

*Омуркулова Г. С.*

**ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ  
С ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИЕЙ ПЛОДА  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА РОДРАЗРЕШЕНИЯ**

*Omurkulova G.S.*

**PREGNANCY COURSE AND OUTCOME OF LABOR IN PREGNANT WOMEN  
WITH INTRAUTERINE HYPOXIA OF FETUS DEPENDING ON DELIVERY  
METHOD**

*Проведенное исследование посвящено оптимизации и разработке рациональной тактики ведения родов на основе анализа гипоксических состояний новорожденных, возникающих в результате родового процесса.*

*Ключевые слова:* течение беременности, роды, гипоксия плода, метод родоразрешения.

*This investigation is devoted to optimization and development of labor management tactics based on analysis of hypoxic states of newborns due to labor process.*

*Key words:* pregnancy course, labor, fetal hypoxia, delivery method

**Введение**

Проблема ведения родов, осложненных гипоксией плода, в современном акушерстве является одной из наиболее сложных и противоречивых. Осложнения во время родов, неправильная тактика их ведения нередко приводят к увеличению перинатальной заболеваемости и смертности. Кроме того, в практику внедряются новые технологии и лекарственные вещества. В связи с этим от многих канонов классического акушерства уже отказались, а тактика ведения родов постоянно пересматривается [1,2,3]. Рациональное ведение беременности, применение наиболее эффективных методов для подготовки беременных к родам и индукции родов, могут привести к снижению частоты перинатальных потерь.

**Целью** данного исследования явилось изучение течения беременности и исхода родов у беременных с внутриутробной гипоксией плода в зависимости от метода родоразрешения (на основе ретроспективного материала).

**Материал и методы исследования**

Были изучены истории родов 150 женщин, у которых на основании клинико-лабораторных, КТГ и ультразвуковых данных установлен диагноз «острая гипоксия плода» и у которых родились дети в состоянии асфиксии разной степени тяжести.

Аналізу подвергнуты следующие показатели: фон здоровья матерей и состояние фето-плацентарной системы накануне родов, продолжительность родов, частота аномалий родовой

деятельности и способы их коррекции, способы родоразрешения, перинатальные исходы родов (оценка по шкале Апгар).

**Результаты исследования и их обсуждение**

При изучении истории родов данной группы женщин, было выявлено, что соматически здоровыми к моменту наступления беременности были 73 женщины (48,7%). Экстрагенитальными заболеваниями страдали 47 женщин (31,3%). В структуре заболеваний преобладала анемия различной степени тяжести - 25 (53,2%) случаев. Заболевания почек и мочевыводящих путей диагностированы у 10 (20,3%). Заболеваниями печени страдали 5 (10,0%) женщин, сердечно-сосудистой системы 3 (5,2%), миопия различной степени выраженности имела место у 5 женщин (10,2%).

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% обследованных. В возрастном аспекте множественные осложнения беременности чаще встречались у женщин старше 30 лет.

У 8,0% женщин регистрировались гипертензивные нарушения беременности, большая их часть (58,3%) составляла преэклампсия различной степени выраженности. Наблюдались угроза прерывания беременности во второй её половине (12,3%), хроническая внутриутробная гипоксия плода (6,8%), синдром задержки внутриутробного развития плода (4,5%).

При изучении течения родов выявлено, что наиболее часто встречались такие осложнения, как несвоевременное излитие околоплодных вод (32,7%), развитие аномалий родовой деятельности (24,7%), патологический прелиминарный период (15,3%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (5,3%), клинически узкий таз (3,2%) (табл.).

Таблица.

Частота осложнений в родах

Осложнения	n=150	
	Абс	%
Несвоевременное излитие околоплодных вод	49	32,7
Аномалии родовой деятельности	37	24,7
Патологический прелиминарный период	23	15,3
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	8	5,3
Клинически узкий таз	5	3,2
Асинклитическое вставление головки плода	4	3,5
Гипертензивные нарушения в родах	3	2,0
Другие	5	3,3

Из аномалий родовой деятельности чаще всего диагностирована первичная и вторичная слабость – 28 (18,7%), дискоординация родовой деятельности осложнила течение родов у 6 (4,0%), бурная родовая деятельность – у 3 (2,0%) (процент от общего количества рожениц).

Обращает на себя внимание высокая частота несвоевременной потери амниотической жидкости в анализируемой группе – 78 (52,0%). При этом на долю искусственной потери (амниотомия) приходилось 29 (19,3%) случаев. У остальных 49 (32,7%) рожениц согласно историям родов произошло дородовое или раннее излитие околоплодных вод. Амниотомия с целью родовозбуждения произведена у 24 (16%) беременных. У 5 (3,3%) рожениц с первичной слабостью родовой деятельности удалось ограничиться амниотомией.

Изучение продолжительности родового процесса показало, что первородящие роженицы имели длительные по продолжительности периоды родов. Общая продолжительность родов была  $798,01 \pm 2,2$  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 чего общая продолжительность родов у них составила  $614,77 \pm 0,2$  минут.

Утеротонические вещества использовались у первородящих рожениц 5 (16,7%) раз, главным образом, с целью родовозбуждения. У повторнородящих стимуляция родовой деятельности предпринята в 23 (40,4%) случаях.

Острая гипоксия плода чаще встречалась как осложнение второго периода родов. В качестве причины указаны: декомпенсация хронической плацентарной недостаточности, поставленной ретроспективно после родов на основании осмотра последа (множественные петрификаты, инфаркты

плаценты); преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, относительная и абсолютная короткость пуповины и др.).

Наиболее частым акушерским пособием во втором периоде родов при выявлении страдании плода была эпизиотомия, которая произведена у 40 (26,7%) женщин.

Дальнейшие исследования показали, что, несмотря на мероприятия, проводимые в плане регуляции родовой деятельности и поддержания нормальной сердечной деятельности внутриутробного плода, в ряде случаев развились показания к оперативному родоразрешению. В основном преобладали такие показания, как неэффективность лечения стойкой слабости родовой деятельности (7,3%), острая гипоксия плода (4,7%), дородовое излитие околоплодных вод при неподготовленных родовых путях и отсутствие эффективности от родовозбуждения (4,0%), клинический узкий таз (2,0%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и преэклампсия по 1,3%.

Оперативное родоразрешение проведено у 34 (22,7%) женщин в экстренном порядке в активной фазе первого периода родов. Следует отметить, что показаний со стороны плода к производству операции кесарева сечения было в 4,7% случаев, из них в 4 случаях дети родились в асфиксии и их состояние в раннем неонатальном периоде расценивалось как неудовлетворительное. В остальных случаях показания были со стороны матери.

Сопоставление групп женщин, рожавших через естественные родовые пути и родоразрешенных кесаревым сечением, показало, что при абдоминальном родоразрешении значительно чаще встречались запоздалые роды (1,1 и 14,3%). Частота экстрагенитальной патологии, осложненного течения беременности и родов в группе кесарева сечения была выше, чем при самопроизвольных родах (43 и 25% соответственно). Т. е., по частоте факторов риска неблагоприятных неонатальных исходов группа кесарева сечения не уступала, а по ряду показателей превосходила соответствующие значения в группе женщин с самопроизвольными родами.

Таким образом, в нашей выборке у каждой четвертой женщины определялся риск родовых травм для матери и плода. Проведенный анализ выявил высокую частоту амниотомии, медикаментозного родовозбуждения и родостимуляции.

Диагностика гипоксии позволяет определять оптимальную тактику ведения родов, своевременно решать вопрос о досрочном родоразрешении, определять оптимальный метод родоразрешения [4].

При выявлении острой гипоксии плода во 2-м периоде родов доминирующим пособием была эпизиотомия, производимая зачастую преждевременно, когда головка плода не прорезалась из половой щели. Установлено, что эпизиотомия при гипоксии плода не является радикальным методом ускорения родов, а при высоко стоящей головке эта операция вообще не имеет смысла [5].

В современном акушерстве отмечается рост числа кесаревых сечений. По данным зарубежных авторов, почти 80% кесаревых сечений делают по показаниям, в первую очередь учитывающим интересы плода [6]. В нашем исследовании сопоставление методов ведения родов при острой гипоксии плода не показало преимуществ оперативного метода родоразрешения. Было выявлено, что дети с острой гипоксией имеют лучший исход при самостоятельных родах.

Кесарево сечение улучшает перинатальные исходы в наиболее тяжелых, не поддающихся консервативным методам лечения ситуациях, обеспечивает профилактику перинатальной смертности и имеет перспективы благоприятного влияния на снижение заболеваемости при своевременном выполнении (до развития выраженных изменений у плода) и только в комплексе с адекватным ante- и постнатальным ведением [7,8].

Всемирная организация здравоохранения в «Рекомендациях по технологии родовспоможения» выступила за предоставление женщине права на любой тип обслуживания в родах на

выбор: в клинике или дома, в воде или «всухую», с использованием любых поз и свободой поведения в родах. При этом отмечено снижение доли осложнений родового акта как для матери (несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, разрывы шейки матки), так и для новорожденного (родовая травма), уменьшение медикаментозной нагрузки на роженицу и плод, более редкое применение амниотомии и эпизиотомии.

#### Литература:

1. Савельева Г. М. // Акуш и гин. – 2000. - №5. - С.12-17
2. Подтетенев А. Д., Братчикова Т. В. // Российский медицинский журнал.–2006.- № – С.42-46.
3. Alsunnari S. et al // J. Obstet Gynaecol Can. – 2005. – V. 27, № 4. – P. 323-8.
4. Petrou S. et al // Bailliere's Clinical Obstet. and Gynaecol. - 2001. – Vol. 15, № 1. - P. 145-163.
5. Радзинский В. Е., Костин И. Н. // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 5. – С. 12-16.
6. Стрижаков А. Н. и соавт. // Акуш. и гинекол. – 2000. - № 5. - С12-17.
7. Кулаков В. И. Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. Кесарево сечение. – М., 2004. – 183 с.
8. Абзалова Л. Ф. // Медицина в Кузбассе. – 2006. - № 3. – С. 3.

Рецензент: д.м.н., профессор Мусуралиев М.С.