

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 — иглоукальвание.

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-

ны (2 испытания, 748 женщин), так и их дети (4 испытания, 5691 ребёнок) меньше пребывали в больнице после запланированных ранних родов. Женщины имели более положительный опыт при планировании ранних родов в сравнении с выжидательной тактикой (2 испытания, 5134 женщины).

**Что это значит?** Планирование ранних родов (в сравнении с выжидательной тактикой) после ДРПО у доношенных может помочь снизить частоту инфекций у женщин без увеличе-

ния необходимости в кесаревом сечении; частота неонатальных инфекций также может быть снижена. Однако необходимы доказательства относительно долгосрочных эффектов у детей.

**Обзор следует цитировать таким образом:**

Middleton P, Shepherd E, Flenady V, McBain RD, Crowther CA. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1, Art. No.: CD005302. DOI: 10.1002/14651858.CD005302.pub3.

### **Что лучше для ребёнка — немедленное рождение или ожидание начала родов в случае, если околоплодные воды отошли на сроке до 37-й недели беременности при отсутствии схваток?**

**В чем суть проблемы?** В случае если отхождение околоплодных вод у беременной женщины происходит без схваток до 37-й недели беременности, есть два варианта: как можно быстрое рождение ребёнка или же ожидание естественного начала родов. Нам необходимо тщательно изучить риски и пользу обоих вариантов.

**Почему это важно?** Слишком раннее рождение может увеличить вероятность проблем, связанных с недоношенностью, таких как проблемы с дыханием и более длительное пребывание в отделении интенсивной терапии новорождённых. Однако сохранение плода в матке в таких ситуациях может вызвать инфекции как у матери, так и у ребёнка, и привести к серьёзным проблемам со здоровьем и даже к смерти. Цель этого обзора — выяснить, какой вариант является оптимальным.

**Какие доказательства мы обнаружили?** Мы включили 12 испытаний, в которых приняли участие 3617 женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек. Женщины были случайным образом отобраны в группы ранних родов или выжидательной тактики (ожидание начала родов). Срок беременности женщин составлял от 25 до 37 нед. Исследования проводились в 16 странах в период с 1977 по 2013 гг. В целом, по нашей оценке, в 12 исследованиях был низкий или неясный риск смещения, а качество доказательств варьировало от умеренно до высокого.

Мы не обнаружили различий в частоте инфекций у младенцев или смертности детей до

их рождения между двумя группами. Однако ранние роды повышали риск смерти младенцев после рождения, а также проблем с дыханием, когда новорождённые нуждались в дополнительной дыхательной поддержке. Дети матерей, у которых были запланированы ранние роды, с большей вероятностью поступали в отделения интенсивной терапии новорождённых и рождались раньше, чем дети матерей, в отношении которых применяли выжидательную тактику. Ранние роды также были связаны с повышением частоты кесарева сечения, стимуляции родов и риска инфицирования слизистой оболочки матки, но снижали риск инфицирования оболочек. Женщины, распределённые в группу выжидательной тактики, дольше находились в стационаре.

**Что это значит?** При отхождении околоплодных вод у беременных женщин на сроке до 37-й недели беременности ожидание естественного начала родов является наиболее оптимальным вариантом для достижения лучших исходов со стороны здоровья, если нет других причин, по которым ребёнок должен родиться немедленно.

**Обзор следует цитировать таким образом:**

Bond DM, Middleton P, Levett KM, van der Ham DP, Crowther CA, Buchanan SL, Morris J. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD004735. DOI: 10.1002/14651858.CD004735.pub4.