

УДК 618.3:618.177-089.888.11

*Г.А.Турсунова, З.М.Ахтамова, Х.С.Некбаев***ВЛИЯНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ИСХОДЫ РОДОВ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ**

Самаркандский областной перинатальный центр, Узбекистан

**Резюме.** Проведен сравнительный анализ течения беременности и срочных родов 77 женщин, родоразрешенных с использованием обычной тактики ведения при тазовом предлежании плода (ТПП), 60 женщин, родоразрешенных согласно принятого внутреннего протокола, по которому всем женщинам с ТПП при доношенной беременности проведено ретроперитонеальное кесарево сечение (РКС) и 88 женщин, родоразрешенных в головном предлежании. Установлено, что

РКС при ТПП, выполненное своевременно (до развития акушерских и интранатальных осложнений) благоприятно сказывается как на течении послеоперационного периода, так и на состоянии новорожденных в раннем неонатальном периоде. Течение послеоперационного послеродового периода не имели существенных различий между изучаемыми группами.

**Ключевые слова:** роды, тазовое предлежание плода, кесарево сечение, послеродовый период.

**Введение.** Частота родов при тазовом предлежании плода (ТПП) составляет 3-5 % и не имеет тенденции к снижению [1, 2]. При ТПП значительно чаще отмечается травматизм плода. Несмотря на современные достижения в акушерстве и неонатологии, перинатальная смертность остается высокой – 5-14,3 % и зависит от вида ТПП. Специальная комиссия Всемирной Федерации акушеров и гинекологов (FIGO) внесла свои предложения по ведению родов при ТПП путем операции кесарева сечения (КС). По данным Н.Б.Игамбердиевой (2005) частота планового КС при ТПП 67,7 %. В результате, с увеличением частоты КС показатели перинатального здоровья улучшились в 2,4 раза [4].

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ течения родов и состояния новорожденных, родившихся в ТПП и в головном предлежании в зависимости от метода родоразрешения.

**Материал и методы.** Проведен сравнительный анализ течения беременности и срочных родов 77 женщин, родоразрешенных с использованием обычной тактики ведения ТПП, 60 женщин, родоразрешенных согласно принятого внутреннего протокола, по которому всем женщинам с ТПП при доношенной беременности предлагали РКС. Группу контроля составили 88 женщин, родоразрешенных в головном предлежании. Необходимо отметить, что не все беременные и роженицы с ТПП соглашались на плановое КС или КС в родах при поступлении. Некоторые женщины соглашались на КС при развитии осложнений в родах, отдельные категорически отказывались и родоразрешались консервативно.

Средний возраст женщин составил 25,4±3,6 года. Городских жительниц было 61 (27,1 %), сельских – 164 (72,6 %). То есть, городские женщины с ТПП поступали на роды реже сельских, что, вероятно, связано с областным профилем перинатального центра. Однако, в подавляющем большинстве (73,9 %) пациентки были домохозяйками.

При изучении анамнеза жизни наиболее частыми заболеваниями были ОРВИ и грипп (59 %), гепатит (16,4 %), пиелонефрит (4,3 %).

Менархе с 12-14 лет наблюдалось у 140 (62,2 %) женщин, у остальных 85 (37,8 %) отмечено более позднее начало менструации – в 15-16 лет в течение 3-5 дней, безболезненные, установившиеся в течение 6 месяцев – 1 года, регулярные.

Сексуальная жизнь до 20 лет отмечена у 105 (46,7 %), после 20 лет – у 119 (53,4%), у одной из них – после 40 лет.

Из акушерского анамнеза выяснено: первобеременных было 117 (52 %); 2-3 беременность – у 53 (23,6 %) и 4-11 беременности – у 55 (24,4 %).

Паритет родов: 1-е роды у 114 (50,6 %); 2-3-е роды – у 93 (41,3 %), 4-7-е роды – у 26 (11,6 %). При этом, не всегда паритет беременности соответствовал паритету родов, поскольку имели место в 49 (21,8 %) искусственные, в 48 (21,3 %) ранние и в 9 (4 %) поздние самопроизвольные аборты и неразвивающиеся беременности.

Предыдущие беременности осложнялись неправильным положением плода (5-2,2 %), гипертонивными состояниями (6-2,7 %), роды – дефектом плаценты и ручной ревизией полости матки (9-4 %), что, в определенной степени, определяло развитие ТПП при последующей беременности.

Наиболее часто течение настоящей беременности осложняли ОРВИ (27-12 %) и ИМП (15-6,7 %). У всех рожениц беременность протекала на фоне анемии: гемоглобин до 70 г/л зарегистрирован у 144 (64 %) женщин, гемоглобин от 70 до 40 г/л – у 21 (9,3 %). У 75 (33,3 %) женщин беременность осложнилась ранним токсикозом. Треть этих женщин получали лечение в условиях стационара. У 64 (28,4 %) женщин отмечались признаки угрозы невынашивания и, как правило, были госпитализированы в стационар. Гипертензивные состояния верифицировали значительно реже – у 10 (4,4 %), все беременные получали стационарное лечение.

**Результаты исследования и их обсуждение.** С целью выявления особенностей течения настоящих родов и сравнительной оценки интранатального и раннего неонатального состояния новорожденных в зависимости от тактики ведения

Таблиця 1

## Осложнения родов и послеродового периода

| №   | Показатель   | 1-я основная группа, n=60 | 2-я основная группа, n=77 | Контрольная группа, n=88 |
|-----|--|---------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1.  | Роды через естественные пути   | 28 (46,6 %)               | 62 (69,7 %)               | 77 (87,5 %)              |
| 2.  | Рetroвезикальное кесарево сечение  | 33 (55 %)                 | 16 (20,8 %)               | 11 (12,5 %)              |
| 3.  | Рetroвезикальное кесарево сечение:<br>плановое                                       | 13 (21,7 %)               | 8 (10,4 %)                | 4 (4,5 %)                |
|     | ургентное  | 20 (33,3 %)               | 8 (10,4 %)                | 7 (8 %)                  |
| 4.  | Осложнения беременности и родов:<br>легкая преэклампсия                              | 0                         | 1 (1,1 %)                 | 0                        |
| 5.  | Преждевременный разрыв<br>плодных оболочек   | 25 (32,9 %)               | 24 (27 %)                 | 20 (22,7 %)              |
| 6.  | Слабость родовых сил   | 3 (3,9 %)                 | 1 (1,1 %)                 | 0                        |
| 7.  | ФУТ  | 0                         | 1 (1,1 %)                 | 0                        |
| 8.  | Выпадение петель пуповины  | 0                         | 3 (3,4 %)                 | 0                        |
| 9.  | ОПОНРП   | 1 (1,3 %)                 | 1 (1,1 %)                 | 2 (2,3 %)                |
| 10. | Дистресс плода в родах   | 2 (2,6 %)                 | 1 (1,1 %)                 | 0                        |
| 11. | Затрудненное выведение головки   | 4 (7,4 %)                 | 2 (2,4 %)                 | -                        |
| 12. | Дефект последа   | 5 (9,3 %)                 | 2 (2,4 %)                 | 3 (3,4 %)                |
| 13. | АГП  | 0                         | 0                         | 1 (1,1 %)                |
| 14. | Разрывы родовых путей  | 1 (1,9 %)                 | 1 (1,2 %)                 | 3 (3,4 %)                |
| 15. | Ручная ревизия полости матки   | 6 (11,1 %)                | 2 (2,4 %)                 | 4 (4,5 %)                |
| 16. | Послеродовые осложнения (гематометра,<br>субинволюция матки и эндометрит)            | 5 (6,6 %)                 | 2 (2,2 %)                 | 1 (1,1 %)                |
| 17. | Послеродовая язва промежности  | 0                         | 1 (1,2 %)                 | 0                        |
| 18. | Инфильтрат послеоперационного<br>рубца после рetroвезикального<br>кесаревого сечения | 2 (5,3 %)                 | 0                         | 0                        |

родов при ТПП сформированы подгруппы. Основная (1-ая) подгруппа – 60 беременных и рожениц с ТПП, которым согласно принятого протокола предлагали КС в плановом порядке или в родах при поступлении, 2-ая подгруппа – 77 беременных и рожениц с ТПП, тактика родоразрешения которых была общепринятой, и контрольная – 88 беременных и рожениц с головным предлежанием плода. Частота РКС в 1-ой подгруппе основной группы составила 33 (55 %). 27 женщин от предложенного КС отказались, а 20 (33,3 %) согласились на КС в родах с развитием тех или иных акушерских осложнений, во 2-ой – 16 (20,8 %), в контрольной – 11 (12,5 %) (табл. 1).

Для изучения влияния различной тактики ведения родов с ТПП при доношенной беременности на состояние матерей проведен анализ характера осложнений в родах. Отмечена высокая частота преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) в группах, более выраженная в 1-ой подгруппе основной группы, что, в известной степени, усугубляло акушерскую ситуацию и способствовало повышению частоты РКС. При

консервативном ведении родов с ТПП в этой же группе чаще развивались осложнения второго периода родов в виде затрудненного извлечения головки плода; дефекта последа, ручной ревизии полости матки, послеродовых инфекционных осложнений по сравнению с двумя другими группами сравнения. Косвенно, большую частоту послеродовых (послеоперационных) инфекционных осложнений в этой группе объясняет длительный безводный период у 3 (5 %) рожениц от 18 до 48 часов. ПРПО до 18 часов наблюдали у 21 (27,6 %) пациентки 1-ой, у 24 (26,9 %) рожениц 2-ой подгруппы основной и у 20 (22,7 %) – контрольной групп.

Средняя продолжительность срочных родов у всех рожениц, родоразрешенных консервативно 1-ой и 2-ой подгруппы основной группы составила 7,7±0,3 и 7,4±0,5 часов, у женщин контрольной группы – 6,8±0,3 часов. ТПП как единственное показание к РКС было у 13 (39,4 %) из 33 женщин 1-ой подгруппы основной группы, родоразрешенных абдоминально по рекомендации врачей. Остальные показания были связаны с

Таблица 2

**Оценка по шкале Апгар новорожденных, рожденных физиологически и оперативным путем**

| №                             | При консервативных родах | 1-ая подгруппа основной группы, n=104 |             | 2-ая подгруппа основной группы, n=87 |             | Контрольная группа, n=90 |             |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-------------|--------------------------------------|-------------|--------------------------|-------------|
|                               |                          | 1 мин                                 | 5 мин       | 1 мин                                | 5 мин       | 1 мин                    | 5 мин       |
| n=183                         |                          | 35                                    |             | 69                                   |             | 79                       |             |
| 1.                            | 7-9 баллов               | 48 (69,6 %)                           | 29 (82,9 %) | 18 (51,4 %)                          | 68 (98,6 %) | 68 (86,1 %)              | 77 (97,4 %) |
| 2.                            | 6 баллов                 | 11 (31,4 %)                           | 3 (8,6 %)   | 17 (24,6 %)                          | 1 (1,4 %)   | 9 (11,4 %)               | 1 (1,3 %)   |
| 3.                            | 4-5 баллов               | 4 (11,4 %)                            | 2 (5,7 %)   | 4 (5,8 %)                            | 0           | 0                        | 1 (1,3 %)   |
| 4.                            | 0-3 балла                | 2 (5,7 %)                             | 1 (2,6 %)   | 0                                    | 0           | 2 (2,5 %)                | 0           |
| Оценка по шкале Апгар при РКС |                          |                                       |             |                                      |             |                          |             |
| n=60                          |                          | 33                                    |             | 16                                   |             | 11                       |             |
| 1.                            | 7-9 баллов               | 20 (60,6 %)                           | 26 (78,8 %) | 3 (18,8 %)                           | 10 (62,5 %) | 7 (63,6 %)               | 9 (81,8 %)  |
| 2.                            | 6 баллов                 | 12 (36,4 %)                           | 7 (21,2 %)  | 7 (43,8 %)                           | 4 (25 %)    | 3 (27,3 %)               | 2 (18,2 %)  |
| 3.                            | 4-5 баллов               | 1 (3,03 %)                            | 0           | 6 (37,5 %)                           | 2 (12,5 %)  | 1 (9,1 %)                | 0           |

осложненной акушерской ситуацией у всех беременных и рожениц: возрастная первородящая – в шести, выпадение петель пуповины – в трех, поперечное положение первого плода при многоплодии и ТП второго плода – в двух, ГСБ в сочетании с другими показаниями – в трех наблюдениях основных групп; крупный плод – в девяти, дистресс плода – в шести, несостоятельность рубца на матке после РКС – в 16-и, ОПОНРП – в трех, вторичная слабость родовых сил – в четырех наблюдениях всех групп (при 60 РКС). При этом, имело место сочетание нескольких относительных и/или абсолютных показаний у 50 (83,3 %) женщин.

Анестезию при РКС проводили преимущественно путем эндотрахеального наркоза – 80-91 %, перидуральную или спинальную анестезию применили в 9,1-20,0 %.

Длительность РКС составляла в среднем – 43,4+12 минут. Объем РКС был увеличен стерилизацией маточных труб у 7 (21,2 %) – в 1-ой подгруппе основной, у 6 (37,5 %) и надвлагалищной ампутацией матки у одной (6,3 %) роженицы с множественной миомой матки во 2-ой подгруппе основной, у 6 (54,5 %) – в контрольной группе.

Кровопотеря при РКС не достигала высоких значений, варьируя в пределах 500-600,0 мл.

У 225 женщин родился 281 новорожденный. Мальчиков было 149, девочек – 132; 56 из них родились от многоплодной беременности.

Закономерно, что наилучшие показатели состояния новорожденных при рождении были в контроле при нормальных родах в головном предлежании. При РКС по поводу ТПП эти показатели были ниже. При сравнении состояния новорожденных при РКС лучшие показатели были в 1-ой подгруппе основной группы, где абдоминальное родоразрешение по протоколу выполняли до начала родов или с началом регулярной родовой деятельности, в то время как во 2-ой подгруппе основной группы показаниями к РКС

служили, преимущественно, осложнения родов или дистресс плода (табл. 2).

Наиболее частым осложнением в родах было обвитие пуповины вокруг шеи и короткая пуповина – от 8,6 до 18,7 %, затрудненное выведение головки у трех новорожденных основной группы.

Анализ частоты новорожденных по весовым категориям свидетельствует о том, что в четырех (4,4 %) случаях при головном предлежании плода имело место ЗВУР и значительно чаще (в 2,9 и 1,8 раза по отношению к новорожденным 1-ой и 2-ой подгрупп основной группы) рождались крупные дети ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$ )

У ребенка 1-ой подгруппы основной группы, рожденного в ТПП, консервативно была сочетанная цереброспинальная травма при извлечении, у двух других – ВЧК. Трое новорожденных 2-ой подгруппы основной группы с ВПР извлечены путем РКС, двое других – рождены с признаками СДР. У двух новорожденных группы контроля диагностирована внутриутробная пневмония, у одного – Клиффорд-синдром. ГИЭ 1-3 степени достоверно реже (более чем в 3-4 раза, 3 новорожденных – 9,1 %) осложнял ранний неонатальный период новорожденных, рожденных абдоминально в 1-ой подгруппе основной группы (как следствие выполнения РКС при более благоприятной акушерской и интранатальной ситуации) по отношению к таковым при РКС во 2-ой подгруппе основной и контрольной соответственно – 7 (43,8%) и 3 (27,3 %).

Пуповинный остаток отпадал на 4-6-е сутки после родов.

Среднее пребывание на койке родильниц основных групп составило в среднем 7,1+2,7, а в контрольной – 5,1+2,3 койко-дня.

### Выводы

1. Современный менталитет узбекского населения позволяет повысить частоту ретроvesикального кесарева сечения при тазовом предле-

жання плода с целью улучшения перинатальных показателей.

2. Ретровезикальное кесарево сечение при тазовом предлежании плода, выполненное своевременно (до развития акушерских и интранатальных осложнений) благоприятно сказывается как на течении послеоперационного периода, так и на состоянии новорожденных в раннем неонатальном периоде.

3. Наиболее позитивные результаты, идентичные консервативным родам в головном предлежании, получены при своевременном выполнении ретровезикального кесаревого сечения при тазовом предлежании плода, при условии отсутствия осложнений беременности.

4. Течение послеоперационного и послеродового периодов не имели существенных различий между изучаемыми группами.

#### **Перспективы дальнейших исследований.**

Дальнейшее исследование этой проблемы дадут новые научные факты для более глубокого понимания влияния новых технологий на исходы ро-

дов и состояние здоровья новорожденных, родоразрешенных в тазовом предлежании.

#### **Литература**

1. Чернуха Е.А. Современный подход к ведению беременности и родов при тазовом предлежании плода / Е.А.Чернуха // Акуш. и гинекол. – 2000. – № 5. – С. 26-31.
2. Чернуха Е.А. Всех ли женщин с тазовым предлежанием плода при доношенной беременности следует родоразрешать путем кесарева сечения? / Е.А.Чернуха, Т.К.Пучко // Акуш. и гинекол. – 2007. – № 2. – С. 8-14.
3. Игамбердиева Н.Б. Альтернативный метод стимуляции поворота плода на головку при беременности в тазовом предлежании / Н.Б.Игамбердиева // Педиатрия. – 2005. – № 2. – С. 56-59.
4. Стрижаков А.Н. Тазовое предлежание плода – новый взгляд на старую проблему // А.Н.Стрижаков, И.В.Игнатко // Акуш. и гинекол. – 2007. – № 5. – С. 17-23.

### **ВПЛИВ НОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА РЕЗУЛЬТАТ ПОЛОГІВ І СТАН НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЩО НАРОДИЛИСЯ В СІДНИЧНОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ**

*Г.А.Турсунова, З.М.Ахтамова, Х.С.Некбаєв*

**Резюме.** Проведено порівняльний аналіз перебігу вагітності і термінових пологів 77 жінок, розроджених із використанням звичайної тактики, 60 жінок, розроджених згідно з прийнятим внутрішнім протоколом, при якому всім жінкам із тазовим передлежанням при доношеній вагітності проведено ретровезикальний кесарів розтин та 88 жінок, які народжували в головному передлежання. Встановлено, що кесарів розтин, який виконано своєчасно, сприятливо впливає на перебіг післяопераційного періоду та на стан новонароджених.

**Ключові слова:** пологи, тазове передлежання плода, кесарів розтин, післяпологовий період.

### **THE INFLUENCE OF NEW TECHNOLOGIES ON LABOR OUTCOME AND NEWBORNS' CONDITION BORN IN PELVIC PRESENTATION**

*G.A.Tursunova, Z.M.Akhtamova, H.S.Necbayev*

**Abstract.** The authors have carried out a comparative analysis of the course of pregnancy and delivery at term, 77 women having delivered by means of using the conventional obstetrics management in case of the fetal pelvic presentation (FPP), 60 women having delivered according to the accepted internal protocol, envisaging that all women with FPP in case of full-term pregnancy were offered retrovesical cesarean section (RCS) and 88 women having delivered in the head presentation. It has been established that RCS in FPP performed in time (prior to the development of obstetric and intra natal complications) exerts a favourable effect both on the course of the postoperative period and on the condition of newborns at an early stage of the neonatal period. The course of the postoperative postpartum period did not have any essential differences among the groups under study.

**Key words:** delivery, fetal pelvis presentation, cesarean section, postpartum period.

Regional Perinatal Center (Samarkand, Uzbekistan)

Рецензент – д.мед.н. І.В.Каліновська

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 2 (58). – P. 85-88

Надійшла до редакції 1.03.2011 року