

С.І. Жук, д. мед. н., професор, кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Н.В. Пехньо, Ю.М. Мельник, м. Київ

Сумнівний стан плода — актуальна проблема сучасної акушерської практики

Аntenатальна діагностика патології плода з подальшою корекцією його стану є важливим компонентом акушерської допомоги. Останнім часом активно розвивається новий напрям акушерства — медицина плода, який розглядає плід як «повноцінного» пацієнта. Цей напрям об'єднує роботу спеціалістів, які працюють у різних галузях медичних знань. Однак основна роль у діагностиці патологічних станів і наданні професійної допомоги ще «не народженому пацієнту» належить лікарю акушеру-гінекологу.



С.І. Жук

! Плід — це не маленький пацієнт. Це «пацієнт» фетального періоду, протягом якого фізіологічні та патологічні процеси мають свій особливий перебіг, притаманний тільки цьому періоду життя. Клінічні підходи до діагностики станів та лікування захворювань у внутрішньоутробних дітей відрізняються від таких у новонароджених, як перинатальні аспекти медицини відрізняються від неонатальних.

До пологів значна частина захворювань плода залишається нерозпізною, а більшість відхилень від норми трактують як гіпоксію. Поряд з цим, значний спектр інших патологій залишається на неонатальний та постнатальний періоди, тобто на час контакту майбутнього пацієнта із зовнішнім середовищем. Наслідком цього є необґрунтоване розширення оперативного розродження і постнатального виходжування.

Серед багатьох питань цього напрямку оцінка стану плода залишається одним із найбільш актуальних практичних завдань. Основною причиною переважної частки випадків перинатальної захворюваності та смертності є анте- та інтранатальна гіпоксія плода [1-3, 7, 8]. Тому головною метою оцінки стану плода є вчасна діагностика гіпоксії на етапі, коли можна попередити розвиток критичних станів, що особливо важливо у групі вагітних високого ризику, частка яких постійно збільшується в результаті широкого застосування допоміжних репродуктивних технологій, збільшення середнього віку родиль та з причин соціально-економічних негараздів [1-3, 9-11].

Попри численні дослідження, в результаті яких було розроблено для застосування в практиці низку методик, ні одна із них, на жаль, не задовольняє повністю сучасні вимоги та не дозволяє покращити перинатальні показники і зменшити кількість оперативних розроджень [1-6].

! На сьогодні найбільш поширеними методами оцінки стану плода є кардіотокографія (КТГ), яку часто називають електронним фетальним моніторингом (ЕФМ), та УЗД з доплерометрією.

Проте КТГ поряд з високою чутливістю характеризується низькою специфічністю. Це означає, що нормальна КТГ зазвичай відповідає нормальному стану плода, в той час як сумнівна КТГ не обов'язково еквівалентна дистресу плода, тобто спостерігається висока частота хибно позитивних висновків [2, 9, 10, 12-15]. Відмінності в індивідуальній адаптаційній реакції плода на зниження оксигенації, які проявляються різними змінами серцевого ритму, призводять до того, що позитивна прогностична цінність КТГ щодо порушень стану плода є низькою, в той час як негативна прогностична цінність — високою [2, 6, 12, 16-20, 26]. Досить часто результати КТГ-моніторингу є невизначеними, оскільки значну частку досліджень важко інтерпретувати (в англомовній літературі «non-reassuring fetal heart rate»). Сумнівними є дані КТГ приблизно у 15% від усіх пологів, і вони можуть спонукати до використання як самих простих втручань, таких як зміна положення матері, забезпечення адекватної гідратації, до термінового розродження шляхом застосування акушерських операцій для недопущення/зменшення впливу гіпоксії плода. Оцінка КТГ також залежить від кваліфікації спеціаліста, який виконує дослідження, тому часто є суб'єктивною.

Поряд з цим, застосування комп'ютерного аналізу дозволило частково вирішити цю проблему, однак відсоток досліджень, що важко інтерпретувати, та частка хибно позитивних висновків щодо порушеного стану плода

залишаються значними і призводять до необґрунтованих оперативних втручань [2, 12, 16, 17].

Так, згідно з результатами, отриманими В. Carbonne (2008), тривалий кардіомоніторинг впродовж пологів підвищує частоту оперативного розродження, при цьому не було відмічено зниження перинатальної захворюваності і смертності [21]. Крім того, у багатьох дослідженнях показано, що лише невелика частка плодів під час пологів при появі децелерацій дійсно перебувають в стані гіпоксії [6, 19, 20]. Все залежить від виду децелерацій (рання, пізня), їх амплітуди і тривалості [18, 22].

Ще одним інформативним методом оцінки стану плода є УЗД з доплерометрією. За рахунок його інформативності можна провести оцінку фетальної біометрії, дослідити стан пуповини та плаценти, навколоплідних вод, біофізичний профіль плода, доплерометрію маткових судин та судин плода і пуповини, виявити вади розвитку плода. Проте прогностична цінність методу щодо визначення порушеного стану плода та новонародженого є обмеженою, насамперед під час пологів.

Об'єктивні складнощі в діагностиці стану плода, зумовлені недосконалістю існуючих методів моніторингу, знайшли своє відображення в термінології.

Так, традиційний термін «дистрес» плода на сьогодні не задовольняє багатьох клініцистів. Це пов'язано з тим, що хоча теоретичне визначення цього терміна є цілком зрозумілим (гіпоксія плода як наслідок впливу будь-яких чинників), при практичному його застосуванні виникають складнощі внаслідок невизначеності, неконкретності поняття з клінічної точки зору. Дійсно, помірні короткотривала гіпоксія плода може бути цілком безпечною та навіть корисною для здорового плода, готуючи його адаптаційні механізми до постнатального періоду, а тривала та/або виражена гіпоксія є небезпечною. Поряд з цим, існуючі діагностичні методи далеко не завжди правильно оцінюють як ступінь вираженості, так і патогенез (метаболическа, респіраторна) та тривалість гіпоксії, що сприяє невизначеності, відсутності у багатьох клінічних випадках зрозумілого алгоритму дій та широке застосування штучного (оперативного), часто — передчасного розродження.

Аналіз цієї проблеми призвів до введення нового терміна — «сумнівний стан плода», який деякі автори пропонують як синонім та заміну традиційному дистресу. Проте історично цей термін почали застосовувати при аналізі КТГ-моніторингу під час пологів, маючи на увазі ті досить часті (близько 15%) випадки, коли за даними КТГ неможливо визначити стан плода як задовільний або незадовільний. Було запропоновано застосування трьохрівневої системи оцінки КТГ-паттернів та відповідних медичних втручань. Згідно із зазначеною системою виділяють:

- **категорію I патернів КТГ** — відповідає нормальному стану плода, прогнозується нормальний стан кислотно-основного балансу на момент дослідження, ведення випадку згідно зі стандартами, не потребує жодних додаткових медичних втручань. До категорії I патернів КТГ належать: базальна частота 110-160 уд./хв, варіабельність базальної частоти — помірні, пізні та/або варіабельні децелерації відсутні, ранні децелерації — можуть бути або ні, акцелерації — можуть бути або ні;

- **категорію II патернів КТГ** — відповідає невизначеному стану плода, не прогнозує патологічного стану кислотно-основного балансу, не має достатніх підстав для віднесення до Категорії I або III, вимагає продовження спостереження для переоцінки стану плода. До категорії II патернів КТГ належать: всі що не входять до Категорії I або III, наприклад: брадикардія, без порушення базальної варіабельності; тахікардія; мінімальна

варіабельність базального ритму (≤ 5 уд.); відсутність варіабельності базального ритму, що не супроводжується повторними децелераціями; виражена варіабельність базального ритму (> 25 уд.); відсутність індукованих акцелерацій після фетальної стимуляції; повторні варіабельні децелерації, що супроводжуються мінімальною або помірною варіабельністю базального ритму; пролонговані децелерації (≥ 2 хв, < 10 хв); повторні пізні децелерації з помірною варіабельністю базального ритму; варіабельні децелерації з іншими характеристиками, такими як повільне відновлення базального ритму та форма децелерацій типу «overshoots» або «shoulders»;

- **категорію III патернів КТГ** — відповідає патологічному стану плода, прогнозується аномальний стан кислотно-основного балансу на момент дослідження, вимагає терміново провести оцінку ситуації та застосування заходів по нормалізації стану плода, такі як призначення кисню, зміна позиції родильці, припинення родостимуляції, та корекцію гіпотензії та гіповолемії у матері. Якщо в короткі терміни вищевказані заходи не зумовлюють нормалізацію КТГ, необхідно розглянути питання щодо термінового розродження. До категорії III патернів КТГ належать: відсутність варіабельності базального ритму, що супроводжується повторними пізніми та/або варіабельними децелераціями; синусоїдальні патерни КТГ.

! Пізніше термін «сумнівний стан плода» стали вживати в більш широкому сенсі, розуміючи його як такий, що може використовуватися для опису стану плода в пізні терміни вагітності та під час пологів, якщо результати оцінки стану плода свідчать про можливість гіпоксії.

Поряд з цим, у літературі з'являються повідомлення щодо використання для визначення гіпоксії плода рівня лактату, який є одним із найбільш важливих маркерів гіпоксії. Теоретично лактат є більш чутливим маркером перенесеної гіпоксії, з огляду на те, що деякі дослідники використовували визначення рівня лактату в крові, взятої зі шкіри голівки плода, як альтернативу рН-метрії. Як відомо, основним субстратом для продукції енергії у плода є глюкоза. В процесі її метаболізму (гліколізу) продукується аденозин-трифосфат сполука, що є джерелом енергії для клітин організму. Залежно від кількості кисню переважає один із двох шляхів метаболізму глюкози — аеробний та анаеробний гліколіз. Анаеробний гліколіз переважає в умовах недостатньої кількості кисню (гіпоксія), при цьому метаболіт глюкози піруват не вступає в цикл лимонної кислоти, а метаболізується в лактат, також продукується набагато менше (порівняно з аеробним гліколізом) молекул АТФ, кількість яких є недостатньою для забезпечення потреб життєдіяльності клітин організму. Відомо, що як більшість зі сполук, які виникають у процесі життєдіяльності в організмі людини, лактат виконує певні корисні функції, проте в умовах гіпоксії лактат накопичується в організмі плода і розвивається лактацидемія. Виражена ацидемія порушує роботу клітини, а недостатня кількість АТФ призводить до її загибелі. Таким чином, ацидемія зумовлює пошкодження тканин та органів у плода, насамперед мозку, серця, нирок та печінки, що може призвести до тяжких уражень плода.

! В абсолютній більшості клінічних ситуацій підвищення рівня лактату у плода є результатом збільшення його продукції внаслідок дефіциту кисню, причому підвищення рівня лактату відображає ступінь тяжкості тканинної гіпоксії. Тобто лактат є достовірним маркером гіпоксії плода [22].

Попередні дослідження показали високу інформативність визначення лактату щодо оцінки метаболічного ацидозу. Крім того, для визначення рівня лактату необхідно на порядок менше крові, ніж для рН-метрії (лише 5 мкл), що суттєво спрощує технічне виконання методики, а можливість застосування портативних приладів дозволяє значно зменшити час дослідження та провести його в ліжку пацієнтки без переводу в окремі приміщення для забору крові [23–25]. Отже, метод є безпечним – суттєвих ускладнень не відмічено, прийнятним для пацієнток; можливе його багаторазове використання; негайне отримання результатів дозволяє використовувати його в другий період пологів та в складних для діагностики випадках без ризику втратити так званий золотий час для застосування лікувальних заходів, що особливо важливо для попередження незворотних негативних наслідків для плода та новонародженого.

Підсумовуючи огляд термінології, яка застосовується при порушеному стані плода, необхідно зазначити, що, по-перше, її зміни чітко відображають стан розвитку методів моніторингу плода; по-друге, автори пропонують алгоритми лікувальних заходів при підозрі та/або при порушеному стані плода з урахуванням обмеженості можливостей сучасних методів моніторингу. Безумовно, існує потреба в удосконаленні існуючих та розробці нових методик оцінки стану плода, проте очевидним є також те, що це, враховуючи об'єктивні складнощі, процес тривалий. Водночас ми переконані, що вже зараз на основі удосконалення існуючих методик та, головне, при застосуванні нових підходів та алгоритмів лікувальних дій при порушеному стані плода, які повинні бути диференційовані залежно від етіології, патогенезу, ступеня вираженості гіпоксії плода та враховувати специфічність та чутливість методик оцінки його стану, можна суттєво покращити перинатальні показники.

Крім цього, вкрай важливим в таких ситуаціях є концептуальний підхід, перспективною, на нашу думку, є концепція «плід як пацієнт». Так, якщо розглядати обговорювану проблему з цієї точки зору, логічним є використання при порушеному стані плода терміна «невідкладний стан». Цей термін вживається в інших галузях медицини при тяжкому стані пацієнта, який є загрозливим для здоров'я та життя і потребує термінового вживання відповідних заходів.

В перинатальній медицині до «невідкладних станів» плода належать такі нозологічні форми, перебіг яких призводить до незворотних змін в органах та системах, зумовлюючи загибель плода або тяжкі захворювання та смертність новонароджених. Найбільш значущими з точки зору перинатальної патології є затримка внутрішньоутробного розвитку плода, внутрішньоутробне інфікування, порушення серцевого ритму плода, фетальні анемії (спричинена резус-конфліктом гемолітична анемія плода), патологія плаценти та пуповини, вроджені вади розвитку, плацентарна дисфункція, ускладнення багатоплідної вагітності.

Незважаючи на різницю в етіопатогенезі нозологічних форм, їх об'єднує те, що розвиток патологічного процесу може призводити до розвитку критичного стану плода, що загрожує його життю та здоров'ю. Саме закономірність розвитку критичних станів плода вимагає розглядати ці нозології як невідкладні стани, тобто такі, що потребують негайної курації з метою запобігання розвитку несприятливих перинатальних наслідків.

Розвиток патологічного процесу при вищевказаних нозологічних формах можна розділити на періоди компенсації, субкомпенсації та декомпенсації. Залежна від різних факторів компенсація може мати різну тривалість – від декількох хвилин до тижнів. Особливо важлива фаза субкомпенсації, яка є набагато коротшою та головне – важко піддається діагностиці, хоча саме цей період є часом для прийняття дієвих лікувальних заходів. Остання фаза – декомпенсації – характеризується суттєвими змінами у стані плода, що в значному відсотку випадків призводить до неприйнятних наслідків. Очевидно, що основним завданням є недопущення настання декомпенсації. Ще одним фактором, що об'єднує ці нозологічні форми, є єдині патологічні процеси на клітинно-молекулярному рівні, об'єднані термінами «тканинна гіпоксія» та «ацидоз», які є основою розвитку «критичних станів» плода. Тобто різні етіології і патогенез вищевказаних нозологічних форм призводять до однакових універсальних патологічних змін на клітинно-молекулярному рівні. Цю єдність відображає неспецифічність широко вживаного дотепер терміна «дистрес плода», який застосовується для всіх порушених станів плода.

Таким чином, згідно з концепцією невідкладних станів основними сучасними завданнями для розробки відповідних алгоритмів лікувальних дій при порушеному стані плода є встановлення чітких діагностичних критеріїв високої імовірності критичного стану плода, за якого застосування відповідно розроблених заходів забезпечуватиме максимально можливі позитивні перинатальні показники. Іншими словами, ми не ставимо за мету заздалегідь неможливе завдання – вчасно виявити 100% випадків розвитку невідкладного стану плода, ми повинні вчасно виділити групу ризику, в яку мають увійти всі вагітні, у яких може розвинутися «критичний стан» плода, і вчасно, на випередження, ужити невідкладних лікувальних заходів. При вдалому втіленні такого підходу частка випадків, де загроза розвитку «критичних станів» була хибно переоцінена, буде незначною, а негативний вплив – мінімальним. Тільки такий математичний (статистичний) підхід дозволить отримати кращі результати на цьому етапі розвитку перинатології, коли методи діагностики не є абсолютно точними і дають прогноз із певною вірогідністю.

Необхідно також зазначити, що такий підхід вже давно є загальноприйнятим і успішним в іншій галузі перинатальної медицини – пренатальній діагностиці, коли ми проводимо скринінгові дослідження, виділяючи групу ризику для проведення інвазивної діагностики.

Література

- Haverkamp A.D., Orleans M., Langendoerfer S., McFee J., Murphy J., Thompson H.E. A controlled trial of the differential effects of intrapartum fetal monitoring. *Am J. ObstetGynecol* 1979;134:399-412.
- Alfirevic Z., Devane D., Gyte G.M. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(5): CD006066.
- National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during child-birth. NICE clinical guideline 190. [Manchester]: NICE; 2014.
- George Saade. Fetal ECG analysis of the ST segment as an adjunct to intrapartum fetal heart rate monitoring: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics&Gynecology Supplement to January* 2015. S2
- Langer B., Vayssiere C. Oximetry, fetal ECG and Oxford monitoring (compared to scalp pH) // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. – 2008. – Vol. 37 (Suppl. 1). – P. S72–S80.
- Martin A. Fetal heart rate during labour: definitions and interpretation // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. – 2008. – Vol. 37 (Suppl. 1). – S34–S45.
- Blair E., Stanley F.J. Cerebral palsy in low-birthweight infants // *Dev. Med. Child. Neurol.* – 1988. – Vol. 30, 4. – P. 550-552.
- MacLennan A. A template for defining a causal relation between acute intrapartum events and cerebral palsy: international consensus statement // *Br. Med. J.* – 1999. – Vol. 319. – P. 1054-1059.
- The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Intrapartum Fetal Surveillance. Clinical Guideline – Third Edition 2014. Melbourne: RANZCOG; 2014.
- Holzmann M., Nordstrom L. Follow-up national survey (Sweden) of routines for intrapartum fetal surveillance. *ActaObstetGynecolScand* 2010;89:712-4.
- Furukawa S., Sameshima H., Ikenoue T. Intrapartum late deceleration develops more frequently in preeclamptic women with severe proteinuria // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* – 2006. – Vol. 32, 1. – P. 68-73.
- East C.E., Leader L.R., Sheehan P., Henshall N.E., Colditz P.B. Intrapartum fetal scalp lactate sampling for fetal assessment in the presence of a non-reassuring fetal heart rate trace. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(3): CD006174.
- Holzmann M., Wretler S., Cnattingius S., Nordstrom L. Cardiotocography patterns and risk of intrapartum fetal acidemia. *J. Perinat Med* 2014 Jun 10 [Epub ahead of print].
- Allen R.M., Bowling F.G., Oats J.J. Determining the fetal scalp lactate level that indicates the need for intervention in labour. *Aust N Z J ObstetGynaecol* 2004;44:549-52.
- Women and Newborn Health Service. King Edward Memorial Hospital. 5.7 Management of Suspected Acute Fetal Compromise. 5.7.2 Fetal Scalp Blood Sampling. King Edward Memorial Hospital: Perth; 2011 [http://www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G_guidelines/sectionb/5/b5.7.2.pdf]. Accessed 2014 Apr 29.
- E.Wiberg-Itzel et al. Determination of pH or lactate in fetal scalp blood in management of intrapartum fetal distress: randomized controlled multicentre trial. *BMJ*. June, 7, 2008; 336:1284-1287.
- East C.E., Leader L.R., Sheehan P., Henshall N.E., Colditz P.B., Intrapartum fetal scalp lactate sampling for fetal assessment in the presence of a non-reassuring fetal heart rate trace. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3. Art. No.: CD006174. DOI: 10.1002/14651858.CD006174.pub2.
- Doret M., Constans A., Gaucherand P. Physiologic basis for fetal heart rate analysis during labour // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. – 2010. – Vol. 39, 4. – P. 276-283.
- Kazandi M., Sendag F., Akercan F. Different types of variable decelerations and their effects to neonatal outcome // *Singapore Med. J.* – 2003. – Vol. 44, 5. – P. 243-247.
- Westgate J.A., Wibbens B., Bennet L. et al. The intrapartum deceleration in center stage: a physiologic approach to the interpretation of fetal heart rate changes in labor // *Am J Obstet Gynecol.* – 2007. – Vol. 197, 3. – P. 1-11.
- Carbonne B., Nguyen A. Fetal scalp blood sampling for pH and lactate measurement during labour // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. – 2008. – Vol. 37 (Suppl. 1). – S65–S71.
- Milley J.R. Uptake of exogenous substrate during hypoxia in fetal lambs. *American Journal of Physiology* 1988; 254: E572–E578.
- East C.E., Leader L.R., Sheehan P., Henshall N.E., Colditz P.B. Intrapartum fetal scalp lactate sampling for fetal assessment in the presence of a non-reassuring fetal heart rate trace. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3. Art. No.: CD006174. DOI: 10.1002/14651858.CD006174.pub2.
- Carbonne B., Nguyen A. Fetal scalp blood sampling for pH and lactate measurement during labour // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. – 2008. – Vol. 37 (Suppl. 1). – S65–S71.
- Nordstrom L., Ingemarsson I., Kublickas M. et al. Scalp blood lactate: a new test strip method for monitoring fetal wellbeing in labour // *Br J Obstet Gynaecol.* – 1995. – Vol. 102, 11. – P. 894-899.
- Пехньо Н.В., Марушак О.В., Мельник Ю.М. // *Здоров'я жінки* № 5-100-105.

НОВОСТИ

Роль лактобацилл в вагинальній мікрофлорі на ранніх сроках вагітності: ретроспективне когортне дослідження

В ході ретроспективного дослідження учені з Австрії оцінили, як впливають на акушерські исходи вагинальні лактобацилли у вагітних з проміжним типом мазка. В ньому взяли участь жінки з одноплодною вагітністю, котрим проводили рутинний скринінг з метою виявлення асимптомних вагінальних інфекцій. Вагінальні мазки окрашивались по Граму і класифіковувались в відповідності з системою балльної оцінки Нугента як нормальна мікрофлора (0-3 бала), проміжочна вагінальна флора (4-6 баллів) або як бактеріальний вагіноз (7-10 баллів). Далішнє дослідження було проведено тільки у 529 (із 8421) жінок з проміжним типом мазка. Жінки з балльною оцінкою по шкалі Нугента, рівній 4 балам, були додатково розділені на підгрупи з наявністю або відсутністю лактобацилл. В період наступного спостереження взяті вагінальні мазки здійснювались через 4-6 тижнів після первісного дослідження. В якості критерію оцінки исходу розглядался гестаційний вік плода на момент родорозрешення і вага при народженні.

Серед жінок з проміжним типом мазка 349/529 (66%) мали оцінку по шкалі Нугента, рівну 4 балам, 94/529 (17,8%) – 5 баллів і 86/529 (16,2%) – 6 баллів. Із жінок з оцінкою по шкалі Нугента, рівній 4 балам, 232/349 (66,5%) жінок були віднесені до підгрупи з наявністю в мазку лактобацилл, а 117/349 (33,5%) – до підгрупи без лактобацилл в мазку. Було встановлено, що частота преждевременних родов була нижче в підгрупі жінок з наявністю лактобацилл в мазку в порівнянні з жінками без них (ОР 0,34; ДІ 0,21-0,55; p<0,001). Середня вага при народженні становила 2979±842 г і 2388±1155 г в досліджуваних групах відповідно (середнє відхилення 564,12; ДІ 346,23-781,92; p<0,001). При дослідженні вагінальних мазок, взятих в період наступного спостереження, частота виявлення бактеріального вагінозу становила 9% в групі з наявністю лактобацилл і 7,8% – в групі без лактобацилл. Таким чином, на основі отриманих результатів автори зробили висновок, що відсутність лактобацилл в мікрофлорі вагіни і наявність бактеріального вагінозу підвищують ризик преждевременних родов і народження дитини з низкою вагою при народженні у жінок з проміжним типом вагінальної мікрофлори на ранніх сроках вагітності.

Farr A. et al. // *PLoS One.* – 2015. – Vol. 10 (12). – e0144181

Індукція родов в порівнянні з вижидательною тактикою при макросомії плода: рандомізоване контрольоване дослідження

Відомо, що макросомія у плода підвищує ризик таких ускладнень при родах, як плечова дистосія. Акушери-гінекологи з Швейцарії і Франції порівняли дві тактики ведення родов при вагітності, коли вага плода перевищує норму для даного гестаційного віку, – індукцію родов і вижидательне ведення вагітності. В ході проведеного рандомізованого контрольованого дослідження оцінювалась частота виникнення плечової дистосії, перелома ключиці, поранення плечевого сплетення і внутрішньочерепного кровоизливання у новонародженого при використанні вказаних тактик, а також показателі неонатальної і материнської захворюваності, асоційовані з макросомією. В дослідженні взяли участь жінки з одноплодною вагітністю, розрахована вага плода у котрих перевищувала показувальний 95-го перцентиль, із 19 акушерських центрів Франції, Швейцарії і Бельгії. В групу індукції родов на 37-38-й тижні гестації були рандомізовані 409 жінок, а в групу вижидательної тактики ведення – 413 жінок (в остаточний аналіз було включено 407 і 411 жінок відповідно).

Середня вага плода при народженні становила 3831 г в групі індукції родов і 4118 г в групі використання вижидательної тактики. Було встановлено, що індукція родов достовірно знижувала ризик плечової дистосії або асоційованої з нею захворюваності (n=8) порівнянні з вижидательною тактикою (n=25; ОР 0,32; 95% ДІ 0,15-0,71; p=0,004). В ході дослідження не було зареєстровано ні одного випадку поранення плечевого сплетення, внутрішньочерепного кровоизливання або перинатальної смерті. Вероятність успішного самостійного родорозрешення через естественні родові шляхи була вище у жінок в групі індукції родов, ніж в групі, в якій застосовувалась вижидательна тактика ведення (ОР 1,14; 95% ДІ 1,01-1,29). Частота виконання кесарева сечення і показателі неонатальної захворюваності достовірно не відрізнялись між групами.

Таким чином, тактика індукції родов на 37-38-й тижні гестації при вагітності плодом з макросомією асоційована з меншим ризиком плечової дистосії і пов'язаною з нею ускладненою захворюваністю порівнянні з вижидательною тактикою. Індукція родов не підвищує ризик кесарева сечення і збільшує частоту успішних самостійних вагінальних родов.

Boulvain M. et al. // *Lancet.* – 2015. – Vol. 385 (9987). – P. 2600-2605

Підготувала **Елена Терещенко**

