

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Ю. А. Шатилова, Н. А. Жаркин, Б. Ю. Гумилевский

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии, кафедра клинической лабораторной диагностики ВолгГМУ*

Обследовано 90 беременных с преждевременным излитием вод при доношенной беременности и 30 пациенток со своевременным излитием вод. Выявлено, что преждевременное излитие вод на фоне нарушения вегетативной перестройки, повышенной продукции IL-1, IL-6 и неустойчивого психоэмоционального состояния ухудшает прогноз исхода родов.

Ключевые слова: преждевременное излитие вод, аномалии родовой деятельности, вегетативная нервная система, цитокины.

PREDICTION OF THE COURSE AND OUTCOME OF DELIVERY IN PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES.

U. A. Shatilova, N. A. Zharkin, B. Y. Gumilevskiy

A survey of 90 pregnant women with premature rupture of amniotic fluid with mature pregnancy (main group) and 30 patients with timely rupture of amniotic fluid (control group) is discussed. Studies have revealed that premature rupture of amniotic fluid while the mother's body was not ready for delivery, increased hormone production and disturbance of vegetative regulation, increased production of IL-1, IL-6 and unstable personal emotional index make the prognosis of outcome delivery for the mother and fetus worse.

Key words: premature rupture of amniotic fluid, abnormality of delivery, vegetative nervous system, cytokines.

В настоящее время в акушерской практике нет четких критериев прогнозирования развития спонтанной родовой деятельности после преждевременного излития вод, в связи с чем сложно определить, как строить акушерскую тактику: выжидательно или активно [2]. В то же время при данной патологии увеличивается процент оперативных вмешательств и неблагоприятных исходов для матери и плода [2, 4].

Кроме того, отсутствует общепринятая тактика ведения родов при нарастании безводного промежутка. Преждевременное излитие околоплодных вод является осложнением беременности, вызывающем стрессовую реакцию; понимание психоэмоционального состояния беременной в этот период также важно для выработки правильной тактики лечения [3].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить состояние вегетативной регуляции, уровня психоэмоциональной напряженности и цитокинового профиля у беременных с преждевременным излитием околоплодных вод для оптимизации акушерской тактики.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено комплексное обследование 90 беременных репродуктивного возраста с доношенной беременностью и преждевременным излитием вод (основная группа) и 30 пациенток со своевременным излитием вод, беременность и роды которых протекали без осложнений (контрольная группа).

Готовность организма к родам определялась по степени «зрелости» шейки матки по шкале Bishop. Основная группа была разделена на 2 подгруппы: первая — со «зрелой» шейкой матки (42), вторая — с «незрелой» (48).

Параллельно определяли состояние вегетативной нервной системы (ВНС), обеспечивающей вегетативную перестройку организма перед родами. Биофизическую характеристику шейки матки оценивали с помощью резистоцервикометрии, основанной на измерении величины сопротивления тканей шейки матки переменному электрическому току частотой 2 кГц. Биоплярный электрод-зажим располагали на задней губе шейки. С целью оценки вегетативного обеспечения родовой доминанты проводились пробы Даньини-Ашнера и штриховая проба в гипогастриальной области. Дополнительно беременным основной группы изучался уровень психоэмоциональной напряженности. Использовался вариант восьмицветного теста Люшера. Оценка производилась по 5 шкалам: «нестабильность выбора», «отклонение от аутогенной нормы», «тревожность», «активность» и «вегетативный тонус» [5].

Определение уровня провоспалительных цитокинов в сыворотке крови (IL-1) и околоплодных водах (IL-6, IL-8) проводилось с помощью тест-систем производства «Вектор-Бест» методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Обработка полученных результатов произведена методами статистического анализа с использованием *t*-критерия Стьюдента. Отличия считались достоверными при $t \geq 2$ ($p \leq 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст всех обследованных пациенток составил $(26,2 \pm 0,54)$ года.

Среди экстрагениальной патологии у половины беременных встречалась вегетососудистая дистония

(ВД), как по гипо-, так и по гипертоническому типу. В то же время в основной группе ВСД наблюдалась в 2,1 раза чаще ($p < 0,05$). Неблагоприятный инфекционный фон создали заболевания органов мочевого выделения и верхних дыхательных путей, тогда как данная патология совершенно не встречалась у пациенток контрольной группы ($p < 0,05$).

Структура экстрагенитальной патологии в течение настоящей беременности представлена в табл.

Экстрагенитальная патология, $p < 0,05$

Патология	Контрольная группа $n = 30$		Основная группа $n = 90$	
	абс.	%	абс.	%
ОРВИ	21	70	72	73,4
Хронический тонзиллит	8	26,6	38	38,7
Хронический бронхит	4	13,3	10	10,2
Хронический цистит	–	–	7	7,1
Хронический пиелонефрит	–	–	23	23,5
Вегетососудистая дистония по гипотоническому типу	2	6,6	17	17,3
Вегетососудистая дистония по гипертоническому типу	5	16,7	29	29,6
Анемия	7	23,3	38	38,8

Сочетанную (два и более заболевания) патологию имели 46 (51,1 %) беременных с преждевременным излитием околоплодных вод.

Наличие гинекологических заболеваний представлено на рис. 1.

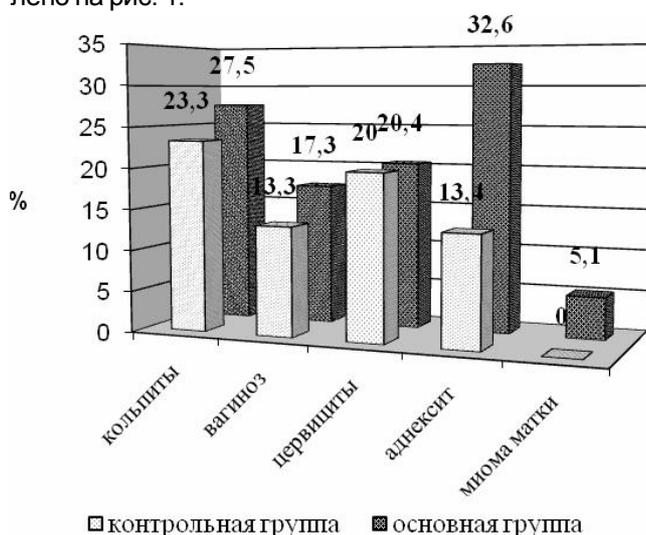


Рис. 1. Структура и частота генитальной патологии у беременных

Из представленных данных видно, что значительное место в структуре генитальной патологии обследованных занимают воспалительные заболевания при-

датков матки и влагалища. В целом гинекологическая заболеваемость выявлена у 82 (91,1 %) пациенток основной группы.

Большинство беременных основной группы (77,6 %) имели две и более беременности. Почти половина из них (43,8 %) имели в анамнезе прерывания беременности.

Характер осложнений во время настоящей беременности представлен в рис. 2.

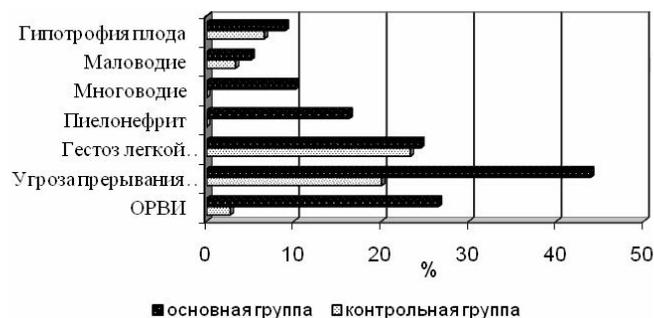


Рис. 2. Осложнения во время данной беременности

У пациенток основной группы наиболее часто отмечены угроза прерывания беременности, гестоз легкой степени и острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ). В группе контроля эти показатели были достоверно меньше ($p < 0,05$).

Таким образом, инфекционные и воспалительные гинекологические заболевания, угроза прерывания и гестоз можно отнести к факторам риска развития преждевременного излития околоплодных вод.

Анализ течения родов у пациенток с преждевременным излитием вод на фоне «зрелых» родовых путей показал, что все роды прошли через естественные родовые пути. Латентный период от излития вод до начала родовой деятельности составил ($4,6 \pm 0,3$) ч ($p < 0,05$) у первородящих и ($3,7 \pm 0,5$) ч ($p < 0,05$) у повторнородящих. Продолжительность родов соответственно составила у первородящих ($7,4 \pm 0,7$) ч ($p < 0,05$) и у повторнородящих ($5,2 \pm 0,9$) ч ($p < 0,05$). Новорожденные не имели признаков асфиксии, что обусловило высокую оценку по шкале Апгар, составившую ($8 \pm 0,5$) балла ($p < 0,05$).

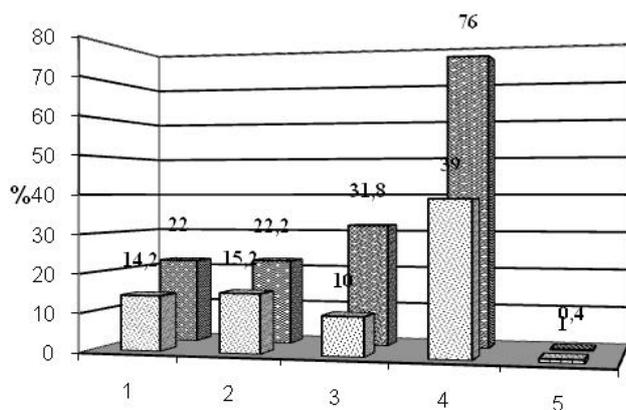
Электрическое сопротивление тканей шейки матки у беременных этой группы по данным резистоцервикометрии равнялось ($146 \pm 17,5$) Ом ($p < 0,05$), в пробе Даньини-Ашнера урежение частоты сердечных сокращений (ЧСС) составило в среднем ($9,8 \pm 0,5$) уд./мин ($p < 0,05$). При проведении штриховой пробы выявлен красный дермографизм. Скрытый период кожной реакции составил ($6,8 \pm 0,5$) с ($p < 0,05$), видимый период — ($26,9 \pm 0,98$) мин ($p < 0,05$), что свидетельствовало о завершённой перестройке вегетативной нервной системы на парасимпатикотонию.

В группе беременных с преждевременным излитием и «незрелыми» родовыми путями длительность интервала от излития вод до начала родовой деятельности (латентный период) составила в среднем ($14,8 \pm 0,3$) ч

($p < 0,01$). У всех пациенток этой группы роды протекали на фоне аномалий сократительной деятельности матки, а у 15 (7,2 %) из них закончились операцией кесарева сечения по поводу безэффективности ее лечения. Продолжительность родов составила в среднем ($12,4 \pm 0,7$) ч ($p < 0,01$). Оценка по шкале Апгар у 5 новорожденных составила ($5 \pm 0,2$) балла ($p < 0,05$), у 3 — ($3 \pm 0,3$) ($p < 0,05$) балла, что потребовало оказания им реанимационной помощи.

По данным резистоцервикометрии электрическое сопротивление шейки матки достигло ($277 \pm 26,5$) Ом. В пробе Даньини-Ашнера замедления пульса не было. При проведении штриховой пробы выявлен белый дермографизм со скрытым периодом ($8,4 \pm 0,5$) с и видимой реакцией — ($15,2 \pm 0,6$) мин, что свидетельствует о симпатикотонии, то есть о нарушениях предродовой перестройки ВНС. Подтверждением этому является достоверно более длительный период от излития вод до начала родов на ($10,2 \pm 0,1$) ч ($p < 0,05$), удлинение продолжительности родов в среднем на ($5 \pm 0,2$) ч ($p < 0,05$) усугубление состояния плода в родах на фоне нарушений сократительной деятельности матки, приводящее к увеличению частоты оперативного родоразрешения и более низкой оценке новорожденных по шкале Апгар на ($3 \pm 0,2$) балла ($p < 0,05$).

Результаты изучения уровня психоэмоциональной напряженности представлены на рис. 3.



■ подгруппа с "зрелой" шейкой матки

■ подгруппа с "незрелой" шейкой матки

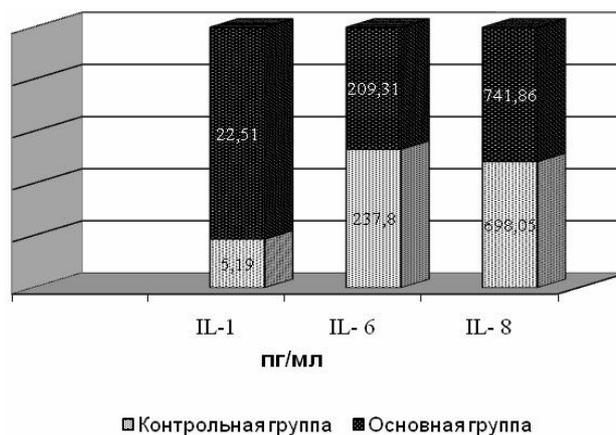
Примечание: 1 — нестабильность выбора; 2 — отклонение от аутогенной нормы; 3 — тревожность; 4 — активность; 5 — вегетотативный тонус.

Рис. 3. Уровень психоэмоциональной напряженности у беременных с преждевременным излитием вод по результатам теста Люшера

Результаты психологического тестирования беременных со «зрелой» шейкой матки и преждевременным излитием вод свидетельствовали об устойчивости ВНС к эмоциональным нагрузкам в условиях родового стресса, психологической готовности к родам и материнству, преобладании эрготропного тонуса и готовности к затрате энергии, следовательно и к родам.

Показатели теста Люшера у пациенток с преждевременным излитием околоплодных вод на фоне «незрелых» родовых путей свидетельствовали о психоэмоциональном перенапряжении, психологической неготовности к родам, низкой устойчивости ВНС к условиям родового стресса. По нашему мнению, высокие значения показателя активности на фоне срыва перестройки симпатического тонуса на парасимпатикотонию в последующем могут привести к нарушению формирования родовой доминанты, что в итоге может повлиять на исход родов.

Исследование цитокинового профиля в сыворотке крови и околоплодных водах у обследованных беременных представлено на рис. 4.



■ Контрольная группа ■ Основная группа

Рис. 4. Цитокиновый профиль у обследованных беременных

Как видно из диаграммы, в основной группе имело место значительное повышение уровня IL-1, содержание которого в 4 раза превосходило значения в группе беременных со своевременным излитием вод ($p < 0,05$). Исследование динамики уровня IL-6 и IL-8 в околоплодных водах основной и контрольной групп достоверных отличий не выявило ($p > 0,5$).

Была выявлена прямая корреляция между уровнем IL-6 с IL-1 в основной группе ($r = 0,38$, $p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют об усугублении нарушений в цитокиновом звене иммунитета у беременных с преждевременным излитием вод соответственно увеличению безводного промежутка. Удлинение безводного промежутка сопровождалось повышением в сыворотке крови уровня IL-6, что свидетельствует об усилении активации провоспалительных механизмов иммунной системы [1, 6, 7].

Преждевременное излитие вод на фоне неустойчивого психоэмоционального профиля личности и отсутствия готовности организма к родам, нарушениях гормональной и вегетативной перестройки ухудшает прогноз исхода родов. Принимая во внимание более длительный период от излития вод до начала родовой деятельности, развитие аномалий родовой деятельности, увеличение числа детей, рожденных в асфиксии и результаты оценки вегетативного обеспечения формирования родовой доминанты, целесообразно оптими-

зировать акушерскую тактику в отношении этих пациенток с целью снижения неблагоприятных исходов для матери и плода.

Результаты проведенного исследования позволяют заключить, что развитие преждевременного излития околоплодных вод во многом обусловлено нарушением защитных и компенсаторных функций организма, а именно дисбалансом в иммунной системе на фоне хронического воспалительного процесса

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, определение симптомов вегетативного обеспечения готовности организма к родам и формирования родовой доминанты позволило выявить прогностические факторы развития спонтанной родовой деятельности у беременных с преждевременным излитием вод.

В группе беременных с завершенной вегетативной перестройкой и устойчивым психоэмоциональным состоянием преждевременное излитие вод не ухудшает прогноз, и роды, как правило, заканчиваются с благоприятным исходом.

В группе пациенток с нарушенной вегетативной перестройкой и неустойчивым психоэмоциональным состоянием преждевременное излитие вод сопровождается удлинением безводного промежутка, высоким риском развития аномалий сократительной деятельности матки и, как следствие, усугублением состояния плода.

Обнаружение в сыворотке крови при преждевременном излитии околоплодных вод высоких concentra-

ций IL-1 усугубляет прогноз исхода родов и обуславливает необходимость профилактики инфекционных осложнений или активной тактики ведения родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкая В. В. // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2008. — Т. 8, № 3. — С. 45—48.
2. Болотских В. М. Новые подходы к ведению беременности и родов, осложненных преждевременным излитием вод при доношенном сроке // Мат. Всерос. науч.-практ. семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». — М.: Медиабюро Status Praesens, 2010. — 32 с.
3. Мальгина Г. Б. // Журнал акушерства и женских болезней. — 2002. — Т. 39, № 4. — С. 16—21.
4. Селихова М. С. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2006. — № 4 — С. 39—42.
5. Собчик Л. Н. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. — СПб.: Речь, 2001 — 156 с.
6. Чистякова Г. Н., Газиева И. К., Ремизова И. И. и др. // Цитокины и воспаление. — 2007. — Т. 6, № 1 — С. 3—8.
7. Lee Y., Allport V., Sykes A., et al. // Mol. Hum. Reprod. — 2003. — Vol. 9, № 4. — P. 213—218.

Контактная информация

Шатилова Юлия Александровна — заочный аспирант кафедры акушерства и гинекологии Волгоградского государственного медицинского университета, e-mail: dimon_shatilov@volgodom.ru

УДК 618.39

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОТЕРИ ПЛОДА

О. В. Цыбульская, Н. А. Жаркин, Н. А. Бурова

Кафедра акушерства и гинекологии ВолгГМУ

Были изучены изменения центральной и вегетативной нервной системы, а также психоэмоциональные нарушения у женщин с синдромом потери плода. Выявлено, что традиционное лечение после потери беременности существенно не влияет на восстановление психо-вегетативной регуляции.

Ключевые слова: синдром потери плода, привычное невынашивание беременности, вегетативная нервная система.

ADAPTIVE POTENTIAL OF PATIENTS WITH FETAL LOSS SYNDROME

O. V. Tsibulskaya, N. A. Zharkin, N. A. Burova

We studied changes of central and autonomous nervous system as well as psycho-emotional disturbances in women with fetal loss syndrome. Traditional therapy does not affect greatly the recovery of psycho-vegetative regulation after the loss of pregnancy.

Key words: fetal loss syndrome, habitual miscarriage, autonomous nervous system.

Проблема невынашивания беременности остается одной из наиболее социально значимых в акушерстве и гинекологии. По данным литературы, частота этой патологии составляет 10—25 % исходов всех беременностей. Установлено, что после двух предшествующих выкидышей риск потери очередной беременности возрастает до 38 %, а после трех составляет 40—45 % [4, 5].

Это может быть связано с тем, что в предыдущей беременности произошел срыв адаптации и гестационная доминанта не была до конца реализована [6].

Отсутствие снижения частоты потери беременности указывает на трудности, возникающие при ведении этой группы пациенток. С одной стороны, они обусловлены многофакторностью этиологии и патогенетических