

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Садуллаева О.Р., Матякубова С.А., Матризаева Г.Д.,

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии.

✓ Резюме,

В статье приводится анализ литературных данных по проблеме индуцированных родов при переносимой беременности. Для своевременного развития родовой деятельности и гладкого течения родов необходимы полная готовность и слаженное взаимодействие всех звеньев системы «мать-плацента-плод». С возрастанием длительности перенашивания достоверно возрастает частота операции: кесарево сечение, гипотонических кровотечений, травм промежности, рождение детей с неонатальной патологией и увеличение перинатальных потерь. В связи с этим предстоит изыскать прогностические тесты для выявления прогноза течения родов, а так же разработать наиболее рациональный метод родоразрешения для достижения снижения частоты осложнений, как со стороны матери, так и плода.

Ключевые слова: переносимая беременность, пролонгированная беременность, этиология, роды, методы подготовки шейки матки к родам

ZAMONAVIY AKUSHERLIKDA MUDDATIDAN O'TGAN HOMILADORLIKNING KLINIK VA DIAGNOSTIK MUAMMOLARI

Sadullayeva O.R., Matyakubova S.A., Matrizayeva G.D.,

Toshkent tibbiyot akademiyasining Urganch filiali.

✓ Resume,

Maqolada muddatidan o'tgan homiladorlikda tug'ruqni induksiya qilish muammosi bo'yicha adabiyotlar tahlili berilgan. Tug'ruqni o'z vaqtida rivojlanishi va to'g'ri yo'naltirish uchun ona-platsenta-homila tizimining barcha qismlarining to'liq tayyorgarligi va kelishilgan o'zaro ta'siri zarur. Tug'ruq vaqtining ko'payishi bilan jarrohlik aralashuvlari sezilarli darajada oshadi: kesarcha kesish, gipotonik qon ketish, oraliq jarohatlari, neonatal patologiyasi bo'lgan bolalar tug'ilishi va perinatal yo'qotishlarning ko'payishi. Shu munosabat bilan, tug'ruq jarayonining prognozini aniqlash uchun prognostik testlarni topish, shuningdek, ona va homila tomonidan tug'ruq asoratlari pasaytirishga erishish uchun tug'ishning eng oqilona usulini ishlab chiqish kerak.

Kalit so'zlar: muddatidan o'tgan homiladorlik, prolongirlangan homiladorlik, etiologiyasi, tug'ruqlar, bachadon bo'yni tug'ruqqa tayyorlash usullari

DIAGNOSTIC AND CLINICAL PROBLEMS IN HARVESTED PREGNANCY IN MODERN OBSTETRICS

Sadullayeva O.R., Matyakubova S.A., Matrizayeva G.D.,

Urgency branch of Tashkent Medical Academy, 220100 Uzbekistan, the city of Urgench Street Al-Khorazmiy house 28 Email: ttaurgfil@umail.uz.

✓ Resume,

The article provides an analysis of the literature on the problem of induced childbirth in pregnancy. For the timely development of labor and a smooth course of labor, complete readiness and coordinated interaction of all parts of the mother-placenta-fetus system are necessary. With an increase in the duration of reshaping, the frequency of surgery significantly increases: cesarean section, hypotonic bleeding, perineal injuries, the birth of children with neonatal pathology and an increase in perinatal losses. In this regard, it is necessary to find prognostic tests to identify the prognosis of the course of childbirth, as well as to develop the most rational method of delivery to achieve a decrease in the frequency of complications, both from the mother and the fetus.

Key words: post-term pregnancy, prolonged pregnancy, etiology, childbirth, methods for preparing the cervix for childbirth.

Актуальность

Перенашивание беременности (ПБ) является проблемой представляющей большой научный и практический интерес в акушерстве. Переносимая беременность относится к разряду проблем, традиционно определяющих большой научно-практический интерес, обусловленный, прежде всего, неблагоприятными перинатальными исходами при этой патологии. Актуальность ее объясняется большим числом осложнений в родах, высоким процентом род разрешающих операций, показателей перинатальных потерь [17, 21, 22].

Среди причин, приводящих к различным осложнениям в течение беременности и родов, важное место занимает перенашивание беременности, частота которого колеблется от 1,4 до 16% составляя в среднем 8-10%, но последние годы имеет тенденции к повышению. Все акушеры признают необходимость предотвращения переносимых родов, но их число остается достаточно высоким. Истинное перенашивание беременности отмечается от 2-42% случаев. Такие широкие колебания объясняются отсутствием единого мнения о начале перенашивания и сложностью определения истинной продолжительности беременности [13,14,15,21].

Причины переносимости беременности многочисленны. Главными этиологическими факторами, ведущими к переносимости беременности, являются функциональные сдвиги в центральной нервной системе (ЦНС), вегетативные и эндокринные нарушения в организме беременной. Известную роль при данной патологии играют изменения в матке (воспалительные, дегенеративные и др.), снижающие ее возбудимость и сократительную активность [17,22,23].

Преморбидным фоном для переносимости беременности могут явиться перенесенные ранее детские инфекционные заболевания (скарлатина, паротит, краснуха и др.), играющие значительную роль в формировании репродуктивной системы женщины, а также экстрагенитальные заболевания. Известную роль в переносимости беременности играют эндокринные заболевания, нарушения жирового обмена, психические травмы, патология беременности. У первобеременных переносимости встречается чаще, чем у повторнородящих.

Главными патогенетическими моментами, ведущими к переносимости беременности, являются сдвиги в эндокринной системе. Большая роль принадлежит нарушению выработки эстрогенов, гестагенов, кортикостероидов, окситоцина, некоторых тканевых гормонов (ацетилхолин, кинины, гистамины, простагландины), ферментов, электролитов и витаминов [17,20,21].

Плацентарная недостаточность при переносимости беременности развивается у каждой третьей женщины и в 70% случаев плод переносит хроническую гипоксию [23,24,24]. Степень патологических изменений плаценты при переносимости беременности коррелирует с состоянием плода и новорожденного. Нарушение кровообращения в плаценте чаще всего происходит первично и всегда сопровождается изменениями метаболизма. Однако в ряде случаев первоначально возникают нарушения обменных процессов.

При переносимости беременности наблюдается высокий уровень перинатальной заболеваемости и смертности, большое количество осложнений в родах и послеродовом периоде у матери и новорожденного, высокий процент родоразрешающих операций и оперативных вмешательств во время родов [15,17,22].

Исход родов для матери ПБ, несмотря на большое число осложнений, как правило, благоприятный. Некоторые авторы указывают на повышение при ПБ материнской смертности, причиной которой является разрыв матки, кровотечение, тромбоэмболия и сепсис [223,24,25,30].

Анализ причин материнской смертности при переносимости беременности свидетельствует, что среди всех умерших матерей переносимостью беременности имелось преморбидный фон и у женщин отмечались осложнения в течение беременности, особенно в родах, в послеродовом периоде, которые осложнились терминальными состояниями и явились причиной материнской летальности. Перинатальная смертность при запоздалых родах незрелым плодом, по сравнению со своевременными родами, возрастает в 2 - 10 раз и увеличивается по мере прогрессирования переносимости. Самой высокой является интранатальная смертность [21,22,31].

Вместе с тем неонатальная заболеваемость при переносимости беременности достигает 29%, а перинатальная смертность — 19%, что выше, чем при до-

ношенной беременности [22,21,23,24]. Это связано с низкой устойчивостью плода к гипоксии вследствие большей зрелости головного мозга и с уменьшением поступления к нему кислорода из-за морфологических изменений в плаценте при переносимости беременности. Механическими трудностями при прохождении плода со сниженной способностью конфигурации головки, из-за более выраженной плотности костей, узости швов и родничков, более частых нарушений сократительной деятельности матки, дистонии плечиков [1,2,3].

В результате повышается частота синдрома мекоконияльной аспирации и дистресс — синдрома плода в родах, которые и обуславливают высокую перинатальную заболеваемость и смертность [51,106,126,135]. Смертность при мекоконияльной аспирации достигает 60%, а перенесенная гипоксия приводит к перинатальным поражениям ЦНС, которые составляют 60-80% всех заболеваний нервной системы детского возраста [4,5,6].

В постнатальном периоде дети чаще погибают от последствий внутричерепных травм. При аутопсии установлено, что наиболее частой причиной гибели детей при ПБ является гипоксия плода, а затем кровоизлияние в мозг, пороки развития и др. Большинство детей при ПБ погибают интранатально и в неонатальном периоде. Причинами повреждений являются родовозбуждение, запоздалое проведение кесарева сечения, макросомия плода, определенное место занимают аномалии родовой деятельности. Аномалии и пороки развития плода при ПБ наблюдались у 9% детей, тогда как при доношенной — 3% [7,8,9,10,11,12].

Клинические симптомы переносимости беременности выражены неярко, поэтому ее диагностика вызывает значительные трудности. Диагноз переносимости беременности обычно ставят на основании анамнестических и объективных данных, результатов клинического, лабораторного и инструментального исследований, которых необходимо проводить в динамике. Очень важно не просто установить наличие хронологического переносимости беременности, но и выявить его характер, т.е. имеется ли истинное переносимости или пролонгирование беременности. Под истинно переносимости беременностью следует понимать беременность, которая продолжается 42 недели (294 дня) и более, после 1-го дня последней менструации. Ребенок рождается с признаками переносимости, и обычно имеются изменения плаценты (петрификаты, жировое перерождение и др.) Пролонгированной или физиологически удлиненной, следует считать беременность, которая продолжается не более 294 дней и заканчивается рождением доношенного, функционально зрелого ребенка.

Существенные успехи в диагностике переносимости беременности были достигнуты лишь после внедрения в акушерскую практику новых клинических и лабораторных методов исследования. Исследованиями ряда авторов [13,14,15,16] установлена, что в диагностике переносимости беременности большую роль играют результаты амниоскопии, ультразвукового исследования (УЗИ), фоно-электрокардиографии (ФЭКГ), кардиотокографии (КТГ), исследования амниотической жидкости, доплерометрическая оценка кровотока, цитологического исследования влагалищного мазка и гормональное исследование и т.д. Для переносимости беременности при амниоскопии ха-

рактарно: уменшени количества околоплодных вод, зеленное их окрашивание, небольшое количество хлопьев казеозной смазки, их слабая подвижность.

При переносенной беременности и меньше при пролонгированной имеются значительные нарушения в системе мать-плацента-плод, которые находят свое выражение в изменении уровня эстрогенных гормонов и прогестерона в моче, плазме крови беременной, амниотической жидкости и других биологических жидкостях. По данным А. В. Венцаускас (2004) при переносенной беременности содержание эстриола несколько ниже, чем при пролонгированной и доношенной беременности.

Цитологическое исследование влагалищных мазков: для переносенной беременности характерен IV тип влагалищных мазков - поверхностные клетки составляют 40-80%, промежуточных клеток мало, лабевидных клеток нет. Кариопикнотический индекс достигает 40%, эозинофильный индекс вырастает до 20% [17,18].

Изучение данных литературы подчеркивает, что патогномичных признаков переносенного плода нет, а есть синдром, на основании которого можно поставить диагноз переносенной беременности. Все перечисленные методы исследования с различной долей вероятности позволяют судить о степени зрелости плода, его функциональном состоянии, оценивать функцию маточно-плацентарной системы. На основании этих данных можно поставить диагноз ПБ и своевременно решать вопрос о времени и метода род разрешения.

Современная концепция ведения беременности и родов направлена на обеспечение безопасного материнства, а также на рождение не только живого, но и здорового ребенка [19,24,25,26,27].

В литературе не существует единого мнения относительно тактики ведения беременности при перенашивании. Готовность организма беременной к родам, состояние шейки матки во многом определяют течение и исход родов. Отсутствие зрелой шейки матки при сроке беременности 40-41 недель, является основанием для соответствующей оценки акушерской ситуации и выбора активной тактики, направленной на подготовку родовых путей [29,30,31].

Исходя, из выше изложенного следует сделать вывод: учитывая столь высокую частоту осложнений в родах и перинатальные осложнения, наиболее рациональным является своевременная диагностика перенашивания, активная тактика ведения беременности и родов.

При наметившейся тенденции к отходу от «агрессивного» акушерства приоритет принадлежит поиску малоинвазивных способов ускорения созревания шейки матки. Оправдано кесарево сечение при перенашивании, сопровождающимся симптомами хронической гипоксии плода, особенно в сочетании с поздним возрастом роженицы, крупным плодом, отягощенным акушерским анамнезом. Если перечисленные осложнения запоздалых родов отсутствуют, то их ведут через естественные родовые пути, но при этом особое значение имеет оценка состояния плода.

При оценке преимуществ и недостатков того или иного способа ведения переносенной беременности сопоставление противоречивых литературных данных не всегда возможно, так как многие авторы при оп-

ределении перенашивания пользуются различными диагностическими критериями [30].

Однако большинство клиницистов рассматривают перенашивание беременности как акушерскую патологию и поэтому придерживаются активной тактики ведения беременности и родов [Чернуха Е. А., 2007].

Профилактику переносенной беременности проводят с учетом этиологии и патогенеза этого осложнения. Необходимо брать на особый учет и под строгий медицинский контроль беременных, склонных к перенашиванию беременности. Беременным следует рекомендовать полноценное питание, богатое витаминами, проведение физио-психопрофилактической подготовки к родам. Важно информировать женщину о сроке предстоящих своевременных родов и при подозрении на ПБ рекомендовать ей госпитализацию для обследования и уточнения диагноза. Необходимо провести оценку готовности организма матери к родам, углубленное исследование состояния плода.

За время наблюдения во время беременности сопоставлять развитие плода и ультразвуковые критерии плаценты с гестационным сроком. По достижении гестационного срока 41 недель и более решать вопрос медикаментозной индукции родов с последующей оценкой ее эффективности и адекватного выбора метода и времени родоразрешения.

Таким образом, для своевременного развития родовой деятельности и гладкого течения родов необходимы полная готовность и слаженное взаимодействие всех звеньев системы «мать-плацента-плод». С возрастом длительности перенашивания достоверно возрастает частота операции: кесарево сечение, гипотонических кровотечений, травм промежности, рождение детей с неонатальной патологией и увеличение перинатальных потерь.

Заключение

Анализ данных литературы свидетельствует о том, что в проблеме индуцированных родов при переносенной беременности остается много вопросов, требующих дальнейшего изучения. В связи с этим предстоит изыскать прогностические тесты для выявления прогноза течения родов и профилактики их осложнений. В частности, при наличии плацентарной недостаточности, в связи с переносенной беременностью необходимо не только определить влияние родовой агрессии на состояние внутриутробного плода, но и выбрать наиболее рациональный метод родоразрешения для достижения снижения частоты осложнений, как со стороны матери, так и плода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М., ред. Акушерство: национальное руководство. - М.: ГЭ-ОТАР-Медиа, 2013. - 1200 с.
2. Баев О.Р., Румянцев В.П. Оптимизация подходов к применению мифепристона в подготовке к родам // Акушерство и гинекология. - 2012. - № 6. - С. 69-73.
3. Елевсинова Ж.К., Бекмамбетова К., Ергешбаева А., и др. Переносенная беременность в современном акушерстве // Вестник КАЗНМУ. - 2013. - № 2. - С. 37-43.
4. Киселевич М.Ф., Киселевич М.М., Киселевич В.М. Течение родов у женщин с переносенной беременностью // Научные ведомости БГУ. - 2013. - Т. 24. - № 25(168). - С. 141-144.
5. Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Логотова Л.С. Программированные роды у женщин с высоким перинатальным

- риском. Информационное письмо. - М.: Медиабюро Status Praesens, 2009. - 32 с.
6. Маркин Л.Б., Смуток С.Р. Дифференцирование пшхц до веден-
ня вагітності після 41-го тижня // Медицинские аспекты здо-
ровья женщины. - 2011. - № 2. - С. 5-9.
 7. Морозова Ю.В., Николаева О.А., Лебедева Н.В., Боровкова
Л.В. Переношенная беременность: выбор метода подготовки
к родам // Медицинский альманах. - 2014. - Т. 35. - № 5. - С.
51-53.
 8. Подготовка шейки матки к программированным родам: ме-
дицинская технология. - М.: Медиабюро Status Praesens, 2010.
 9. Ихтиярова Г.А., Дифференциальные методы прерывание бе-
ременности у женщин с антенатальной гибели плода враз-
личные сроки гестации: / Дис.док.мед.наук.- Ташкент,-2019
С- 209
 10. Смирнова Т.Л., Чернышева Н.В. Применение мифепристона
при родоразрешении женщин с переношенной беременно-
стью / Международная научно-практическая конференция.
- Вологда, 2016. - С. 84-85.
 11. Тошева И.И., Ихтиярова Г.А. Исходы беременности при
преждевременном разрыве плодных оболочек // РМЖ. Мать
и дитя т. 3, № 1, 2020 -С. 16-20
 12. Фаткуллин И.Ф., Гафиатуллина Ф.И., Хайрул-лина Г.Р., Его-
рова Т.Г. Подготовка шейки матки к родам у женщин с
переношенной беременностью // Казанский медицинский
журнал. - 2010. - № 3. -С. 390-392.
 13. Хофмейер Д.Ю., Нейлсон Д.П., Альфиревич З., и др. Кокра-
новское руководство: беременность и роды: пер с англ. -
М.: Логосфера, 2010. -440 с.
 14. Яремко А.Е., Жабченко И.А., Диденко Л.В., и др. Перина-
тальные аспекты переношенной и пролонгированной бере-
менности // Охрана материнства и детства. - 2013. - Т. 22. -
№ 2. - С. 88-92.
 15. Dekker RL. Labour induction for late-term or post-term pregnancy.
Women Birth. 2016; 29 (4): 394-398. doi: 10.1016/j.
wombi.2016.01.007.
 16. Derraik JG, Lundgren M, Cutfield WS, Ahlsson F. Body Mass
Index, Overweight, and Obesity in Swedish Women Born Post-
term. Paediatr Perinat Epidemiol. 2016; 30 (4): 320-324. doi:
10.1111/ppe.12292.
 17. Frank R, Garfinkle J, Oskoui M, Shevell MI. Clinical profile of
children with cerebral palsy born term compared with late-
and post-term: a retrospective cohort study. BJOG. 2017; 12 (11):
1738-1745. doi:10/1111/1471-0528.14240.
 18. Girma W, Tseadu F, Wolde M. Outcome of Induction and
Associated Factors among Term and Post-Term Mothers Managed
at Jimma University Specialized Hospital: A Two Years,
Retrospective Analysis. Ethiop J Health Sci. 2016; 26 (2): 121-
130.
 19. Heslehurst N, Vieira R, Hayes L, Crowe L, Jones D, Robalino
S, et al. Maternal body mass index and post-term birth: a systematic
review and meta-analysis. Obes Rev. 2017; 18 (3): 293-308. doi:
10.1111/obr.12489.
 20. Kjeldsen LL, Sindberg M, Maimburg RD. Earlier induction of
labor in post term pregnancies-A historical cohort study. Midwifery.
2015; 31 (5): 526-531. doi: 10.1016/j. midw.2015.02.003.
 21. Lahti M, Eriksson JG, Heinonen K, Kajantie E, Lahti J, Wahlbeck
K, et al. Late preterm birth, post-term birth, and abnormal fetal
growth as risk factors for severe mental disorders from early to
late adulthood. Psychol Med. 2015; 45 (5): 985-999.
 22. Linder N, Hirsch L, Fridman E, Klinger G, Lubin D, Kouadio
F, et al. Post-term pregnancy is an independent risk factor for
neonatal morbidity even in low-risk singleton pregnancies. Arch
Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2017; 102 (4): F286-F290. doi:10/
1136/archdischild-2015-308553.
 23. Maimburg RD. Women's experience of post-term pregnancy. Pract
Midwife. 2016; 19 (6): 21-23.
 24. Mavlyanova N.N., Ixtiyarova G.I., Tosheva I.I., Aslonova M.Zh.,
Narzullaeva N.S. The State of the Cytokine Status in Pregnant
Women with Fetal Growth Retardation \ Journal of Medical
- Clinical Research & Reviews- ISSN 2639-944X \ Volume 4
| Issue 6 | 4 of 4, 2020
 25. Naslund Thagaard I, Krebs L, Lausten-Thomsen U, Olesen
Larsen S, Holm JC, Christiansen M, et al. Dating of Pregnancy
in First versus Second Trimester in Relation to Post-Term
Birth Rate: A Cohort Study. PLoS One. 2016; 11 (1): e0147109.
 26. Sarkisova L. V., Yuldasheva R. U., Kurbanova Z. Sh., Aslonova M.
J., American Journal of Medicine and Medical Sciences p-
ISSN: 2165-901X e-ISSN: 2165-90362020; 10(4): 262-265
doi:10.5923/j.ajmms.20201004.19
 27. Schierding W, Antony J, Karhunen V, Vaarasmaki M, Franks S,
Elliott P, et al. GWAS on prolonged gestation (post-term birth):
analysis of successive Finnish birth cohort. J Med Genet. 2018;
55 (1): 55-63. doi: 10.1136/jmedgenet-2017-104880.
 28. Schierding W, O'Sullivan JM, Derraik JG, Cutfield WS. Genes
and post-term birth: late for delivery. BMC Res Notes. 2014; 7:
720.
 29. Smithers LG, Searle AK, Chittleborough CR, Scheil W, Brink-
man SA, Lynch JW. A whole-of-population study of term and
post-term gestational age at birth and children's development.
BJOG. 2015; 122 (10): 1303-1311.
 30. Vayrynen W, Heikinheimo O, Nuutila M. Misopros-tol-only versus
mifepristone plus misoprostol in induction of labor following
intrauterine fetal death. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007; 86(6):
701-5.
 31. Wallstrom T, Hellgren C, Akerud H, Wiberg-Itzel E. Skin
conductance activity in post-term pregnancy. J Matern Fetal
Neonatal Med. 2015; 28 (16): 1912-1916. doi: 10.3109/
14767058.2014.972357.

Поступила 09.03. 2020