

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У РОЖЕНИЦ С ЦЕФАЛО-ПЕЛЬВИЧЕСКОЙ ДИСТОЦИЕЙ

Омуркулова Г.С., Иманкулова Ч.Б., Исакова Ж.К.

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

Резюме. С целью комплексной оценки течения настоящей беременности и родов у рожениц с цефало-пельвической дистоцией было обследовано 140 рожениц в городском перинатальном центре. Во всех наблюдаемых случаях вопрос об оперативном родоразрешении решался в конце первого периода родов. Показанием к пересмотру консервативного плана ведения родов являлись такие признаки, как выявление при влагалищном исследовании аномалий вставления головки плода, определение резко выраженной конфигурации головки, положительный симптом Вастена, появление симптомов прижатия мочевого пузыря, развитие вторичной слабости родовой деятельности, нарастающая отечность шейки матки и отсутствие опускания предлежащей части плода при адекватных маточных сокращениях. У каждой десятой роженицы отмечено появление потуг при высоко стоящей головке.

Ключевые слова: роженицы, цефало-пельвическая дистоция, течение беременности и родов.

ЦЕФАЛО-ПЕЛЬВИКАЛЫК ДИСТОЦИЯСЫ БАР ТӨРӨӨЧҮ АЯЛДАРДЫН КОШ БОЙЛУУЛУГУНУН ЖАНА ТӨРӨТҮНҮН ЖҮРҮШҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ

Омуркулова Г.С., Иманкулова Ч.Б., Исакова Ж.К.

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

Корутунду. Цефало-пельвикалык дистоциясы бар төрөөчү аялдардын кош бойлуулугунун жана төрөтүнүн жүрүшүнө комплекстүү баа берүү максатында шаардык перинаталдык борбордогу 140 төрөөчү аялга изилдөө жүргүзүлдү. Байкоо жүргүзүү учурунда операция аркылуу төрөткө уруксат берүү жөнүндөгү маселе төрөттүн биринчи мезгили өткөндөн кийин чечилген. Төрөттү жүргүзүүнүн консервативдүү планын кароонун көрсөткүчү болуп ымыркайдын башынын аномалдык абалын аялдын жыныс мүчөсүнүн ичин изилдөөдөн алынган белгилер, баштын конфигурациясын аныктоо, Вастендин он симптому, табарсыктын кысылуу симптомунун болушу, төрөттүн жүрүшүнүн экинчи алсыроосу, жатындын моюнчасынын шишигинин жана адекваттуу жатын жыйрылуусунда ымыркайдын абалы эсептелинет. Ар бир онунчу төрөөчү аялда бийик турган баштын шишиги байкалган.

Негизги сөздөр: төрөөчү аялдар, цефало-пельвикалык дистоция, кош бойлуулуктун жана төрөттүн жүрүшү

THE PECULIARITIES OF THE PRESENT PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WHOSE LABORS WERE COMPLICATED WITH CEPHALO-PELVIC DYSTOCIA

Omurkulova G.S., Imankulova Ch.B., Isakova J.K.

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

Resume. In order to present a comprehensive assessment of current pregnancy and delivery in women with cephalosporin-pelvicheskoy dystocia were examined 140 pregnant women in the city perinatal center. In all observed cases, the question of operative delivery was decided at the end of the first stage of labor. The indication for revision of the conservative plan of management of labor were features such as identification on vaginal examination anomalies of insertion of the fetal head, the definition of a pronounced head configuration, positive symptom Vasto appearance pressing bladder symptoms, the development of secondary weakness of labor, increasing cervical swelling and lack of descent fetal presenting part with adequate uterine contractions. Every tenth of mothers noted the appearance of any attempts at high standing head.

Keywords: mothers, cephalosporin-pelvicheskaya dystocia, pregnancy and childbirth.

Введение.

Одной из насущных проблем современной акушерской науки и практики является проблема снижения уровня материнской и перинатальной смертности [1, 2, 3]. При этом одним из ведущих факторов, влияющим на эти показатели, является возникновение в родах цефало-пельвической дистоции [4, 5].

Как известно, цефало-пельвическая дистоция (ЦПД) представляет собой несоответствие между тазом роженицы (независимо от его размеров) и головкой плода, причинами возникновения которой является анатомически узкий таз, крупный плод или неправильные вставления головки. Частота этой патологии в течение последних десятилетий не снижается и колеблется по данным разных авторов от 0,7 до 9,8% к общему числу родов [5, 9, 10]. При этом многие особенности течения настоящей беременности и родов у рожениц с цефало-пельвической дистоцией представляют собой факторы

риска формирования цефало-пельвической дистоции и макросомии плода, которые, в свою очередь, способствуют осложненному течению родового процесса и приводят к перинатальным потерям, материнскому и детскому травматизму. Все это свидетельствует о необходимости выделения группы беременных и рожениц с риском развития цефало-пельвической дистоции в родах [6, 7, 8, 11].

Целью данного исследования было изучить особенности течения настоящей беременности и родов у рожениц с цефало-пельвической дистоцией.

Материалы и методы.

С целью комплексной оценки данных соматического и репродуктивного анамнеза женщин, роды которых осложнились цефало-пельвической дистоцией были обследованы роженицы, отобранные сплошным методом в городском перинатальном центре г.Бишкек. Была использована репрезентативная вероятная выборка,

состоящая из 140 рожениц, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, показанием для проведения которой послужила возникшая в родах цефало-пелвическая дистоция. Было изучено течение беременности и родов женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, показанием для проведения которой послужила возникшая в родах цефало-пелвическая дистоция. Осуществлен анализ особенностей течения и осложнения предыдущих беременностей, а также наличие в анамнезе перинатальных потерь.

Результаты.

Известно, что факторы риска развития акушерской и перинатальной патологии могут быть выявлены и при анализе данных об особенностях течения настоящей беременности и родов. Осложнения беременности оказывают влияние на её исход и влияют на развитие плода и новорожденного.

При изучении анамнеза женщин, роды которых осложнились цефало-пелвической дистоцией, было выявлено, что соматически здоровыми к моменту наступления беременности было 87 женщин или 62,1% из них. Остальные 37,9% (n = 53) обследованных рожениц страдали тем или иным экстрагенитальным заболеванием.

Известно, что своевременные роды происходят в пределах 38 - 40 недель беременности, если считать от первого дня последней менструации. В наших исследованиях у подавляющего большинства беременных роды начались своевременно – в сроке 38 - 40 недель. У 27,2% рожениц роды наступили в сроке 41 - 42 недель, а у 3,4% - в сроке до 36 недель.

Оценка данных исследования показала, что течение беременности оценено как физиологическое у 54% из них, а различные осложнения беременности имело 46% женщин, причем у 17,6% из них наблюдалось какое-либо

одно осложнение, а у 43,4% их имелось несколько. Как видно из рисунка 1, в структуре осложнений беременности на первом месте находилась анемия беременных, на втором – ранний гестоз, на третьем - преэклампсия различной степени выраженности и гипертензивные состояния – 22,8%.

Почти у каждой седьмой роженицы с цефало-пелвической дистоцией наблюдалась угроза прерывания беременности или угроза преждевременных родов (7,1% и 7% соответственно). Хроническая внутриутробная гипоксия плода диагностирована у 7,1% женщин, а у 3,9% - выявлен синдром задержки внутриутробного развития. У 7,3% опрошенных женщин наблюдалась избыточная прибавка массы тела в течение данной беременности, которая способствует развитию макросомии плода. Нами выявлено, что наиболее часто сочетанные осложнения течения беременности наблюдались у группы женщин старше 30 лет, доля их среди женщин с осложненным течением беременности составила 61%.

Не менее важным для прогноза развития перинатальной патологии имеют особенности и осложнения течения настоящих родов. Анализ полученных данных показал, что наиболее частым осложнением родов у исследованных женщин явилось несвоевременное излитие околоплодных вод – оно произошло у каждой третьей роженицы (32,7%) (рис.2). Патологический прелиминарный период, вызывающий утомление роженицы и повышающий риск развития внутриутробной гипоксии плода, развился почти у каждой седьмой женщины (15,3%). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты имела место у 5,3% рожениц.

Выявлено, что почти у каждой четвертой роженицы диагностирована аномалия родовой деятельности (26,4%), в структуре которой преобладала первичная и вторичная

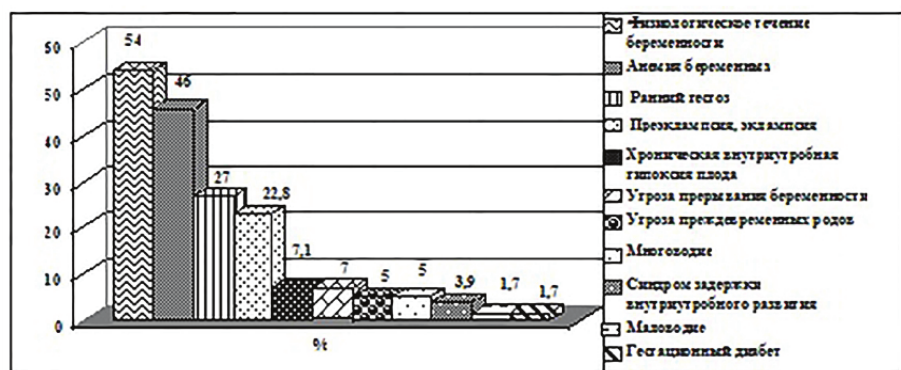


Рис.1. Вид осложнения беременности у женщин с цефало-пелвической дистоцией (%)

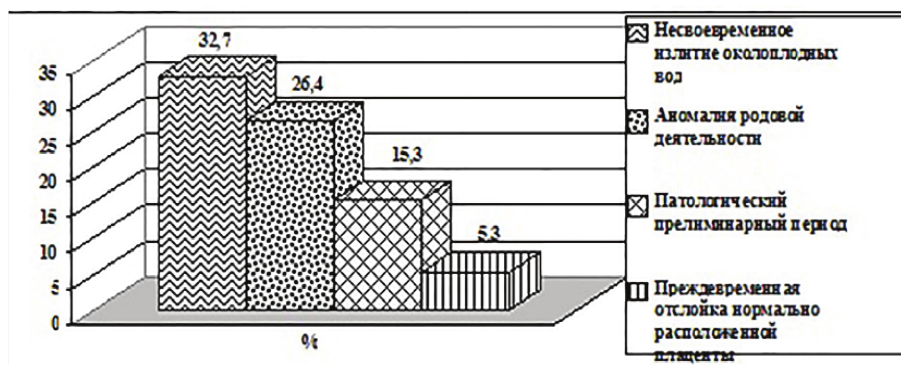


Рис.2. Осложнения течения родов у женщин с цефало-пелвической дистоцией (%)

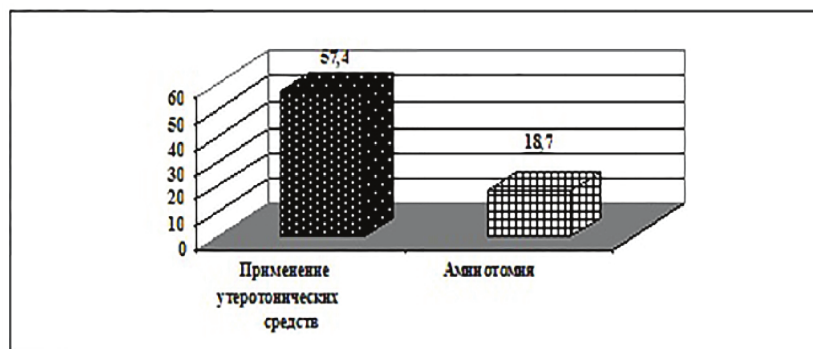


Рис.3. Метод усиления родовой деятельности, примененный у женщин с развившейся в последующем цефало-пелвической дистоцией (%)

Таблица 1.
Структура аномалий родовой деятельности, развившейся у женщин с цефало-пелвической дистоцией (%)

Вид аномалии родовой деятельности	n	%
Первичная и вторичная слабость родовой деятельности	28	75,7
Дискоординированная родовая деятельность	6	16,2
Бурная родовая деятельность	3	8,1
Всего	37	100

слабость родовой деятельности (75,7%) (табл. 1.).

Второй по частоте аномалией родовой деятельности была дискоординированная родовая деятельность (16,2%), проявлявшаяся нерегулярными, неэффективными и болезненными схватками с замедлением раскрытия маточного зева. Опасность развившейся у каждой шестой роженицы данной аномалии родовой деятельности обусловлена увеличением при этом вероятности нарушения маточно-плацентарного кровообращения и развития внутриутробной гипоксии плода.

На третьем месте по частоте в структуре аномалий родовой деятельности занимала такая клиническая форма родовой дисфункции, как чрезмерно сильная, бурная родовая деятельность, диагностированная у 8,1% рожениц. Данная патология проявлялась гиперактивностью матки и расстройством газообмена во всех наблюдаемых случаях. Необходимо отметить, что у рожениц с цефало-пелвической дистоцией из-за наличия у них пространственного несоответствия между тазом и предлежащей частью плода при бурной родовой деятельности развилась картина перерастяжения нижнего маточного сегмента и угрожающего разрыва матки, а у 33,3% из них произошла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Вялая или слабая родовая деятельность, как известно, ведет к затягиванию родового процесса, замедлению продвижения плода по родовым путям и развитию внутриутробной гипоксии плода. Основным немедикаментозным методом, позволяющим вызвать усиление родовой деятельности, является искусственное вскрытие плодного пузыря – амниотомия. Выявлено, что на долю амниотомий приходилось 18,7% случаев, и проводились они с целью родовозбуждения или

родостимуляции. В случае неэффективности амниотомии необходимо применение медикаментозных средств, при этом основным методом коррекции интенсивности процесса родов является применение утеротоников, которые усиливают сократительную деятельность матки. Анализ полученных данных показал, что утеротонические средства применялись в 57,4% случаев. Причем у повторнородящих почти в 2,5 раз чаще, чем у первородящих (40,9% и 16,5% соответственно) (рис.3).

При характеристике общей продолжительности родов необходимо учитывать многие обстоятельства, оказывающие влияние на нее – размер плода, особенности костного таза и мягких родовых путей роженицы, интенсивность родовой деятельности, а также характер предлежащей части и особенности её вставления. Известно, что средняя продолжительность физиологических родов у повторнородящих составляет 6 – 10 часов и 7 – 12 часов у первородящих, при этом, наиболее продолжительным является первый период. Выявлено, что в латентной фазе первого периода поступило 62,7% рожениц, а в активной фазе, характеризующиеся интенсивной родовой деятельностью и быстрым раскрытием шейки матки – 37,3%. Длительность активной фазы составила в среднем $522,6 \pm 8,7$ мин.

Так анализ полученных данных показал, что у 31,4% рожениц клиническое несоответствие возникло из-за патологического асинклитического вставления – аномалии положения головки во входе или в полости малого таза, при которой стреловидный шов был отклонен от срединной линии таза. При этом, в 25,7% случаев был диагностирован патологический задний асинклитизм (асинклитизм Негеле), или заднетеменное вставление, а в 5,7% случаев – передний асинклитизм (асинклитизм

Литцманна), когда стреловидный шов был приближен к мысу. Так как прогноз при формировании патологического асинклитизма сомнителен как для матери, так и для плода, все эти женщины были своевременно родоразрешены путем операции кесарева сечения.

Следующей по частоте причиной формирования цефало-пельвической дистоции явился крупный плод или макросомия плода, которая диагностирована у 34,3% рожениц. Средний вес извлеченных при операции новорожденных у данных рожениц составил $4232,7 \pm 221$ грамм.

Среди других причин формирования клинического несоответствия на третьем месте было высокое прямое стояние стреловидного шва и доля данной патологии в структуре причин, способствовавших формированию цефало-пельвической дистоции, составила 17,1%. И хотя, по данным литературы, этот вид аномалии вставления головки встречается редко - в 0,06% случаев, в наших исследованиях среди женщин с развившимся клиническим несоответствием он диагностирован почти у каждой шестой роженицы. Анализ соотношения выявленных видов высокого прямого стояния стреловидного шва – переднего и заднего показал, что в 66,7% случаев это был задний вид, а в 33,3% - передний.

У 6,4% женщин цефало-пельвическая дистоция в родах развилась на фоне позднего гестоза беременных. У 27,4% был отягощенный акушерский анамнез, у 1,4% произошло выпадение петель пуповины, а у 26,4% развилась аномалия родовой деятельности.

Во всех наблюдаемых случаях вопрос об оперативном родоразрешении решался в активной фазе первого периода родов. При этом учитывались многие диагностические критерии. Показанием к пересмотру консервативного плана ведения родов являлись такие признаки, как выявление при влагалищном исследовании аномалий вставления головки плода (51,3%), определение резко выраженной конфигурации головки (17,8%), положительный симптом Вастена (22%), появление симптомов прижатия мочевого пузыря (7,9%), развитие вторичной слабости родовой деятельности (8,5%), нарастающая отечность шейки матки (44,1%) и отсутствие опускания предлежащей части плода при адекватных маточных сокращениях (47,5%). У 8,7% рожениц отмечено появление потуг при высоко стоящей головке.

Выводы:

1. Осложненное течение настоящей беременности у женщин, роды которых осложнились цефало-пельвической дистоцией, было у 46% из них, при этом, в структуре осложнений беременности на первом месте находилась анемия беременных, на втором – ранний гестоз, на третьем - преэклампсия различной степени тяжести, далее, по мере убывания наблюдалась угроза прерывания беременности, хроническая внутриутробная гипоксия плода и синдром задержки внутриутробного развития.

2. Показаниями к пересмотру консервативного

плана ведения родов послужило выявление аномалий вставления головки плода, положительный симптом Вастена, появление симптомов прижатия мочевого пузыря, развитие вторичной слабости родовой деятельности, нарастающая отечность шейки матки и отсутствие опускания предлежащей части плода при адекватных маточных сокращениях.

3. Причинами, способствовавшими формированию цефало - пельвической дистоции по мере убывания были патологический асинклитизм, макросомия плода, высокое прямое стояние стреловидного шва, анатомически узкий таз, лобное вставление и поперечное положение плода.

Литература:

1. Абрамченко В.В. *Беременность и роды высокого риска [Текст]* / В.В.Абрамченко. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2004. – 400 с.
2. Баранов И.И. *Эпидемиология материнской смертности в мире [Текст]* / И.И. Баранов, З.З. Токова // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2012. - № 1. – С. 13 – 17.
3. *Здоровье женщины и новорожденных детей в Кыргызстане и Чуйской области: оценка и обоснование вмешательств [Текст]* / Бутта З.А., Хан Я.П. // Бишкек, 2009. - 51 с.
4. Ковалев В.В. *Оптимизация ведения родов при высоком риске функционально узкого таза [Текст]* / В.В. Ковалев, В.А. Ломовских // *Материалы IV Российского форума «Мать и дитя»*. – М., 2002. – Часть I. – С. 324 – 325.
5. Ковалев В.В. *Эпидемиология функционально узкого таза / В.В. Ковалев, Е.В. Горемыкина [Текст]* // *Материалы IV Российского форума «Мать и дитя» Часть I– М., 2002. – С. 321 – 322.*
6. Копырин И.Ю. *Анализ факторов риска по возникновению клинически узкого таза [Текст]* / И.Ю. Копырин, Е.В. Сурвилло // *Сб. материалов VII Всероссийской научно-практической конференции по медицине*. – Тула, 2008. – С. 168 – 169.
7. Мыльникова Ю.В. *Акушерско-гинекологический анамнез у женщин с макросомией [Текст]* / Ю.В. Мыльникова, Н.В. Протопопова, В.П. Ильин // *Материалы III Рос. – фр. науч. – практической конференции “Современный взгляд на вопросы репродуктивной медицины”*. – Иркутск, 2009. – С.107.
8. Сурвилло Е.В. *Анализ факторов, влияющих на возникновение клинически узкого таза [Текст]* / Е.В. Сурвилло // *Вестник Российского государственного медицинского университета*. – 2008. - №2 (61). – С. 173.
9. Чернуха Е.А. *Анатомически и клинически узкий таз [Текст]* / Е.А.Чернуха, А.И. Волобуев, Т.К. Пучко. М.: *Триада – X*, 2005. – 256 с.
10. Bai J. *Parity and pregnancy outcomes [Text]* / F.W., A. Wong Bauman. et al. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* - 2002. - Vol. 186. - № 2. - P. 274 - 278.
11. Ferber A. *Maternal complication of fetal macrosomia [Text]* / A. Ferber // *Clin. Obstet. Gynecol.*- 2000. Vol. 43, N 2. - P. 335 - 339.