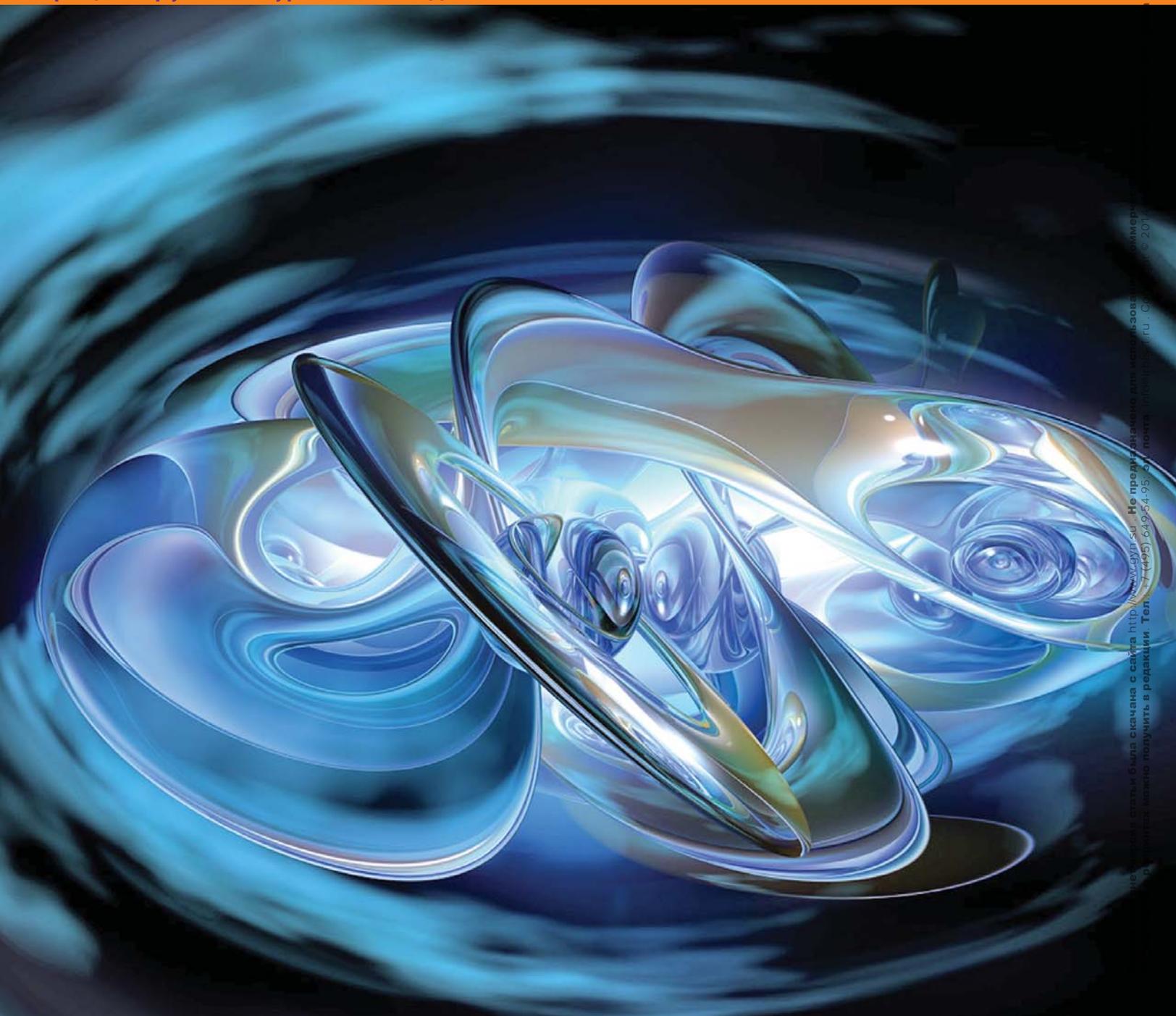


АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2014 • Том 8 • № 3

охраняется.



**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ,
ВЫЗВАННЫХ БЕРЕМЕННОСТЬЮ**

Этот журнал статьи были скачана с сайта <http://www.voprosy.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Восстановление оригинала возможно только по почте: info@voprosy.ru. Сайт: www.voprosy.ru. © 2014

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН, ПОТУЖНОЙ ПЕРИОД КОТОРЫХ ОСЛОЖНИЛСЯ ДИСТОЦИЕЙ ПЛЕЧИКОВ

Удовика Н.А., Манищенков С.Н., Леонов А.А.

ГП «Луганский государственный медицинский университет» (Луганск, Украина)

Свердловская центральная городская больница (Свердловск, Украина)

Резюме: проанализировано течение родов у 42 здоровых первобеременных с одноплодной доношенной беременностью для выявления риска дистоции плечиков. Все беременности наступили естественно. Показаний к экстренному кесаревому сечению не было. У 22 пациенток роды начались самостоятельно, у 20 – индуцированы. Рисками дистоции плечиков могут быть индукция родов, родоусиление, литотомия, раннее начало и управляемость потугами. Для профилактики дистоции плечиков индукция родов не должна быть методом рутинного родоразрешения.

Ключевые слова: роды, индукция родов, родоусиление, потуги, дистоция плечиков.

*Не следует начинать сражение,
если нет уверенности, что в случае победы
выиграешь больше, чем потеряешь при поражении*
Октавиан Август

Введение

Дистоция плечиков (ДП) – акушерская патология, при которой после рождения головки плода отмечается задержка переднего плечика в области лонного сочленения в прямом (переднезаднем) размере таким образом, что ребенок не может родиться обычным способом [3,7]. В результате этого, а также в результате оказания недостаточно своевременной или некачественной помощи (значительные потягивания за головку плода, перекручивания, перегибания, прием Кристеллера и др.) ребенок может получить

механическую травму (перелом плечевой кости, паралич плечевого сплетения, смещения и разрывы в суставах шейного отдела позвоночного столба и др.), может родиться с низкой оценкой по шкале Апгар вплоть до интранатальной гибели [1,5]. Клинический опыт показывает, что среди детей, испытавших ДП, отмечается повышенная неонатальная заболеваемость, что требует значительных затрат для лечения и реабилитации в будущем [1,3,7]. Прием Кристеллера при ДП может привести к разрыву матки, патологической акушерской кровопотери, разрыву симфиза и значительной травме промежности [1,3].

Частота ДП, по данным разных авторов, составляет 1:1000 у новорожденных с массой до 3500 г и до 16:1000 у новорожденных с массой более 4000 г [1,5,7]. Общеизвестно, что на сегодняшний день не существует надежных способов дородового прогнозирования ДП [1,3,7]. В то же время единственным выходом из сложившейся ситуации (ДП) является своевременно оказанная квалифицированная помощь подготовленного персонала [1,3,7]. Наш собственный опыт показывает, что с определенным риском ДП чаще встречается у беременных с длительным родоусилением, ранним началом управляемых потуг при высокой головке плода, а также при раннем выведении (разгибании) головки плода после рождения теменных бугров, что связано с желанием сохранить целостность тканей промежности, однако нарушает естественность поворотов туловища во входе в малый таз.

Цель работы – ретроспективный анализ течения родов у женщин, потужной период которых осложнился дистоцией плечиков, для выделения возможной группы риска по возникновению данного осложнения.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 42 первобеременные женщины в возрасте от 18 до 37 лет (средний возраст – $25 \pm 4,5$ года) с одноплодной беременностью без тяжелой экстрагенитальной патологии. Срок гестации у обследованных пациенток был не менее 37 нед. ($38,4 \pm 1,5$ нед.). Все беременности наступили естественным путем. Однако 14 (33,3%) ранее получали обследование и лечение по поводу бесплодия в браке. У 12 (28,6%) пациенток беременность наступила на фоне гормональной стимуляции овуляции; гормональную поддержку микронизированным прогестероном до 16 нед. получили 8 (19%) беременных, другие 4 (9,5%) – до 22-26 нед. гестации. Течение беременности у 32 (76,2%) из числа обследованных было физиологическим, а антенатальный уход оказывался по действующим стандартам. У остальных 10 (23,8%) отмечались признаки гипертонуса матки в III триместре, в результате чего им назначали валериану, свечи с папаверином; кроме этого, в 5 случаях проведен острый токолиз с использованием фенигидина [5-7], в результате чего беременность удалось сохранить до срока не менее 36 нед. У 5 (11,9%) к концу беременности отмечались признаки макросомии.

Показаний к элективному кесаревому сечению на момент начала родовой деятельности не было. Все женщины изъявили желание рожать вагинальным путем, причем преимущественное большинство из них – в присутствии избранного партнера (мать, сестра, муж, тетя, подруга).

Средний рост беременных колебался от 146 до 174 см ($165,5 \pm 7,4$ см), масса – от 54 до 103 кг ($86,5 \pm 8,3$ кг). Анатомические размеры таза были нормальными или близкими к таковым (*distancia spinarum* – $24,4 \pm 1,5$ см; *distancia cristarum* – $27,4 \pm 1,4$ см; *distancia trochanterica* – $28,5 \pm 1,8$ см; *conjugate externa* – $19,4 \pm 1,2$ см; окружность лучезапястного сустава составляла $15,4 \pm 1,7$ см; *conjugate vere* – $10,8 \pm 1,3$ см). В целом I степень анатомического сужения таза диагностирована у 14 (33,3%) пациенток (*conjugate vere* – 9-11 см); II степень – у 4 (9,5%) (*conjugate vere* – 7,5-9 см). Показательно, что преобладал простой плоский (таз Девентера) – у 12 пациенток. Редкие формы узких тазов (кососмещенные, кососуженные, с экзостозами и др.), а также лейомиомы матки, признаки острого генитального герпеса, острого живота и других острых бактериальных или вирусных заболеваний у обследованных не выявлены.

У 22 пациенток родовая деятельность началась самостоятельно, в среднем в $40,3 \pm 1,3$ нед. гестации (первая группа); у остальных 20 беременных была выполнена индукция родов (вторая группа). Показанием к индукции родов явились отсутствие родовой деятельности по достижению полных 41 нед. от первого дня последней менструации (7 беременных – 35%); головная боль на фоне появления гипертензии в сроке 37-38 нед. (7-35%); изменение субъективных ощущений шевелений плода в сроке 38-39 нед.

(6-30%). Предлежащей частью во всех случаях была головка плода. Состояние всех плодов на момент индукции родов с учетом биофизического профиля оценено не менее 7 баллов. Обязательным было получение согласия от беременной на индукцию родов; они находились в квалифицированных акушерских стационарах, с возможностью контроля за сократительной деятельностью матки и состоянием плода.

Обе группы пациенток (первая и вторая) выявились рандомизированными по возрасту и особенностям течения беременности. Нами были ретроспективно проанализированы клинические особенности течения родовой деятельности у обследованных пациенток.

Результаты и их обсуждение

В результате проведенных исследований установлено, что у рожениц первой группы на момент начала самостоятельной родовой деятельности зрелость шейки матки оценена в 8-10 баллов по Бишопу [1,4,7], что соответствовало клиническому понятию «зрелая шейка матки». У 12 (60%) беременных второй группы на момент принятия решения об индукции родов состояние шейки матки оценено в 5-6 баллов по Бишопу, что сочеталось с отсутствием типичных предвестников родов. У остальных 8 (40%) второй группы на момент родовозбуждения шейка матки оценена как «зрелая» (8-10 баллов по Бишопу).

Для подготовки шейки матки по согласованию у четырех пациенток нами использован простагландин E2 (динопростон, препидил-гель, простин E2); у четырех – E1 (мизопроустол); у двух – катетер Фоллея, двух – палочки ламинарий [2,4,7]. Так, простагландин E2 мы применяли в виде вагинального геля в дозе 1 мг, который вводили в задний свод. Простагландин E1 использовали интравагинально в дозе 25 мг. У двух пациенток препарат применили повторно через 3 и 6 ч. Ламинирии вводили в цервикальный канал в количестве от 1 до 5 палочек на 24 ч с дальнейшей оценкой состояния шейки матки. Катетер Фоллея вводили интрацервикально, баллон заполняли изотоническим раствором натрия хлорида, что способствовало раскрытию шейки матки.

У всех пациенток, которым проведена подготовка шейки матки простагландинами, а также у всех пациенток с механическими методами подготовки шейки матки в течение 24-72 ч появились самостоятельные схватки, всем им в первые 2-3 ч от начала схваток мы выполняли амниотомию и мониторировали родовой процесс по партограмме. Индивидуальный анализ показал, что во всех этих случаях адекватного нарастания схваток после амниотомии все же не возникло, что и было основанием к применению окситотической смеси. У других четырех беременных в первые 1-2 сут. на фоне подготовки шейки матки схваток не возникло; однако качества шейки матки изменились и для родовозбуждения мы применили амниотомию с последующим (но не ранее двух часов) капельным введением окситотической смеси. Критерием достижения регу-

лярной адекватной родовой деятельности без гиперстимуляции матки мы считали наличие 4-5 маточных сокращений по 40-50 сек. за 10 мин. [1,7].

В целом, все роженицы второй группы получили родоусиление окситотической смесью (в I и II периодах родов), тогда как в первой группе с самопроизвольным началом родовой деятельности – 3 (13,6%) пациентки (причем в одном случае – в I и II периодах родов, а в двух – только во II периоде). Длительность I периода родов у пациенток первой группы составляла в среднем $15,8 \pm 1,4$ ч, второй группы – $8,2 \pm 1,8$ ч ($P < 0,05$); длительность II-периода родов – $85,5 \pm 10,2$ мин. и $25,5 \pm 3,5$ мин. ($P < 0,05$) соответственно. У всех рожениц обеих групп произошли вагинальные роды. Дистресс плода в потужном периоде отмечен в 2 (9,1%) случаях в первой и 7 (35%) – во второй группе; слабость потуг – у двух (9,1%) и 8 (40%) рожениц первой и второй группы соответственно.

Наряду с этим дистоция плечиков возникла в двух случаях (9,1%) в первой группе, причем оказанное пособие ограничилось приемами Мак-Роберта (максимальное сгибание ног в тазобедренных и коленных суставах и отведение их в сторону живота роженицы) и Мадзанти (осторожное потягивание головки и одновременное надавливание рукой ассистента над лоном на заднюю поверхность переднего плечика плода). Показательно, что эти женщины тужились более длительно, используя только литотомическую позицию. Родились дети массой 3650 г и 3780 г с оценкой по Апгар 7-7 баллов, домой были выписаны своевременно. Остальные роженицы первой группы в потужном периоде вели себя более активно, использовали различные положения, потуги у них были самопроизвольными, некорригированными, что явилось причиной удлинения потужного периода. Однако именно среди этих пациенток чаще рождались дети с более высокой оценкой по Апгар.

У большинства рожениц второй группы потуги были корригированными, что сокращало длительность II-периода. Однако потужной период дистоцией плечиков осложнился в 5 (25%) случаях, что превышало аналогичный показатель первой группы в 2,8 раза. Оценка по шкале Апгар этих детей была 4-6 баллов. Все они требовали дополнительных мероприятий после оказания помощи в раннем неонатальном периоде. Только один ребенок из второй группы, испытавший дистоцию плечиков, и рожденный в состоянии асфиксии (6 баллов) в течение 6 ч после оказания помощи (ректальная свечка с парацетамолом, воротничок Шанса, кислородная маска) адаптировался и находился на совместном пребывании с мамой. Остальные четыре ребенка для дальнейшего лечения были переведены в детскую больницу.

Показательно, что при дистоции плечиков во второй группе были использованы не только приемы Мак-Роберта и Мадзанти (3), а также Рубина (2) или Вудса (1). В двух случаях был сразу применен ротационный прием и выведение задней ручки. Индивидуальный

анализ показал, что дистоция плечиков во всех пяти случаях во второй группе возникла при индукции родов на 38-39 нед. (по причине изменения субъективных ощущений шевелений плода). Масса рожденных детей составила от 3700 до 4150 г. Показательно, что подготовка шейки матки у них проводилась простагландинами, а в дальнейшем имело место длительное применение окситотической смеси; потужной период протекал в литотомической позиции с использованием руководимых (насильственных) потуг.

В 2 (10%) случаях индуцированные роды закончились наложением вакуум-экстрактора по причине дистресса плода. Головка плода находилась в плоскости выхода из таза и диспропорция отсутствовала. Родились дети с оценкой по Апгар 6 баллов на 1-й и 7 баллов – на 5-й мин. В дальнейшем почти у всех детей, рожденных от матерей второй группы, имела место гипербилирубинемия и симптомы нарушенной адаптации в раннем неонатальном периоде, чего не отмечалось у детей первой группы.

Послеродовый период у наблюдаемых рожениц протекал гладко. Все они были выписаны домой на 3-4-е сут. после родов.

Индивидуальный анализ показал, что более успешные исходы индуцированных родов отмечены у пациенток со зрелой шейкой матки, при малом значении индекса Соловьева и у более рослых рожениц. Снижается благоприятный исход индуцированных родов при бесплодии гормонального генеза, незрелой шейке матки к сроку родов и низкорослости пациентки. Индукция родов с применением окситотической смеси может быть также риском дизадаптации новорожденных в раннем неонатальном периоде, особенно в случаях меньшей зрелости шейки матки на момент принятия решения о родовозбуждении, а также при использовании простагландина E1 (мизопростол) в качестве подготовки родовых путей.

Выводы

Анализ наступления и течения родового процесса у обследованных рожениц показал, что рисками возникновения дистоции плечиков можно считать отсутствие самопроизвольного начала родовой деятельности после 41-й недели гестации; длительное родоусиление (применение окситотической смеси) после индукции родов в сроке 38-40 нед.; литотомическую позицию в потужном периоде; раннее начало потуг и преобладание искусственных управляемых акушеркой/врачом потуг. Исходя из этого мы считаем, что недостаточно обоснованная индукция родов, особенно в сроках 38-39 нед., может существенно повышать число интранатальных осложнений, в т.ч. и риск дистоции плечиков. Поэтому индукция родов должна стать вынужденным действием, а не рутинным методом родоразрешения. По нашему мнению, понимание этого положения может быть одним из путей предупреждения возникновения дистоции плечиков. Перспективно дальнейшее изучение данной проблемы.

Литература:

1. Бодяжина В.И., Семенченко И.Б. Акушерство: учебное пособие. 7-е изд-е. 2008; 477 с.
2. Гавриленко Т. Следуем ли мы наилучшим практикам. З турботою про жінку. 2010; 5 (17): 16-19.
3. Клинический протокол «Дистоция в резуль-

тате предложения плечиков плода», утвержденный Приказом МЗ КР № 704 от 25.12.2012 г.

4. Переносена вагітність: Наказ МОЗ України № 901 від 27.12.2006 р.
5. Протоколи для вагітностей високого ризику. За ред. Джон Т. Квінан, Джон С. Хоббінс, Кетрін У. Спонг. К. 2009; 791 с.

6. Тихомирова Т., Чуприна Л. Эволюция акушерских взглядов: наши общие проблемы и победы. З турботою про жінку. 2012; 7 (37): 6-9.
7. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д.И др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. А.В. Михайлова. СПб. 2003; 480 с.

References:

1. Bodyazhina V.I., Semenchenko I.B. Obstetrics: a tutorial. 7th ed-e. [Akusherstvo: uchebnoe posobie. 7-e izd-e]. 2008; 477 s.
2. Gavrilenko T. Z turbotoju pro zhinku. 2010; 5 (17): 16-19.
3. Clinical Protocol "Dystocia resulting previa shoulder of fetus", approved by the Order of the Ministry of Health № 704 from 25.12.2012.

4. Prolonged pregnancy: Order of the Ministry of Health of Ukraine № 901 of 27.12.2006 [Perenosheva vagitnist': Nakaz MOZ Ukrainy № 901 vid 27.12.2006].
5. Protocols for high-risk pregnancies. Ed. John T. Kvinan, John C. Hobbins, Catherine W. Spong [Protokoly dlja vagitnostej vysokogo ryzyku. Za red. Dzhon T. Kvinan, Dzhon S. Hobbins, Ketrin U. Spong] K. 2009; 791 s.

6. Tyhomyrova T., Chupryna L. Z turbotoju pro zhinku. 2012; 7 (37): 6-9.
7. Enkin M., Keirs M., Neilson D.I. i dr. Guide to effective care in pregnancy and childbirth. Lane. Translated from English. ed. AV Mikhailov [Rukovodstvo po effektivnoi pomoshchi pri beremennosti i rozhenii rebenka. Per. s angl. pod red. A.V. Mikhailova] St. Petersburg. 2003; 480 s.

ANALYSIS OF THE COURSE OF LABOR IN WOMEN, THE SECOND STAGE, WHICH WAS COMPLICATED BY SHOULDER DYSTOCIA

Udovika N.A., Manischenkov S.N., Leonov A.A.

Lugansk State Medical University (Lugansk, Ukraine)

Ukraine Sverdlovsk central city hospital, (Sverdlovsk, Ukraine)

Abstract: purpose – analysis of the course of labor in 42 healthy primigravidas with a singleton full-term pregnancy to detect the risk of shoulder dystocia. All pregnancy came naturally. Indications for elective cesarean section was not. In 22 labor has begun its own, in 20 – induced. Risk of shoulder dystocia may be induction of labor, strengthening labor, lithotomy, early handling and vain attempts. The induction of labor should not be a routine method of delivery for the prevention of shoulder dystocia.

Key words: labor, induction of labor, strengthening labor, attempts, shoulder dystocia.