

УДК 618, 4 – 036(575.2)(04)

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ ПРИ КРУПНОМ ПЛОДЕ

Р.Ш. Джумабаева

При рождении детей с крупной массой при доношенном сроке беременности почти в каждом случае происходят родовые травмы как у матери, так и у плода. Наиболее часто встречающиеся осложнения: несвоевременное излитие околоплодных вод, развитие аномалий родовой деятельности, акушерский травматизм, клинически узкий таз, гипертензивные нарушения.

Ключевые слова: крупный плод; угрожаемые состояния плода; клинически узкий таз; переносная беременность.

Проблема ведения родов при крупном плоде в современном акушерстве является одной из наиболее сложных и противоречивых, при этом вопросы охраны плода в процессе родов рассматриваются в меньшей степени, чем проблема антенатальной охраны его здоровья [1–3].

Осложнения во время родов, неправильная тактика их ведения нередко приводят к повышению как перинатальной заболеваемости, так и перинатальной смертности. Кроме того, в практику внедряются новые технологии, новые лекарственные вещества. В связи с этим от многих канонов классического акушерства уже отказались, а тактика ведения родов постоянно пересматривается [4, 5]. Рациональное ведение беременности, применение наиболее эффективных методов для подготовки беременных к родам и индукции родов могут привести к снижению частоты перинатальных потерь.

В связи с вышеизложенным целью данного исследования явилось изучение особенностей течения родов, влияющих на состояние новорожденных, родившихся с большой массой.

Нами проведен ретроспективный анализ 279 историй родов и особенности течения периода новорожденности крупных детей, родившихся в городском клиническом родильном доме № 2 г. Бишкек в 2006 г.

Аналізу подвергнуты следующие показатели: фон здоровья матерей, продолжительность родов, осложнения в родах, способы родоразрешения, неонатальный период.

Большинство пациенток были городскими жительницами (69,7%). По национальному составу 86,2% кыргызок, 11,7% русских и 2,1% другой национальности. Возраст беременных

колебался от 18 до 43 лет и составил в среднем 25,9, с преобладанием от 23 до 28 лет (38,5%).

Репродуктивный анамнез показал, что 178 (63,7%) женщин были повторнородящими, 101 (36,3%) – первородящими. При анализе истории родов данной группы женщин было выявлено, что соматически здоровыми к моменту наступления беременности были 134 женщины (47,9%). Экстрагенитальными заболеваниями страдали 86 женщин (30,8%). В структуре заболеваний преобладали: заболевания почек и мочевыводящих путей – у 62 (22,4%), заболевания печени – у 44 (15,7%), сердечно-сосудистой системы – у 30 (10,8%), ожирение II–III степени – у 26 (9,3%). Кроме того, нами отмечено влияние хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у матерей на массу тела новорожденного.

У большинства женщин, родивших детей с крупной массой, течение беременности протекало без особенностей.

Беременность у женщин, родивших крупных детей, чаще осложнялась гипертензивными нарушениями (12,2%), причем у каждой второй (56,2%) наблюдалась преэклампсия различной степени выраженности. Отмечалась угроза прерывания беременности во второй её половине (12,3%), анемия. Следует указать, что у всех была патологическая прибавка массы тела в среднем $20 \pm$ кг.

Анализ родов показал, что у всех диагностировались осложнения в родах: у каждой третьей встречались такие осложнения, как несвоевременное излитие околоплодных вод (29,7%), развитие аномалий родовой деятельности (31,2%, 18,3%), акушерский травматизм (11,4%) (см. таблицу).

Частота осложнений в родах

Осложнения	n=279	
	Абс	%±m
Несвоевременное излитие околоплодных вод	83	29,7±3,5
Аномалии родовой деятельности	138	49,5±4,64
Акушерский травматизм	32	11,4±1,52
Клинически узкий таз	26	9,2±1,74
Асинклитическое вставление головки плода	16	5,7±1,05
Гипертензивные нарушения	15	5,4±1,01

Среди аномалий родовой деятельности на первом месте первичная слабость – 11,7%, вторичная слабость – 7,9%, далее дискоординация родовой деятельности – 4,5%.

Большинство родов были своевременными 255 (91,3%), запоздалые – в 24 (8,7%) случаях.

Изучение продолжительности родового процесса показало, что первородящие роженицы имели длительные по продолжительности периоды родов. Так, первый период родов у рожениц в среднем составил 13,5 часа. Продолжительность второго периода родов составила 38,3±4,1 минут. Третий период родов составил 15,50±6,10 мин. Общая продолжительность родов была 862,1±4,2 мин.

У повторнородящих рожениц продолжительность первого и второго периодов родов были короче в 1,3 раза, а третьего – в 1,2 раза, чем у первородящих. В результате общая продолжительность родов у них составила 658,6±0,5 мин.

Наиболее частым акушерским пособием во втором периоде родов была эпизиотомия, которая произведена у 74 (26,7%) женщин. Оперативное родоразрешение проведено у 57 (20,6%) женщин в экстренном порядке.

Исход родов для новорожденных представлен следующим образом: 207 (74,2%) детей родились с оценкой по шкале Апгар 8–10 баллов, 37 (13,3%) новорожденных – 6–7 баллов, 29 (10,3%) детей – 5–6 баллов и 6 (2,2%) – 4–5 баллов.

При этом следует отметить, что у детей, рожденных через естественные родовые пути, с большой частотой – у 59 (26,6%) встречались кефалогематомы. Эта травма определялась у новорожденных от матерей с клинически узким тазом, аномальным вставлением головки плода, стойкой слабостью родовой деятельности и длительным прорезыванием головки плода.

Основываясь на результатах проведенного ретроспективного исследования, можно заключить, что изучение особенностей течения родов

при крупном плоде представляет клиническую значимость для выработки мер, позволяющих прогнозировать течение родов и дифференцировать акушерский подход к методу родоразрешения, что согласуется с данными Е.Н. Кравченко [1] (2007) и Y.W. Cheng et al. [6].

У большинства женщин с крупным плодом определялся риск родовых травм для матери и плода. В основном преобладали такие показания, как неэффективность лечения стойкой слабости родовой деятельности, острая гипоксия плода, дородовое излитие околоплодных вод при неподготовленных родовых путях и отсутствие эффективности от родовозбуждения, клинический узкий таз, преэклампсия.

Из проведенного анализа видно, что довольно большой процент детей с низкой оценкой по шкале Апгар напрямую зависит от тактики ведения родов, своевременной диагностики крупного плода, что позволит шире ставить показания к плановому родоразрешению и своевременному во время родов [2, 7–9]. Это позволит снизить детский родовой травматизм.

Таким образом, при рождении детей с крупной массой при доношенном сроке беременности наблюдались почти в каждом случае родовые травмы для матери и плода. И результаты данной работы, касающиеся тактики ведения беременности и родов у женщин с крупным плодом, направлены на снижение родового травматизма.

Литература

1. Кравченко Е.Н. Факторы риска родовой травмы // Акушерство и гинекология. – 2007. № 3. – С. 10–13.
2. Кулаков В.И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. Кесарево сечение. – М., 2004. – 183 с.
3. Bell R., Glinianaia S. V., Rankin J., Wright C. et al. Changing patterns of perinatal death, 1982–2000: a retrospective cohort study // Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal Ed. – 2004. – Vol. 89, № 6. – P. 531–536.

О.Д. Коптева. Прогностическое значение патологических маркеров...

4. *Савельева Г.М.* Выбор оптимального метода родоразрешения в снижении перинатальных потерь // *Акуш и гин.* – 2000. №5. – С. 12–17.
5. *Подтетнев А.Д., Братчикова Т.В.* Общие принципы ведения родов // *Российский медицинский журнал.* – 2006. № 3. – С. 42–46.
6. *Cheng Y.W., Norwitz E.R., Caughey A.B.* The relationship of fetal position and ethnicity with shoulder dystocia and birth injury // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2006. – Vol.195, № 3. – P. 856–862.
7. *Абзалова Л.Ф.* Исходы оперативного влагалищного родоразрешения для матери и плода // *Медицина в Кузбассе.* – 2006. № 3. – С. 3.
8. *Айнетдинов Д.С.* Частота и основные факторы риска родового травматизма // *Медицина в Кузбассе.* – 2006. № 3. – С. 5.
9. *Obstetric outcome of extreme macrosomia / Alsunari S., Berger H., Sermer M., Seaward G., Kelly E., Farine D.* // *J. Obstet Gynaecol Can.* – 2005. – V. 27, № 4. – P. 323–328.