

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДУ РОДОВ С ТАЗОВЫМ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛОДА

Хакимов Ш.К., Ташкентбоева М., Нуриддинова Г.Т.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме:

В работе анализирован исход родов у 96 рожениц с тазовым предлежанием плода. Установлена высокая концентрация ante- и интранатальных факторов по повреждению головного и спинного мозга у новорожденных при их тазовом предлежании. Делается вывод о том, что роды с тазовым предлежанием плода часто осложняются гипоксией плода и асфиксией новорожденных, являющейся клинической маской поражения центральной нервной системы и спинного мозга.

Ключевые слова: Роды с тазовым предлежанием плода, исход родов, новорожденные.

ХОМИЛАНИНГ ЧАНОҚ БИЛАН ТУФИЛИШИ НАТИЖАЛАРИ ХАҚИДА

Хакимов Ш.К., Ташкентбоева М., Нуриддинова Г.Т.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме

Илмий мақолада хомиланинг чаноқ билан туғилиш 96 нафар чақалоқ туғрисида маълумот келтирилган. Бундай туғруқларда бош ва орқа мианинг зарарланишига ante- ва интранатал сабаблар мажмуаси келтирилган. Хомиланинг чаноқ билан туғилиши хомила гипоксияси ва чақалоқлар асфиксияси билан асоратланган ва бу эса бош ва орқа мия зарарланишининг клиник "ниқоб" лари деб топилган.

Калит сўзлар: хомиланинг чаноқ билан туғилиши, туғруқ асоратлари, чақалоқлар бош ва орқа миаси зарарланиши.

TO OUTCOME OF SORTS WITH BASIN PRELYING OF THE FRUIT

Xakimov Sh.K., Tashkenboeva M., Nuritdinova G.T.

Andizhan state medical institute.

✓ Resume

In work the analysis outcome of sorts at 96 lying-in women about a basin is carried out by prelying of a fruit. High concentration ante-and intranatal factors on damage head and back a brain at newborn is established at their basin prelying. It is judged that the sort about a basin prelying of a fruit frequently is complicated hypoxia a fruit and asphyxia newborn, being clinical mask of defeat of the central nervous system and a spinal cord.

Key words: the Sort about a basin prelying of a fruit, outcome of sorts, newborn.

Введение

Известно, что характер, течение беременности и родов с тазовым предлежанием плода является патологическим процессом, что находит свое отражение на высоком уровне перинатальной заболеваемости и смертности (более чем в 5-6 раз) по сравнению с головным предлежанием плода [2,4,7]. Между тем, структура заболеваемости новорожденных, родившихся с тазовым предлежанием, окончательно не дифференцирована, что препятствует разработке конкретных мер по снижению перинатальной смертности [1, 3, 5,6].

Целью нашего исследования явилось комплексное изучение состояния плода и новорожденных при родах с тазовым предлежанием.

Материал и методы исследования. Обследованы 96 рожениц с тазовым предлежанием плода, со сроком беременности 33-42 нед: "чисто" ягодичное - 84, смешанное - 7, ножное - 5. Контрольную группу составили 80 рожениц со сроком беременности 35 - 42 нед., с головным предлежанием плода: затылочное-теменное - 78, переднеголовное -1, лобное предлежание-1. Роды через естественные родовые пути име-

ли роженицы контрольной и основной группы соответственно 96,3% и 85,4% ($p<0,01$), а абдоминальное родоразрешение проведено в 3 (3,75%) и 14 (14,6%, $p<0,01$) случаях. По возрасту ($25,4\pm0,73$ и $25,9\pm0,42$ лет, $p>0,05$) и паритету родов перво- (28,7% и 32,3%, $p>0,05$) и повторнорожавшие (71,2% и 67,7%, $p>0,05$) обследованные группы рожениц были сопоставимы.

План обследования состоял из объективной и экспертной оценки перинатальных факторов риска, тяжесть преэклампсии, экстрагенитальных заболеваний, фетометрия плода (Phillips HD-3000) с расчетом бипариетального размера (БПР, см), лобнозатылочного (ОФД), окружности груди (ОГР), живота (ОЖ), длины бедра (ДБ), передне-заднего (АПД) и поперечного (ТПД), размера туловища плода, оценка маточно-плацентарного (МПК) и плодово-пуповинного (ППК) кровотока.

Оценка состояния новорожденных проводилось по шкале Апгар, а детей с синдромом дыхательных расстройств (СДР) по шкале Сильвермана-Андерсена и Доуэнса. Также оценена нервно-рефлекторная возбудимость, функции ЧМН, двигательная активность (тонус мышц), чувствительность (тактильная), безусловные (оральные, позотонические - надсегментарные,

сегментарные-двигательные автоматизмы, проприорецептивные рефлексы (сгибательные, разгибательные-локтевые, коленные, ахилловы, стопные-разгибательные и сгибательные), определение топики (центральные, периферические) и виды (спастические, вялые) парезов верхних и нижних конечностей. По показаниям проводились краниография, спондилография (шейного, грудного и поясничного отдела позвоночника) (напряжение 50 KV, экспозиция 0,04 сек.), нейросонография (Aloca SSD-3500 SV) головного мозга. Материал обработан непараметрическим способом - точный метод Фишера (ТМФ) с угловым преобразованием (ϕ) для относительных величин на программе Microsoft Excel (2003).

Результаты исследования и их обсуждение. Наши исследования показали, что акушерский анамнез основной группы рожениц, по сравнению с контрольной значительно отягощен, т.е., среди них увеличено число выкидышей перед первыми родами (13,5% и 2,5%, $p < 0,001$), искусственные аборт (21,9% и 13,8%, $p < 0,05$), мертворождаемость (9,4% и 3,5%, $p < 0,05$), преждевременные роды (17,7% и 5,0%, $p < 0,002$), хронические очаги инфекции (4,03% и 26,3%, $p < 0,024$), заболевания сердечно-сосудистой системы (19,8% и 10,0%, $p < 0,033$), пищеварительной (22,9% и 7,5%, $p < 0,01$), мочевыводящих путей (33,3% и 15,0, $p < 0,001$), дыхательной (12,5% и 5,0%, $p < 0,037$) системы, а также гинекологические заболевания (28,1% и 13,8%, $p < 0,009$). Эти данные приводили к значительному увеличению репродуктивной "потери" ребенка, т.е., в основной группе соотношение родов и беременности составило 1:1,53, а в контрольной 1:1,34.

При анализе ФПК и ППК нами обнаружено снижение кровотока в артериях пуповины ($-12,9 \pm 3,74\%$) и матки ($-27,1 \pm 4,53\%$, $p < 0,05$) у женщин основной группы при высоких значениях систоло-диастолических соотношений, соответственно $\geq 3,0$ и $2,5$ в этих сосудистых регионах, что свидетельствовало об уменьшении конечно-диастолической скорости кровотока в артериях пуповины и повышенную резистентность сосудов плаценты. Эти данные указывают на снижение плацентарной перфузии у рожениц основной группы в силу концентрации вышеуказанного преморбидного фона и хронических экстрагенитальных заболеваний [3, 4].

У плодов основной группы рожениц в значительных случаях (62,5% против 15,0%, $p < 0,001$) выявлялось отставание (на две и более нед.) фетометрических показателей плода от их гестационного возраста. Параметры фетометрии плодов основной группы рожениц БПР ($9,09 \pm 0,036$ см), ОГр ($9,21 \pm 0,034$), ОЖ ($9,35 \pm 0,032$) значительно отставали ($p < 0,001$) от данных плодов рожениц контрольной группы ($9,38 \pm 0,035$; $9,52 \pm 0,034$ и $9,52 \pm 0,034$).

У рожениц основной группы значительно часто встречались осложнения в родах: слабость родовой деятельности (27,1% против 15,0%, $p < 0,023$), дискоординированные (17,7% и 5,0%, $p < 0,003$) и затяжные роды (16,7 и 7,5%, $p < 0,029$), преждевременное излитие околоплодных вод (19,8% и 6,3%, $p < 0,003$), ранняя отслойка нормально расположенной плаценты и её предлежание (18,8% и 10,0%, $p < 0,047$), патологии плаценты (11,5% и 3,8%, $p < 0,024$) и пуповины (21,9% и 12,5%, $p < 0,048$).

В основной группе рожениц часто применялись акушерские пособия и манипуляции (43,8% против 15,0%, $p < 0,001$). При всем шадящем режиме ведения родов у 26% рожениц основной группы развилось повреждение промежности, что существенно выше, чем данные контрольной группы (6,3%, $p < 0,001$). Основными последствиями родов с тазовым предлежанием явились высокая частота гипоксии плода (48,9% против 16,3% контрольного, $p < 0,001$) и асфиксии новорожденных (61,5% против 30,0%, $p < 0,001$). Признаками гипоксии плода в первом периоде родов по данным КТГ явились уменьшение средней амплитуды мгновенных осцилляций - MhMO ($10,3 \pm 0,35$ против $12,4 \pm 0,6$ уд/мин, $p < 0,001$), число медленных акселераций - hMA ($3,9 \pm 0,31$ против $9,4 \pm 0,61$ уд/мин, $p < 0,001$) и их продолжительности ($4,9 \pm 1,16$ против $10,5 \pm 0,44$ мин за 60 мин, $p < 0,001$), увеличение общей продолжительности стабильного ритма - EtcP ($75,7 \pm 2,65$ против $32,4 \pm 1,35\%$, $p < 0,001$).

Нами установлено, что доля новорожденных с массой тела соответствующей к сроку гестации доношенности в группах детей с головным предлежанием больше - 52 (65,0%) по сравнению с детьми, родившимся в тазовом предлежании - 34 (35,4%, $p < 0,001$), доношенных с низкой массой тела по сроку гестации в изученных группах выявлено по 12,5% и 31,3% ($p < 0,001$). Перенесенные со сроком гестации $\geq 4,1$ нед., составили в изучаемых группах 17,5% и 8,53% ($p < 0,001$), при этом их масса тела у 12,5% и 3,13% ($p < 0,01$) соответствовали, а 5,0% и 5,21% нет ($p > 0,05$). Недоношенные со сроком гестации ≤ 37 нед и им соответствующие массы тела обнаружены у 5,0% и 10,4% детей ($p > 0,05$), а недоношенные с пренатальной гипотрофией (т.е., с низкой массой тела) составили лишь 14,6% ($p < 0,001$) среди новорожденных, родившихся в тазовом предлежании. При этом средняя масса тела новорожденных основной группы составила $2904,0 \pm 61,2$ гр, что существенно ниже, чем дети, родившихся в головном предлежании ($3240,3 \pm 54,4\%$, $p < 0,001$).

У новорожденных, родившихся при тазовом предлежании часто выявлялись признаки II и III степени асфиксии (24,0% и 12,5%) что выше, чем данные детей с головным предлежанием (15,0% и 2,5%, $p < 0,01$), признаки СДР (16,7% против 3,75%, $p < 0,01$), псевдобульбарный синдром (9,38% и 2,5%, $p < 0,05$), признаки спастического пареза верхних (25,0% против 3,75%, $p < 0,001$) и нижних конечностей (12,5% против 2,5%, $p < 0,001$), вялых парезов верхних (30,2% против 27,5%, $p > 0,05$) и нижних конечностей (19,8% против 1,25%, $p < 0,001$). Среди новорожденных из группы тазового предлежания в двух случаях с признаками тяжелой асфиксии ($\leq 4,0$ балла), СДР и псевдобульбарного синдрома наблюдался летальный исход в ближайшем послеродовом периоде (6-24 часа).

Выводы: Акушерский анамнез беременных и рожениц с тазовым предлежанием плода значительно отягощен, что неблагоприятно сказывается на исходе родов, характер и количество осложнений у плодов и новорожденных.

Для дифференциации случаев ante- и интранатальной гипоксии плода, обусловленные тяжестью родов с тазовым их предлежанием, необходим мониторинг анализа состояния здоровья плода (кардиотокография) и параметров гемодинамики в маточно-плацентарном и пуповинно-плодовых сосудистых бассейнах.

Роды с тазовым предлежанием плода часто осложняются гипоксией плода и асфиксией новорожденных, что в раннем неонатальном периоде маскирует клинические признаки натальных повреждений головного и спинного мозга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Логутова Л.С. и др. Программированные роды у женщин с высоким перинатальным риском. Информационное письмо.- М.: Медиабюро "Status Praesens", 2009.- С.32.
2. Игамбердиева Н.Б., Каримова Д.Ф. // Мат.V съезда педиатров Узбекистана.-Ташкент.-2004.-С.118
3. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных.- М.: МЕДпресс-информ, 2009.- С.256.
4. Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Бутко Т.М. Перинатальные потери. Резервы снижения. -М.: Литтерра, 2008. -208 с.
5. Савельева Г.М., Трофимова О.А. Роль кесарева сечения в снижении перинатальной смертности и заболеваемости доношенных детей. // Акушерство и гинекология.- 2008.- №4.- С.20-23.
6. Ташбаев О.С., Отахожиев М.С., Эргашабаева Д.А. К изучению факторов риска тазового предлежания плода. // Врач-аспирант, 2009.-№3(30).- С.258-261.
7. Gajjar K, Spencer C. Fetal laceration injury during cesarean section and its long-term sequelae: a case report.//Am J Obstet Gynecol. 2009 Oct; 201(4): 5-7.

Поступила 03.03.2019