

ВЛИЯНИЕ ИННОВАЦИОННОГО МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ НА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ЦЕФАЛО-ПЕЛЬВИЧЕСКОЙ ДИСТОЦИИ

Омуркулова Г.С., Мусуралиев М.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представлены результаты акушерских и перинатальных исходов при цефало-пельвической дистоции у 140 женщин, поступивших на роды в городской перинатальный центр. Основным показанием к оперативному родоразрешению являлся дистресс плода, вследствие поздней диагностики цефало-пельвической дистоции. Риск развития гипербилирубинемии у плода выше в 1,6 раза при традиционном кесаревом сечении, чем при кесаревом сечении с инновационным подходом. Диагностика степени асфиксии по показателям функционального состояния эритроцитов позволяет правильно осуществить диагностику и выбрать тактику лечения гипоксии новорожденного впервые минуты жизни и существенно снизит перинатальные потери.

Ключевые слова: гипоксия, кесарево сечение, цефало-пельвическая дистоция, кефалогематома, билирубинемия.

ЦЕФАЛО-ПЕЛЬВИЯЛЫК ДИСТОЦИЯСЫНДА ЫМЫРКАЙЛАРГА ОПЕРАТИВДҮҮ ТӨРӨТҮҮДӨ ИННОВАЦИЯЛЫК ЫКМАНЫН ТААСИРИ

Омуркулова Г.С., Мусуралиев М.С.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Шаардык перинаталдык борборго төрөөгө түшкөн цефало-пельвиялык дистоциясында 140 аялдын акушердик жана перинаталдык натыйжасынын жыйынтыгы көрсөтүлгөн. Таасирдүү төрөтүүдө негизги көрсөтмө болуп цефало-пельвиялык дистоциясынын кечиккен диагностикасы кесепеттүү түйүлдүктүн дистресси болуп саналат. Түйүлдүктө гипербилирубинемиянын өөрчүү коркунучу төрөт болгон эненин кардын жана жатынын операция кылып баланы чыгарууда инновациялык жолго караганда адат болгон ыкмада 1,6 эсе жогору. Эритроциттердин функционалдуу абалынын көрсөткүчтөрү боюнча тумчугуунун деңгээлинин диагностикасы диагностиканы туура ишке ашырууну жана ымыркайдын жашоосунун биринчи мүнөттөрүндөгү гипоксияны дарылоо тактикасын тандоого жана перинаталдык жоготууларды кыйла азайтат.

Негизги сөздөр: гипоксия, төрөт болгон эненин кардын жана жатынын операция кылып баланы чыгаруу, цефало-пельвиялык дистоция, кефалогематома, билирубинемия.

THE IMPACT OF AN INNOVATIVE METHOD OF OPERATIVE DELIVERY WITH CEPHALOPELVIC DYSTOCIA ON NEWBORNS

Omurkulova G.S., Musuraliev M.S.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The results of obstetric and perinatal outcomes in cephalopelvic dystocia in 140 women which admitted for delivery in the municipal perinatal center. The main indication for operative delivery was fetal distress due to late diagnosis of the cephalopelvic dystocia. The risk of developing hyperbilirubinemia of fetus increase above 1,6 times on the traditional cesarean section than for cesarean section with an innovative approach. Diagnosis of degree the asphyxia in terms of the functional state of erythrocytes can properly carry out the diagnosis and treatment of hypoxia choose tactics newborn in first moments of the life and significantly reduce perinatal loss.

Keywords: hypoxia, cesarean section, cephalopelvic dystocia, cephalohematoma, bilirubinemia.

Перинатальное поражение центральной нервной системы объединяет различные по этиологии повреждения новорожденного, возникающие в промежутке времени от 28 недели беременности до 7-го дня жизни.

К причинам возникновения перинатальной энцефалопатии большинство исследователей относят: внутриутробную гипоксию, механическую родовую травму, вирусные и бактериальные инфекции, различные дисметаболические нарушения [1, 2, 3].

Одной из форм перинатального поражения нервной системы является родовая черепно-мозговая травма, возникшая вследствие цефало-пельвической дистоции. Частота цефало-пельвической дистоции (ЦПД) или клинически узкого таза на протяжении последних

лет не снижается и по данным разных авторов составляет 1,3% - 1,7% к общему числу родов [4, 5]. В Кыргызстане частота кесарева сечения составляет от 7,1 до 8,4% и в структуре причин перинатальной смертности родовые травмы составляют на тот же период 3,0-3,4%. Частота родовых повреждений головного мозга составляет от 39 до 60% от всех заболеваний центральной нервной системы новорожденных [6, 7].

Нередко родовая черепно-мозговая травма сопровождается тем или иным видом внутрочерепного кровоизлияния, что является одной из основных причин смерти новорожденных. Поднадкостничное кровоизлияние встречается в 30% случаев у новорожденных с родовой черепно-мозговой травмой, а у детей с тяжелой формой

поражения головы и шеи эта цифра достигает 57% [8, 9, 10].

Таким образом, актуальность изучения данной проблемы продиктована более высокими показателями перинатальной смертности и травматизации плодов и новорожденных, большим количеством осложнений в течение родов. Оптимальная тактика ведения родов при цефало-пельвической дистоции приведет к снижению материнского и детского травматизма в родах и будет способствовать рождению здоровых детей и сохранению здоровья матери [11, 12, 13, 14, 15].

Цель данной работы: оценить состояние новорожденных при традиционном кесаревом сечении и кесаревом сечении, произведенном по нашей методике.

Материал и методы исследования.

Проведен анализ течения и исхода родов для матери и новорожденного у 140 женщин, поступивших на роды в городской перинатальный центр в период с 2010-2013 гг. Женщины были разделены на 2 клинические группы:

- I группа включала 60 рожениц, у которых роды закончились традиционной операцией кесарева сечения.
- II группа – включала 80 женщин, у которых в родах применялась методика с инновационным подходом ведения родов (СПЭП, при проведении кесарева сечения - рождение головы плода и бережная технология родоразрешения).

Возраст беременных колебался от 18 до 43 лет и составил в среднем 26,8 лет с преобладанием женщин возрастной группы от 25 до 29 лет (30,1%). При изучении их репродуктивного анамнеза было установлено, что большинство женщин были повторнородящими - 51 (36,4%), а первородящими - 89 (63,6%).

Течение настоящей беременности осложнилось развитием ряда патологических состояний. Осложнения беременности были отмечены у 51,3% женщин, из них единичные у 18,2%, множественные у 33,1%. В возрастном аспекте множественные осложнения беременности чаще встречались у женщин старше 30 лет. У 58,3% женщин регистрировалась преэклампсия разной степени тяжести. Изучение исхода родов в обеих группах выявило, что показанием к оперативному родоразрешению была цефалопельвическая дистоция в 52% случаев в первой группе и 55% во второй группе рожениц. Задний вид затылочного предлежания, высокое прямое стояние головы в 10 случаях (12,2%) стали показаниями к операции во второй группе женщин. Анализ между сравниваемыми группами рожениц показал, что риск развития дистресс синдрома у плода в первой группе в 1,6 раза выше, чем во второй группе.

Более тяжелых родовых травм новорожденных (переломы костей черепа, разрыв мозжечкового налета, массивные кровоизлияния в головной мозг и т.д.) в исследуемой группе не было. При этом следует отметить, что у детей, рожденных традиционно, с большей частотой - у 27 (45%) встречались кефалогематомы, тогда как в группе, где применена новая методика родоразрешения кефалогематомы не наблюдалось. Также у 7 (12%) новорожденных отмечалась родовая опухоль, у 1 (1,6%) - перелом ключицы. В первой группе выписаны домой

под наблюдение педиатра и невропатолога 49 (81,4%) детей, 7 (12%) нуждались в дальнейшей неврологической реабилитации и были переведены различные отделения патологии новорожденных, а 4 (6%) - умерли. Средний вес детей в первой группе равнялся $3738,3,6 \pm 73,5$ г, длина - $52,9 \pm 0,13$ см., а во второй группе - $3812,5 \pm 32,1$ г, длина - $54,1 \pm 0,07$ см.

В некоторых случаях поднадкостничные гематомы могут стать источником инфекции и привести к развитию воспалительных процессов центральной нервной системы или костей свода черепа. У детей с кефалогематомой нередко возникают анемия, артериальная гипотензия, гипербилирубинемия. Даже «умеренный» уровень гипербилирубинемии, за который некоторыми авторами предлагается считать концентрацию общего билирубина 170-239 мкмоль/л, согласно ряду исследований может быть связан с поражениями ЦНС умеренной степени.

Показатели содержания гемоглобина как в контрольной, так и в основной группе были на одном уровне, достоверно не отличались. А показатели билирубина в контрольной группе составляли $41,7 \pm 1,6$ и соответственно $26,9 \pm 0,6$ в группе с применением нашей методики. Нами проведен сравнительный анализ содержания билирубина в традиционной группе в зависимости от размера кефалогематомы (табл.1).

Нами отмечено увеличение содержания билирубина по мере нарастания размеров кефалогематомы, хотя клинически выраженность процесса не наблюдалась (табл.2).

В контрольной группе в удовлетворительном состоянии родились 70% детей (оценка по шкале Апгар 7 - 10 баллов), во второй группе - 93%. 16 (26%) детей контрольной группы находились в состоянии асфиксии средней тяжести (оценка 4-6 балла), во второй - 5 (7%). В состоянии тяжелой асфиксии (оценка 0-3 балла) было 3 ребенка контрольной группы. В основной группе таких детей не было.

Перелом ключицы зафиксирован в 1 случае в группе с традиционным кесаревым сечением. Во второй группе родилось 80 живых доношенных детей. Переносных детей в этой группе не было. Наименьшую оценку по шкале Апгар на 1-й минуте получали дети данной группы - $6,97 \pm 0,11$ балла, в контрольной группе - $4,42 \pm 0,09$ ($p < 0,05$) (табл.3).

Диагностику степени асфиксии определяли по редуцированной способности эритроцитов. Сущность метода заключается в определении по показателям функционального состояния эритроцитов течения и исхода гипоксии новорожденного, что позволяет правильно осуществить диагностику и выбрать тактику лечения гипоксии новорожденного в первые минуты жизни (табл.4).

Наиболее низкая оценка новорожденных по шкале Апгар и на 1-й, и на 5-й минутах жизни отмечена среди детей, извлеченных при экстренном кесаревом сечении в первой группе ($5,8 \pm 0,11$ балла и $4,5 \pm 0,13$ балла соответственно).

Практически во всех случаях рождение детей в состоянии асфиксии связано с длительным консервативным ведением родов на фоне широкого

Таблица 1.
Содержание Hb и билирубина у новорожденных

| Показатели | Контрольная группа | Основная группа |
|----------------------------|--------------------|-----------------|
| Гемоглобин (г/л) | 187,4 ± 2,7 | 188,8 ± 1,3 |
| Общий билирубин (мкмоль/л) | 41,7 ± 1,6 | 26,9 ± 0,6 |

Таблица 2.
Показатели содержания билирубина в зависимости от размера кефалогематомы

| | билирубин | гемоглобин | n |
|--------------|------------|------------|----|
| нет кеф-мы | 36,7 ± 1,8 | 189 ± 3,7 | 22 |
| кеф-ма d-2см | 44,9 ± 3,0 | 191 ± 10,5 | 5 |
| кеф-ма 2*3см | 45,4 ± 2,9 | 178 ± 4,9 | 9 |
| кеф-ма 3*3см | 37,7 ± 3,9 | 185 ± 6,2 | 8 |
| кеф-ма 3*4см | 44,6 ± 3,3 | 176 ± 5,5 | 9 |
| кеф-ма d>4см | 64,6 ± 1,8 | 213 ± 4,6 | 3 |

Таблица 3.
Родовые травмы у новорожденных

| Родовые травмы | контрольная группа | | основная группа | |
|------------------------|--------------------|-----|-----------------|----|
| | абс | % | абс | % |
| Родовая опухоль | 7 | 12 | 13 | 16 |
| Кефалогематома | 27 | 45 | - | - |
| Перелом ключицы, бедра | 1 | 1,6 | - | - |
| Умер | 4 | 6 | - | - |
| Переведен на 2 этап | 7 | 12 | - | - |

Таблица 4.
Редукционная способность эритроцитов

| Редукционная способность | Традиционное ведение | | Инновационное ведение | |
|--------------------------|----------------------|----|-----------------------|----|
| | 60 | | 80 | |
| | абс | % | абс | % |
| Легкая степень | 5 | 8 | 13 | 16 |
| Средней тяжести | 17 | 28 | - | - |
| Тяжелая степень | 16 | 26 | - | - |
| Норма | 22 | 38 | 67 | 84 |

использования утеротонических препаратов. Также поводом послужило запоздалое решение вопроса об экстренном родоразрешении при таких осложнениях родов, как острая внутриутробная гипоксия плода и цефало-пельвическая дистоция. Промежуток времени между постановкой диагноза и началом операции в этих случаях составил $36,6 \pm 5,9$ минут.

Такие симптомы цефалопельвической дистоции, как ранние потуги, отсутствие вставления или продвижения головки плода, отек шейки матки, симптомы прижатия мочевого пузыря, угрозы разрыва матки позволяют диагностировать преимущественно только лишь в конце первого периода родов, что приводит к увеличению времени воздействия повреждающих факторов на плод. Низкая оценка по шкале Апгар новорожденных на 1 минуте жизни связана с высокой частотой абдоминального родоразрешения и нередкой в таких случаях медикаментозной депрессией новорожденных.

Выводы:

Таким образом, следует отметить, что основным показанием к оперативному родоразрешению являлся дистресс плода, развившийся вследствие поздней диагностики цефало-пельвической дистоции.

Анализ между сравниваемыми группами новорожденных показал, что риск развития гипербилирубинемии у плода выше в 1,6 раза при традиционном кесаревом сечении, чем при кесаревом сечении с инновационным подходом.

Применение диагностики степени асфиксии по показателям функционального состояния эритроцитов позволит правильно осуществить диагностику и выбрать тактику лечения гипоксии новорожденного в первые минуты жизни и существенно снизит перинатальные потери.

Литература:

1. Иванова Н.А., Власова Т.А., Гуменюк Е.Г. Особенности течения родов при развитии клинически узкого таза /Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России,- М., 2008, с.99
2. Радзинский В.Е. Акушерский риск. Максимум информации - минимум опасности для матери и младенца / В.Е. Радзинский, С.А. Князев, И.Н. Костин. - М.: Эксмо, 2009. - 288с.
3. Шабалов, Н.П. Неонатология: Учебн.пособие: В 2 т. / Н.П.Шабалов. – М.: МЕДпресс.информ, 2004. – Т.1. - 640 с.
4. Бутта З.А., Хан Я.П. Здоровье женщин и новорожденных детей в Кыргызстане и Чуйской области: оценка и обоснование вмешательств.- Бишкек, 2009,- 51с.
5. Ешходжаева А.С., Калиева А.С., Абазбекова Н.С., Аскеров А.А. Краткий обзор ситуации в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Кыргызской Республике за 2008-2009 гг. - Бишкек, 2010, - 46 с (с. 10).
6. Брынза Н.С. Взаимосвязь между частотой осложнений, характерных для агрессивного ведения родов, возникновением внутриутробной гипоксии плода и слабости родовой деятельности у пациенток с различной тактикой родовспоможения / Н.С. Брынза, В.В.

Грибоедова, А.Г. Трушков // Журнал акушерства и женских болезней. - 2009. - Вып. 1. - С.24-31.

7.Румянцева В.П. Родовозбуждение и исходы родов при перенашивании беременности / В.П. Румянцева, О.Р. Баев // Мать и дитя: материалы 11-го Всерос. науч. форума:- М., 2010.- С.209-210.

8.Автореферат на тему «Цефалогематома у новорожденных с перинатальным поражением нервной системы: клиника, диагностика, лечение» кандидат медицинских наук Георгиева, Ольга Александровна, Саратов, 2005г.

9. Сапожницкий, А.В. Гипербилирубинемия в раннем неонатальном периоде и активность супероксиддисмутазы и мембраносвязанной метгемоглобинредуктазы эритроцитов у недоношенных новорожденных, родившихся в асфиксии / А.В.Сапожницкий // Охрана материнства и детства. – 2009. – № 2. – С. 15–19.

10. Williams Obstetrics-19-Edition, Chapter 20. Dystocia Due Abnormalities in Presentation, Position, Or Development of the Fetus.- 493 Chapter 21. Dystocia Due to Pelvic Contraction, 1993. - 529 p.

11.Shaffer BL, Cheng YW, Vargas JE, Laros RK Jr, Caughey AB. Face presentation: predictors and delivery route. Am J Obstet Gynecol. 2006 May; 194 (5): e10-2. Epub 2006 Apr 21.

12. Obstetric Evidence Based Guidelines/Edited by Vincenzo Berghella MD FACOG, Philadelphia, PA, USA. First published in the United Kingdom in 2007, «cephalopelvic disproportion, dystocia», 235 p.

13.«Способ диагностики и прогнозирования степени тяжести гипоксии новорожденных в первые минуты жизни» Патент №1099, публикация Интеллектуалдык менчик №11/2008, с.19

14. Alice J. Sophia Fox, Michael G. Chapman. Longitudinal ultrasound assessment of fetal presentation. A review of 1010 consecutive cases. The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.

15.Stitely M.L., Gherman R.B. Labor with abnormal presentation and position / Obstet Gynecol Clin North Am. 2005. – Vol. 32 (2). - P.165-79.