале Апгар составила 6/7–7/8 баллов. Аспирационного синдрома в этой группе новорожденных не было. Обычная санация дыхательных путей оказалась эффективной. 90% новорожденных выписаны на 5–7-е сутки жизни. Лечение по поводу церебральной ишемии 1–2-й степени получали 10% детей, матерям которых проводилась родостимуляция по поводу слабости потуг. Эти новорожденные были выписаны на 8–10-е сутки с улучшением.

Заключение

Таким образом, мекониальные воды, безусловно, свидетельствуют о возможном неблагоприятном исходе родов. Любой метод родоразрешения влечет за собой риск аспирационного синдрома. Однако вагинальное родоразрешение в случаях неосложненного течения родового процесса и исключения рисков предпочтительнее. В то же время абдоминальный путь родоразрешения, выбор которого своевременен и произошел без предварительного использования утеротоников, существенно улучшает перинатальный прогноз даже при густо-мекониальных околоплодных водах.



ЛИТЕРАТУРА

1. Ahanya S.N. Meconium passage in utero: mechanisms, consequences, and management. *Obstet Gynecol Surv.* 2005. Jan. № 60 (1). P. 45-56.
2. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000 № 2. CD000170.
3. Michael G. Meconium Aspiration Syndrome – More Than Intrapartum Meconium. *N Engl J Med.* 2005. № 9. Sept. 1. P. 353. www.nejm.org.
4. Ghidini A. Severe meconium aspiration syndrome is not caused by aspiration of meconium. *Spong C.Y. Am J Obstet Gynecol.* 2001. Oct. 185 (4). P. 931-938.
5. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / пер. с англ. под ред. А.В. Михайлова. СПб.: Петрополис, 2003.
Enkin M., Keirs M., Neylson D.I. i dr. Rukovodstvo po effektivnoy pomosi pri beremennosti i rojdenii rebenka / per. s angl. pod red. A.V. Mihaylova. SPb.: «Petropolis», 2003.
6. Wiswell T.E. Handling the meconium-stained infant. *Semin Neonatal.* 2001. Jun. № 6 (3). P. 225-231.