

РЕЗЮМЕ КОКРЕЙНОВСКИХ ОБЗОРОВ

Уважаемые читатели «Казанского медицинского журнала»!

В соответствии с договором между «Казанским медицинским журналом» и Кокрейновской библиотекой (Cochrane Library) мы продолжаем публикацию переводов на русский язык резюме на простом языке (Plain Language Summaries) систематических обзоров, опубликованных в базе Кокрейновской библиотеки. Переводы на русский язык подготовлены в Координационном центре Кокрейн Россия. Оригинальные версии резюме на английском языке этих и других кокрейновских обзоров, а также их переводы на русский язык заинтересованные читатели смогут найти в открытом доступе на сайтах www.cochrane.org и www.russia.cochrane.org/ru.

Безопаснее ли вызвать роды немедленно или выжидать, если у матери имеется повышенное, но не постоянно высокое кровяное давление после 34 нед беременности?

В чем суть проблемы? У женщин с высоким кровяным давлением (гипертензией) во время беременности или при развитии преэклампсии (высокое кровяное давление с наличием белка в моче или вовлечение других систем и органов, или всё вместе) могут развиваться серьёзные осложнения. Возможными осложнениями у матери являются усугубление преэклампсии, развитие судорог и эклампсии, HELLP-синдрома (гемолиз, повышенный уровень ферментов печени и низкое количество тромбоцитов), отслоение плаценты, печёночная недостаточность, почечная недостаточность, а также проблемы с дыханием из-за накопления жидкости в лёгких.

Роды обычно предотвращают утяжеление гипертензии, но, ребёнок, рождённый раньше срока, имеет другие проблемы со здоровьем, например дыхательные расстройства в связи с незрелостью лёгких. Вызывание родов может привести к избыточной стимуляции сокращений и дистресс-синдрому плода. Другой вариант — дождаться естественных родов, внимательно наблюдая за состоянием матери и ребёнка.

Почему это важно? Поскольку есть преимущества и риски как у запланированных родов раньше срока, так и у выжидательной тактики, когда у матери имеется высокое кровяное давление к концу беременности, нам хотелось узнать, какая же из тактик является наиболее безопасной. Мы рассмотрели клинические испытания, в которых сравнивались запланированные роды раньше срока путём вызывания родов или путём кесарева сечения и выжидательная тактика.

Какие доказательства мы обнаружили? Мы провели поиск доказательств, имеющих на 12 января 2016 г., и обнаружили пять рандомизированных исследований, в которых приняли участие 1819 женщин. Два исследования были масштабными и высокого качества, в них приняли

участие 704 женщины с гипертензией во время беременности, лёгкой преэклампсией или с усугублением имеющейся гипертензии на сроке 34–37 нед, а также 756 беременных женщин с гипертензией или лёгкой преэклампсией на сроке 36–41 нед. Немногие женщины, у которых были запланированные роды раньше срока, испытали серьёзные неблагоприятные исходы (1459 женщин, доказательства высокого качества). Для того чтобы сделать какие-либо выводы относительно количества детей, рождённых с плохим состоянием здоровья, было недостаточно информации и имелся высокий уровень вариабельности между двумя исследованиями (1495 младенцев, низкое качество доказательств). Не обнаружено различий между ранними запланированными родами и отложенными родами по показателям количества применения кесарева сечения (четыре исследования, 1728 женщин, умеренное качество доказательств) или продолжительности пребывания матерей в больнице после родов (два исследования, 925 женщин, умеренное качество доказательств) или ребёнка (одно исследование, 756 младенцев, умеренное качество доказательств). У большинства детей, рождённых преждевременно, имелись респираторные проблемы (респираторный дистресс-синдром, три исследования, 1511 младенцев), или они были госпитализированы в неонатальное отделение (четыре исследования, 1585 младенцев). У небольшого количества женщин, родивших преждевременно, развился HELLP-синдром (три исследования, 1628 женщин) или серьёзные проблемы с почками (одно исследование, 100 женщин).

В двух исследованиях сравнивались женщины с преждевременными родами на сроках 34–36 нед и 34–37 нед с группой сравнения, которые наблюдались до 37 нед, когда роды вызывались

искусственно в случае, если они не начинались спонтанно. В трёх исследованиях сравнивали женщин с искусственно вызванными родами с нормальной продолжительностью беременности или с продолжительностью, близкой к нормальной, на сроках 37 полных недель и на сроках с 36-й по 41-ю неделю, и женщин, наблюдавшихся до 41-й недели, когда роды вызывались искусственно в случае, если они не начинались спонтанно. Критерии включения и исключения также различались в пяти исследованиях.

Информация, касающаяся того, к какой группе исследования относились женщины, не скрывалась как от женщин, так и от клиницистов. Женщины и сотрудники были осведомлены об этом вмешательстве, что могло отразиться на аспектах ухода и принятии решений. Большинство доказательств было умеренного качества, поэтому мы можем быть относительно уверены в результатах.

Что лучше для ребёнка: быть рождённым незамедлительно или ждать спонтанных родов, когда воды отойдут в срок 37 нед или более?

В чем суть проблемы? Если воды у беременной женщины отходят без наступления схваток (дородовой разрыв плодных оболочек — ДРПО) на 37-й неделе беременности или в более поздние сроки, есть два варианта: первый заключается в вызывании родов искусственными методами, чтобы ребёнок родился как можно скорее (планирование ранних родов); второй вариант подразумевает ожидание начала естественных родов (выжидательная тактика).

Почему это важно? В предыдущей версии этого обзора мы установили, что планирование ранних родов может снизить риск материнской инфекции без повышения риска кесарева сечения в сравнении с выжидательной тактикой. При планировании ранних родов меньшее число новорождённых попадали в отделение интенсивной терапии, хотя различий в частоте неонатальных инфекций не было. Хотя в раннем вызывании родов и есть некоторая польза, важно иметь более полную картину того, что происходит при планировании ранних родов в сравнении с ожиданием начала естественных родов.

Какие доказательства мы нашли? Этот обзор включает данные из 23 рандомизированных контролируемых испытаний с участием 8615 беременных женщин на 37-й неделе или позднее. Лишь 3 испытания характеризовались низким риском систематической ошибки, а качество доказательств в обзоре варьировало от очень низ-

Что это значит? В целом, если роды были вызваны немедленно после 34-й недели беременности, риск осложнений для матери был ниже, и в целом не было очевидных различий в частоте осложнений для ребёнка, но информация была ограничена.

Эти результаты применимы к общей акушерской практике, когда расстройства, связанные с повышенным кровяным давлением во время беременности, рассматриваются вместе. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы рассмотреть различные типы гипертонических расстройств индивидуально.

Обзор следует цитировать таким образом:

Cluver C, Novikova N, Koopmans CM, West HM. Planned early delivery versus expectant management for hypertensive disorders from 34 weeks gestation to term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD009273. DOI: 10.1002/14651858.CD009273.pub2.

кого до умеренного. При планировании ранних родов в 10 испытаниях для индукции родов внутривенно вводился окситоцин, в 12 испытаниях использовались простагландины, в одном оценивали каулофиллум, а ещё в одном — иглоукалывание.

Результаты показали, что планирование ранних родов при ДРПО у доношенных снизило риск инфекций у беременных женщин [включая инфекции околоплодных оболочек и амниотической жидкости (хориоамнионит)] в сравнении с выжидательной тактикой (8 испытаний, 6864 женщины, доказательства низкого качества). Планирование ранних родов также снизило риск определённых или возможных инфекций у детей (16 испытаний, 7314 детей, доказательства низкого качества). Однако не было замечено различий в частоте кесаревых сечений (23 испытания, 8576 женщин, доказательства низкого качества), числе серьёзных заболеваний или смертей среди женщин (3 испытания, 425 женщин, доказательства очень низкого качества), определённых инфекций у детей (6 испытаний, 1303 ребёнка, доказательства очень низкого качества) или смертности среди детей (8 испытаний, 6392 ребёнка, доказательства умеренного качества). Дети, рождённые после запланированных ранних родов, с меньшей вероятностью попадали в отделение интенсивной терапии (8 испытаний, 6179 детей); как женщи-