

По страницам Кокрановской библиотеки



Ведение третьего периода родов с позиции доказательной медицины

Третий период родов – самый динамичный, непредсказуемый и ответственный, требующий максимальной концентрации от медицинского персонала. На первый взгляд, данный вопрос является хорошо изученным, поскольку связан с угрозой кровотечений и материнской смертностью. Однако практика показывает, что ведение третьего периода родов остается актуальным вопросом, что определяется трудностями практической реализации основных положений классического акушерства. Нерешенные вопросы третьего периода родов стали причиной внедрения в акушерскую практику концепции активного его ведения, которая не является однозначной.

Использование препаратов, уменьшающих тонус матки при задержке отделения плаценты

Невозможность рождения плаценты – это редкая ситуация, которая связана со значительной заболеваемостью и смертностью при отсутствии лечения. Традиционно в этой ситуации под анестезией в матку врач вводит руку для того, чтобы произвести отделение плаценты. Однако эта процедура сопряжена с высоким риском, поэтому целесообразно использование препаратов, уменьшающих маточный тонус (токолитиков), как в отдельности, так и в сочетании с препаратами, стимулирующими сокращения матки, помогая рождению плаценты и предотвращая использование инвазивных методов.

Этот систематический обзор включал одно исследование. В нем принимали участие 24 женщины, у которых плацента оставалась в матке через 40 минут после рождения ребенка. Для облегчения рождения последа одной группе пациенток назначался нитроглицерин в таблетках (под язык), другой группе – плацебо. Всем роженицам вводился окситоцин. Результаты исследования показали, что у женщин, которые получали нитроглицерин, кровопотери были меньшими, а ручное отделение плаценты проводилось реже. Назначение нитроглицерина сублингвально способствовало незначительному снижению артериального давления и учащению частоты сердечных сокращений. Полученный результат требует подтверждения в больших исследованиях с адекватными группами для того, чтобы определить роль токолитических препаратов в рождении последа различного типа.

Задержка отделения плаценты встречается в 0,5-3% всех родовспоможений и связана с непосредственной угрозой для жизни роженицы при отсутствии лечения. Использование токолитиков самостоятельно или в сочетании с утеротониками может уменьшить необходимость в ручном отделении плаценты в операционной под анестезией.

Цель этого систематического обзора – оценить преимущества и вред от использования токолитиков самостоятельно или в сочетании с утеротониками при рождении последа для того, чтобы уменьшить необходимость в ручном отделении плаценты.

Для поиска РКИ использовали данные Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (31 октября 2010 г.), а также контактировали с экспертами в этой области.

Критериям включения соответствовало одно исследование, в котором участвовали 24 женщины. В нем сравнивалось использование нитроглицерина в таблетках и плацебо при отсутствии эффекта от введения окситоцина. Было отмечено статистически значимое уменьшение в необходимости ручного отделения плаценты (относительный риск (ОР) 0,04, 95% доверительный интервал (ДИ) 0,00-0,66). Также отмечалось статистически значимое уменьшение средней кровопотери в течение третьего периода родов (средняя погрешность 262,5 мл, 95% ДИ 364,95-160,05). При этом необходимо отметить, что нитроглицерин был причиной некоторых гемодинамических

изменений, так как снижал систолическое и диастолическое артериальное давление в среднем на 6 и 5 мм рт. ст. соответственно. Частота сердечных сокращений увеличивалась в среднем на 2 уд/мин.

Авторы обзора пришли к выводу, что нитроглицерин сублингвально (при отсутствии эффекта от окситоцина) уменьшает необходимость в ручном отделении плаценты и объем кровопотери в течение третьего периода родов в сравнении с плацебо. Для подтверждения клинической значимости и безопасности этого метода необходимо проведение дальнейших исследований. Его рутинное применение не может быть рекомендовано, так как эффективность метода доказана только в одном маленьком исследовании. Доказательств об эффективности других видов токолитиков нет.

Abdel-Aleem H. et al., Cochrane Database of Syst Rev, 2011, CD007708

Внутрипуповинное введение препаратов для рождения плаценты

Как правило, плацента рождается через некоторое время после рождения ребенка. Задержка выделения плаценты у роженицы увеличивает риск тяжелого кровотечения, развития инфекционного процесса и достаточно редко – смерти. Ручное отделение плаценты представляет собой оперативное вмешательство по удалению плаценты и имеет определенные побочные эффекты. Введение раствора окситоцина в пуповину после ее пересечения – это недорогая и простая манипуляция, которая может быть проведена до рождения плаценты. При обзоре 15 исследований (n=1704 пациента) были обнаружены доказательства того, что введение окситоцина в пуповинную вену уменьшает необходимость в ручном отделении плаценты после рождения ребенка. Хотя рандомизированные исследования высокого качества показывают, что введение окситоцина не производит эффект или же оказывает незначительное действие. Задержка отделения или рождения плаценты увеличивает риск материнской смертности. Ручное отделение плаценты – это инвазивная процедура, которая может быть причиной серьезных осложнений, таких как кровотечение, инфекция и травма половых органов.

Цель этого систематического обзора – оценить эффективность введения солевых растворов или окситоцина в пуповинную вену в сравнении с выжидательной тактикой или альтернативным раствором, или другим утеротоническим препаратом при задержке отслоения плаценты.

Для поиска РКИ использовали данные Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (до 28 февраля 2011 г.)

В обзор включались рандомизированные исследования, в которых сравнивалась эффективность внутрипуповинного введения солевых или других растворов с/без окситоцина, или альтернативного раствора с другим утеротоническим препаратом, а также выжидательной тактики в лечении задержки отделения плаценты.

В обзор были включены 15 исследований (n=1704 пациентки).

Исследования были различного качества. Сравнение эффективности выжидательной тактики и внутрипуповинного введения солевых растворов не показало значительной разницы в частоте проведения ручного отделения плаценты (ОР 0,99, 95% ДИ 0,84-1,16). Внутрипуповинное введение окситоцина в сравнении с выжидательной тактикой не влияло на необходимость ручного отделения плаценты (ОР 0,87, 95% ДИ 0,74-1,03). В сравнении с солевым раствором окситоцин уменьшал необходимость в ручном отделении плаценты, однако эта разница не была статистически значимой (ОР 0,91, 95% ДИ 0,82-1,0). При оценке результатов только высококачественных исследований статистически значимой разницы обнаружено не было (ОР 0,92, 95% ДИ 0,83-1,01).

Сравнение эффективности внутрипуповинного введения окситоцина и плазмы не показало никакой статистически значимой разницы в исходах (по данным одного небольшого исследования). Введение простагландинов в сравнении с введением солевых растворов приводило к статистически значимому уменьшению необходимости в проведении ручного отделения плаценты (ОР 0,42, 95% ДИ 0,22-0,82), но не было отмечено никакой разницы в других исходах. Введение простагландина и солевого раствора приводило к статистически значимому уменьшению необходимости в проведении ручного отделения плаценты в сравнении с введением окситоцина и солевого раствора (ОР 0,43, 95% ДИ 0,25-0,75). Также отмечалось небольшое уменьшение временного промежутка от введения раствора до рождения плаценты (средняя погрешность 6,00, 95% ДИ 8,78-3,22). Для проведения этого метаанализа использовались данные двух небольших исследований.

Авторы пришли к выводу, что введение раствора окситоцина в пуповину после ее пересечения – это недорогая и простая манипуляция, которая может быть проведена до рождения плаценты. Однако данные рандомизированных исследований высокого качества показывают, что введение окситоцина не оказывает действия или производит незначительный эффект на рождение плаценты. Необходимо проведение дальнейших исследований для определения оптимального времени для ручного отделения плаценты и эффективности внутрипуповинного введения простагландинов.

Nardin J.M. et al. Cochrane Database of Syst Rev, 2011, CD001337

Рождение плаценты с применением активной, выжидательной и смешанной тактик в третьем периоде родов

После рождения ребенка матка продолжает сокращаться, для того чтобы отделить плаценту от своих стенок. Затем мать рождает плаценту, или послед. Это – выжидательная тактика в третьем периоде родов. Активное ведение третьего периода родов включает введение утеротоников, для того чтобы улучшить сокращение матки, а также ранее пережатие пуповины (обычно до или сразу после введения утеротоников, до уменьшения пульсации). Также проводится тракция пуповины с дополнительным давлением на матку для отделения плаценты (контролируемая тракция пуповины). Иногда порядок применения этих компонентов может различаться. При смешанной тактике используются некоторые, но не все эти компоненты. Активное ведение было разработано для уменьшения кровотечения, являющегося основной причиной смерти рожениц в странах с низким уровнем доходов, где женщины плохо питаются, страдают от анемии и инфекционных заболеваний. В странах с высоким уровнем жизни кровотечения развиваются реже, тем не менее тактика активного ведения

третьего периода родов является стандартной во многих странах.

Цель этого систематического обзора – оценить эффективность выжидательной тактики и активного ведения третьего периода родов.

Для поиска РКИ использовали данные Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register (до 15 февраля 2011 г.).

В обзор были включены 7 исследований (n=8247 пациенток): 6 исследований проводились в странах с высоким уровнем доходов и одно исследование – в стране с низким уровнем жизни. В четырех исследованиях сравнивалась эффективность выжидательной тактики и активного ведения, в трех – активного ведения и комбинации подходов. При проведении анализа мы использовали модель случайных эффектов из-за клинической гетерогенности. Результаты показали, что у женщин со смешанными уровнями риска кровотечения активное ведение третьего периода родов уменьшало средний риск первичного материнского кровотечения (более 1000 мл) во время родов (среднее соотношение рисков 0,34, 95% ДИ 0,14-0,87, три исследования, n=4636 пациенток) и уровень гемоглобина у матери менее 90 г/л после рождения (среднее соотношение рисков 0,50, 95% ДИ 0,30-0,83, два исследования, 1572 пациентки). Также не было обнаружено разницы ни в частоте госпитализации детей в неонатальные отделения (среднее соотношение рисков 0,81, 95% ДИ 0,60-1,11), ни в частоте развития желтухи новорожденных, требующих лечения (соотношение рисков 0,96, 95% ДИ 0,55-1,68, два исследования, 3142 пациентки). Не было данных по другим первичным результатам – остром послеродовом кровотечении во время родов (более 2500 мл), материнской смертности или полицитемии новорожденных, требующей лечения.

При активном ведении третьего периода родов отмечалось значительное снижение частоты первичной кровопотери более 500 мл, средней кровопотери во время родов, частоты переливания крови матери и введения утеротоников в третьем периоде родов или в течение первых 24 часов. Также отмечалось значительное повышение диастолического артериального давления у матери, частоты случаев рвоты после родов, болевого синдрома, использования анальгетиков после родов вплоть до выписки из роддома. Большое количество женщин были повторно госпитализированы с кровотечением. При активном ведении третьего периода родов отмечалось снижение веса ребенка при рождении, что связано с нарушением плацентарной трансфузии.

В подгруппе женщин с низким риском обильных кровотечений полученные результаты были аналогичными, кроме отсутствия значительной разницы между группами с острым кровотечением или при уровне гемоглобина у матери менее 90 г/л (в течение 24-72 ч).

Авторы пришли к выводу, что активное ведение третьего периода родов уменьшало риск кровотечений более 1000 мл в родах у женщин со смешанным риском обильных кровотечений, однако были обнаружены отрицательные моменты этого метода. Женщины должны быть проинформированы о преимуществах и недостатках всех методов. Учитывая проблемы, которые возникают при раннем пережатии пуповины, а также отрицательные эффекты от введения утеротоников, необходимо индивидуально подходить к выбору метода ведения третьего периода родов. Необходимы данные из стран с низким уровнем доходов.

Begley C.M. et al., Cochrane Database of Syst Rev, 2011, CD007412

Подготовила Анастасия Лазаренко