

## ПУТИ СНИЖЕНИЯ РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ У РОЖЕНИЦ С ЦЕФАЛО-ПЕЛЬВИЧЕСКОЙ ДИСТОЦИЕЙ

Омуркулова Г.С.

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

**Резюме:** Представлены возможности предупреждения родового травматизма новорожденного при операции кесарево сечение у 140 рожениц с цефало-пельвической дистоцией (ЦПД) при традиционном и инновационном подходе - «рождение головы».

**Ключевые слова:** кесарево сечение, цефало-пельвическая дистоция, родовой травматизм новорожденного.

## ТӨРӨТТӨГҮ ЦЕФАЛО-ПЕЛЬВИКАЛЫК ДИСТОЦИЯ УЧУРУНДА ЫМЫРКАЙЛАРДЫН ТӨРӨТТӨН АЛГАН ЖАРАКАТТАРЫНЫН САНЫН АЗАЙТУУНУН ЖАҢЫ ЫКМАЛАРЫ

Омуркулова Г.С.

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

**Резюме:** Салттуу жана инновациялык жол менен төрөт учурундагы цефало-пельвикалык дистоция менен жабыркаган 140 аялдын кесаревдик кесүүсүнүн анализинин жыйынтыктары көрсөтүлдү.

**Негизги сөздөр:** кесаревдик кесүү, цефало-пельвикалык дистоция, борбордук нерв системасынын перинаталдык гипоксикалык жабыркоосу.

## THE WAYS OF DECREASE THE OBSTETRIC NEWBORNS TRAUMATISM DURING CESAREAN SECTION AT WOMEN WITH CEPHALIC -PELVIC DYSTOCIA

Omurkulova G.S.

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

**Resume:** Presented during cesarean section possibilities of prevention obstetric newborns traumatism during cesarean section at 140 women with cephalic -pelvic dystocia for traditional and innovation approach – “born of head”.

**Keywords** cesarean section, cephalic -pelvic dystocia, obstetric newborns traumatism.

### Актуальность

Увеличение числа новорожденных с перинатальными гипоксическими поражениями центральной нервной системы свидетельствует о том, что существующие способы диагностики острой гипоксии (своевременность диагноза цефало-пельвическая дистоция (ЦПД) или дистресс плода) в родах и тактика ведения родов недостаточно эффективны и требуют их совершенствования [1,2,3].

В настоящее время ведение родов характеризуется не всегда обоснованной «агрессивностью», в частности, ранним вскрытием плодного пузыря, расширения к показанию применения утеротоников, увеличением частоты кесарева сечения [4,5].

Частота кесарева сечения на протяжении последних лет не снижается и в США составляет 26,1% к общему числу родов, причем в показаниях

к оперативному родоразрешению цефало-пельвическая дистоция - ЦПД или клинически узкий таз составляет 60% [6,7,8]. Осложнения оперативного родоразрешения остаются одной из причин смерти матерей [9,10].

В РФ частота клинически узкого таза является довольно распространенным осложнением в родах. Его частота составляет 9,8 % от общего числа родов. [11,12].

В нашей республике частота КС составляет от 7,1 до 8,4 % (за 2010-12гг) и в структуре причин перинатальной смертности родовые травмы остаются на тот же период 3,4 – 3,0%. Согласно экспертным оценкам остаются “ятрогенные” причины качества оказания неотложной акушерской помощи [13,14,15]. Учитывая увеличение числа новорожденных с перинатальными гипоксическими поражениями, нами проведен анализ исхода родов у 140 женщин

с ЦПД в зависимости от тактики ведения родов.

**Цель:** оптимизировать тактику ведения родов при развитии цефало-пельвической дистосии у женщин с целью снижения частоты родового травматизма и репродуктивных потерь.

## Материал и методы исследования

На первом этапе исследования мы провели анализ течения и исхода родов для матери и новорожденного у 140 женщин, поступивших на роды в городской перинатальный центр с 2010-2013 гг.

Критерием включения является цефало-пельвическая дистосия у рожениц.

Женщины были разделены на 2 клинические группы: I группу (контроль) составили исходы родов у 60 женщин, родоразрешенные путем операции кесарева сечения по традиционному методу.

Основную II группу составили 80 рожениц с цефало-пельвической дистосией с применением инновационных подходов при проведении кесарева сечения - рождение головы плода и бережная технология родоразрешения.

При исследовании пациенток использовались традиционные методы обследования с последующим занесением данных в специально разработанную карту. Возраст беременных колебался от 18 до 43 лет и составил в среднем 26,8 лет с преобладанием от 25 до 29 лет.

Проведение операции КС в контрольной группе было традиционным (извлечение за голову), в основной группе использовали инновации, «способствующие к самостоятельному рождению головы» при наличии ЦПД (2-3 ст.) по клиническому протоколу, утвержденного министерством здравоохранения. Данные представлены в таблице 1.

## Результаты и их обсуждение

Несмотря на широкое внедрение современных методов оценки состояния плода, среди актуальных проблем в современном акушерстве вопросы гипоксии плода и новорожденных остаются наиболее значимыми.

Характеристика контрольных и основных клинических групп исследований были 29 лет (30,1%). При изучении репродуктивного анамнеза было установлено, что большинство женщин были повторнородящими - 51 женщин (36,4 %), первородящих было 89 (63,6%) .

Изучение исхода родов в обеих группах выявило, что показанием к оперативному родоразрешению была цефало-пельвическая дистосия (ЦПД) или клинически узкий таз в 57 % случаев в первой группе и 74% во второй группе рожениц. Из них в первой группе: задний вид теменного вставления 31 (57%), разгибательные предлежания 1 (2%), крупный плод 2 (4%) и дистресс плода+КУТ 1ст. составил 26 (43%). Во второй группе показаниями к операции были: задний вид теменного вставления 59 (74%), разгибательные предлежания 6 (8%), крупный плод 3 (4%) и дистресс плода+ЦПД 1ст. составил 21 (26%).

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. Средний вес детей в первой группе равнялся 3573,3,6±73,5г, длина - 52,9±0,13 см., а во второй группе - 3823,5±32,1г, длина - 54,1±0,07 см.

При этом следует отметить, что у детей, рожденных традиционно, с большой частотой - у 27 (45%) встречались кефалогематомы, тогда как в группе, где применено родоразрешение - «самостоятельное рождение головы» 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 реабилитации и были переведены в отделение патологии новорожденных ГПЦ, а 4 (6%)- умерли. Тяжелых родовых травм новорожденных (переломы костей черепа, разрыв мозжечкового налета, массивные кровоизлияния в головной мозг и т.д.) в основной группе не было.

В удовлетворительном состоянии родились (70%) ребенок 1 группы (оценка по шкале Апгар 7-10 баллов), (93,0%) – во второй группе. 16(26%) детей контрольной группы находились в состоянии асфиксии средней тяжести (оценка 4-6 балла), во второй - 5(7,0%). В состоянии тяжелой асфиксии (оценка 0-3 балла) было 3 ребенка 1 группы. В основной группе таких детей не было.

Во второй группе родилось 80 живых доношенных детей. Переношенных детей в этой группе не было. В целом, отмечено существенное преобладание младенцев мужского пола в обеих сравниваемых группах.

Наиболее низкая оценка новорожденных

Таблица 1.

Показания к оперативному родоразрешению в сравниваемых группах

Показания к операции кесарева сечения	Традиционное кесарево сечение		С применением методики	
	абс	%	абс	%
ЦПД 2-3 ст: в т.ч.:	34	57	59	74
- Задний вид теменного вставления	31	52	44	55
- Лобное	1	2	2	2,5
- лицевое	-		4	5
- Высокое прямое стояние стреловидного шва			6	7,5
Крупный плод	2	3	3	4
Дистресс плода+ЦПД 1ст.	26	43	21	26
Всего	60	100	80	100

Таблица 2.

Показатели новорожденных

Показатели	Контрольная группа, М+m	Основная группа, М+m
Масса, г	3573,3±73,5	3823,5±32,1*
макс. значение	4656,0	5230,0
<3500,0	27 (45%)	28 (35%)
>3500,0	20 (33%)	21 (26%)
>4000,0	13 (22%)	31 (39%)
Рост тела, см	52,9±0,13	54,1±0,07 *
7-10 балл	42 (70%)	75 (93%)
4-6 балл	15 (26%)	5 (7%)
0-3 балл	3 (4%)	-

p < 0,05

Таблица 3.

Родовые травмы у новорожденных

Показания	I группа (контр)		II группа (основ)	
	абс	%	абс	%
Родовая опухоль	7	12	13	16
Кефалогематома	27	45	-	
Перелом ключицы	1	1,6		
Умер	4	6	-	
Нормальное состояние	14		67	84%
Переведен на 2 этап	7	12	-	

по шкале Апгар и на 1-й, и на 5-й минутах жизни отмечена среди детей, извлеченных при экстренном кесаревом сечении в первой группе. Соответственно -  $5,8 \pm 0,11$  балла и  $4,5 \pm 0,13$  балла. Промежуток времени между постановкой диагноза и началом операции в этих случаях составил  $36,6 \pm 5,9$  минут.

При этом следует отметить, что у детей, рожденных традиционно, с большой частотой встречались кефалогематомы - 27 (45%), родовая опухоль у -7(12%), у 1 перелом ключицы - (1,6%), 7 детей (12%) - переведены на 2 этап выхаживания новорожденных. Из 60 новорожденных 4(6%) – умерли, вследствие поздней диагностики дистресс-синдрома при цефало-пельвической дистоции. При инновационном подходе ведения родов только у 13(16%) новорожденных отмечалась родовая опухоль.

Таким образом, при инновационном подходе проведения операции кесарево сечение у рожениц с ЦПД – «самостоятельное рождение головы» может быть существенной альтернативой предупреждения «ятрогенных» причин родового травматизма у новорожденных.

## Литература:

1. 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.
2. Баев О.Р., Шмаков Р.Г., Приходько А.М. Современная техника операции кесарева сечения в доказательной медицине. // А и Г, 2013, №2 с.129-135.
3. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Петрухин

В.А., и соавт. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы. // А и Г, 2012, №1 с.4-8

4. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. // Bio Science Trends. 2011; 5(4):139-150.

5. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М.- Акушерство. Национальное руководство./ Изд. «ГЕОТАР Медиа».- М.: 2009.- с.753-755.

6. Williams Obstetrics, Edition, 2007. Chapter 20. Dystocia Due Abnormalities in Presentation, Position, Or Development of the Fetus.- p.493-528.

7. Lonkhuijzen Luc et al. Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries. // Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews, 2009.

8. Cantwell R, et al. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2006–08. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. BJOG 2011; 118:1–203.

9. Mathai M., Hofmeyr G.J. Abdominal surgical incisions for caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007.

10. Hofmeyr G.J, Mathai M., Shah A.N., Novikova N. Techniques for caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008.

11. Стрижаков А.Н., Баев О.Р. Хирургическая техника операции кесарева сечения.// М.:Миклош; 2007. 168 с.

12. Шмаков Р.Г., Баев О.Р., Филиппович Г.В., Тютюнюк В.Л.//Федеральные клинические рекомендации. «Кесарево сечение: показания, методы анестезии, хирургическая техника»// М.-2013, 29с.

13. Бутта З.А., Хан Я.П. Здоровье женщин и новорожденных детей в Кыргызстане и Чуйской области: оценка и обоснование вмешательств.- Бишкек, 2009,- 51с.

14. Еуходжаева 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.

15. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2012 году, - Бишкек, 2013, - с.330.