

Л. И. ГЕРАСИМОВА, Э. Н. ВАСИЛЬЕВА, Т. Г. ДЕНИСОВА, А. Б. ДЕМАКОВ, Л. И. ВИНОКУР

Институт усовершенствования врачей Минздравсоцразвития Чувашии
Городская клиническая больница № 1, г. Чебоксары.

Клинический опыт программирования родов у женщин с индивидуальными особенностями строения костного таза

Разработан способ программирования родов у женщин с узким тазом, его применение уменьшает их продолжительность, частоту кесарева сечения, аномалий родовой деятельности, снижает уровень перинатальной заболеваемости, смертности, родового травматизма со стороны матери и плода.

Ключевые слова: беременность, узкий таз, роды, метод программирования родов.

L. I. GERASIMOVA, E. N. VASILEVA, T. G. DENISOVA, A. B. DEMAKOV, L. I. VINOKUR

Clinical experience of programming labor at women with specific features of a structure of a bone pelvis

The way of programming labor at women with narrow pelvis is developed, its application reduces their duration, frequency cesarean section, anomalies of contractions, reduces level perinatal disturbanceness, death rates, perinatal traumatism from mother and fetus.

Keywords: pregnancy, a narrow pelvis, labor, way programming of labors.

Изменение социальных условий, значительное увеличение психоэмоциональных нагрузок и стрессовых ситуаций, усиленные занятия спортом девочек с раннего возраста, а также процессы акселерации привели к трансформации частоты и структуры анатомически узкого таза. Если в начале прошлого столетия среди узких тазов преобладали общервномерно суженный и плоский тазы, то в последние годы первое место по частоте занимают поперечно-суженный таз и таз с уменьшением прямого размера широкой части полости.

Практически исчезли грубо деформированные и абсолютно суженные тазы (III и IV степени), при которых имелись значительные затруднения в родах. Внедрение в акушерскую практику рентгенопельвиметрии позволило выявить ранее неописанные формы малого таза. Все чаще диагностируется сужение одного или двух размеров полости малого таза [7, 11, 12]. Так называемые «стертые» формы узкого таза только усложнили проблему узкого таза в современном акушерстве, ориентированном на перинатальную охрану плода и новорожденного [4, 8, 10, 13].

Интерес к проблеме узкого таза вызван, во-первых, трансформацией структуры, форм и степеней его сужения под влиянием изменившихся социально-экономических, экологических факторов, что требует периодического пересмотра сложившихся представлений об анатомически узком тазе.

Во-вторых, изменился контингент беременных женщин, стало много первородящих в возрасте старше 30 лет, а также женщин с репродуктивными проблемами (длительное бесплодие, индуцированная беременность, эндокринная патология и др.), с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (привычное невынашивание, неблагоприятный исход предыдущих родов для плода) и с тяжелой экстрагенитальной патологией, у которых перинатальные потери крайне нежелательны.

В-третьих, в последние годы отмечается увеличение средней массы тела новорожденного и числа рождения крупных детей [2, 5, 6, 11, 16].

Если диагностика и клиника функционально узкого таза в настоящее время изучены достаточно, то вопросы тактики ведения родов остаются актуальными и требуют дальней-

шей разработки. Принятая активно выжидательная тактика ведения родов с функциональной оценкой малого таза нередко приводит к запоздалому родоразрешению вследствие глубокого расположения головки плода в малом тазу или присоединившейся острой гипоксии плода, так как женский костный таз представляет собой родовой канал, по которому в определенный срок беременности должен пройти плод (рождение ребенка).

Исход родов зависит от размеров таза женщины и размеров головки плода, т. е. состояние новорожденного плода и будущее здоровья ребенка зависят от размеров таза женщины. Самое грозное осложнение в родах у женщин с индивидуальными особенностями строения костного таза — это гибель плода во время родов.

Мертворождаемость при клинически узком тазе колеблется от 10% до 20% и составляет, по данным Р. И. Калгановой (1965), в среднем 9,5%. Перинатальная смертность при этом виде патологии достигает 47,8%, а внутриутробная гипоксия плода и внутричерепная травма — соответственно 63% и 18,2%. Развитию этих осложнений со стороны плода способствует нарушение сердечной деятельности за счет компрессии головки при продвижении по родовому каналу, давление на которую в 3-4 раза превышает внутриматочное, что приводит к эпизодическому возбуждению вагусной иннервации с последующим уменьшением минутного объема сердца плода и его гипоксии.

В 30% разрывов симфиза или матки причиной последних является клинически узкий таз. При анализе всех случаев разрыва матки в акушерских стационарах России установлено, что роды по типу недиагностированного клинически узкого таза I-II степени наблюдаются у каждой третьей роженицы [14]. Но травмы, полученные новорожденными в родах, могут привести к тяжелым последствиям. В исследованиях самое серьезное внимание уделяется вопросу исхода родов для матери и плода при узком тазе. Это объясняется тем, что узкий таз (анатомический и функциональный) является одной из ведущих причин перинатальной смертности и травматизма матери и плода.

Причиной столь высоких показателей осложнений и перинатальной смертности является то, что клинические методы диагностики позволяют выявить функционально узкий таз только в конце I или начале II периода родов, то есть диагностика чаще всего оказывается запоздалой.

Возникновение родовых повреждений ЦНС плода объясняется сильным сдавлением головного мозга плода, выталкивающее давление одной схватки на мозжечок, желудочки и сосудистые сплетения мозга составляет при обычных значениях конфигурации 104-140 Н, или примерно 10-14 кг. Асфиксия в родах при узком тазе в среднем диагностируется в несколько раз чаще, чем у рожениц с анатомически нормальным тазом. Большую прогностическую ценность для дальнейшего развития ребенка имеет оценка по шкале Апгар через 5 минут после рождения.

По данным Н.П.Шабалова (2002), у детей с оценкой по шкале Апгар через 1 минуту после родов 0-3 балла неонатальная смертность составляет 5,6%, но при оценке 0-3 балла через 20 минут — 59%, а у всех выживших детей развивается детский церебральный паралич (ДЦП). Если у ребенка с оценкой по шкале Апгар через 1 минуту 0-3 балла, через 5 минут она достигает 4 баллов и выше, то вероятность ДЦП составляет 1%.

Таким образом, возникновение повреждений ЦНС у новорожденных при узком тазе объясняется как механической родовой травмой, так и ишемическим поражением головного мозга плода вследствие его сильного сдавления при

прохождении головки плода по родовому каналу в условиях уменьшения размеров последнего.

Как считает О. Г. Фролова (2007), среди причин перинатальной смертности у женщин с анатомически узким тазом на первом месте стоят затрудненные роды (клинически узкий таз, аномалии предлежания и положения плода, аномалии родовой деятельности) и составляют 6,24%.

Современные методы исследования и рациональная тактика ведения родов приводят к снижению перинатальной смертности. Однако, несмотря на эти достижения, показатели материнской смертности и показатели смертности новорожденных все еще неприемлемы для XXI века. В последние годы отмечается снижение мертворождаемости и перинатальной смертности при узком тазе, что связывается, прежде всего, с увеличением частоты кесарева сечения при данной патологии и достижениями интенсивной терапии новорожденных. Плод в родах при узком тазе часто страдает от внутриутробной гипоксии, которая наблюдается примерно в 3 раза чаще, чем при родах у женщин с нормальным тазом. Основной причиной смерти детей являются внутриутробная гипоксия и внутричерепная родовая травма. При стоянии головки плода свыше 2 часов в одной плоскости почти у всех плодов имеют место патологические изменения ЭКГ и ЭЭГ, дети рождаются травмированными.

Однако вопросы прогнозирования при клинически узком тазе решены не полностью; возрастает значение прогнозирования исхода родов не только при узком, но и при анатомически нормальном тазе, в котором важное значение имеют диагностика размеров малого таза, их соответствие размерам головки плода, так как роды в условиях узкого таза отягощаются перинатальными заболеваниями, перинатальной и ранней неонатальной смертностью [3;9].

Рациональное ведение родов при узком тазе до сих пор относится к наиболее трудным разделам практического акушерства, а узкий таз остается одной из причин родового травматизма матери и плода, перинатальной смертности, а также детской инвалидности.

Нами разработан способ программирования родов у женщин с узким тазом: женщины с анатомически узким тазом госпитализируются в акушерский стационар при сроке 37-38 недель. Здесь беременную тщательно обследуют, уточняют форму и, что очень важно, размеры таза, степень его сужения. Определяют положение, предлежание, массу плода, оценивают его состояние, выявляют сопутствующую акушерскую и экстрагенитальную патологию.

После оценки результатов обследования беременной определяют показания к плановой операции кесарева сечения — 1-я группа беременных (сужение таза II-IV степени; наличие экзостозов, значительных посттравматических деформаций, опухолей; сужение таза I степени в сочетании с крупным плодом, тазовым предлежанием, перенашиванием беременности, бесплодием и мертворождением в анамнезе, рождением в прошлом травмированного ребенка, рубцом на матке и т. д.);

Активная тактика ведения родов, позволяющая снизить частоту клинического несоответствия между тазом матери и головкой плода, предпринята во 2-й клинической группе беременных — с узким тазом I степени.

Все беременные проходят полное клиническое обследование: включая кардиотокографию, клиничко-лабораторную оценку вагинального отделяемого, ультразвуковое опеределение предполагаемой массы плода по формуле Шепарда:

$$m = 10 \exp x (AC \times 0,046 - BPR \times AC \times 0,0246 + BPR \times 0,166 + 1,2508), \text{ и по формуле Хэдлока 2:}$$

$$m = 10 \exp x (1,335 - 0,0034 \times AC \times AD + 0,0316 \times I3B + 0,0457$$

х АС + +0,1623 х FL), где ВРР – бипариетальный размер головки; АС – окружность живота; FL – длина бедра.

Оценивается зрелость шейки матки по шкале Бишопа и начинается подготовка к родам. В течение 3 дней назначаются следующие препараты:

- эстрадиол дипропионат 0,1%- 1,0 внутримышечно;
- глюконат кальция 10%- 10,0 внутривенно;
- аскорбиновая кислота 5% - 4,0 внутривенно.

Кроме того, накануне запланированных родов (3-й день) шейку матки и влагалище обрабатывают антисептическим раствором, после чего в цервикальный канал вводят гель. Контрольная оценка зрелости шейки матки производится через 12 часов. Во время подготовки к родам проводят динамическое наблюдение за состоянием беременной через 4 часа, измеряют артериальное давление, пульс, температуру тела, при необходимости вводят спазмолитические, а на ночь – седативные препараты. Проводят кардиографическое исследование состояния плода, фиксируют сократительную активность матки. Утром через 12-14 часов после начала подготовки к родам оценивают эффективность примененных препаратов и определяют условия для родоразрешения.

При незрелой шейке матки аппликацию простагландинами повторяют через 24 часа.

При зрелой шейке матки производят амниотомию.

При раскрытии шейки матки (1 см/ч и менее) внутривенно вводят окситоцин (5 ЕД в 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида) по 10 капель в 1 минуту, увеличивая на 10 капель каждые 15 минут, с максимальной дозой 60 капель в 1 минуту.

При появлении признаков клинически узкого таза (отсутствие вставления головки плода на фоне интенсивной родовой деятельности, симптом Вастена положительный или вровень, отсутствие продвижения головки по родовому каналу при наличии соответствующих условий, ранние непродуктивные потуги, симптомы угрожающего разрыва матки, чрезмерная конфигурация головки) женщина родоразрешается операцией кесарева сечения.

При безводном периоде менее 12 часов кесарево сечение производится интраперитонеально, при безводном периоде более 12 часов, наличии хориоамнионита или других воспалительных изменений показаны суправезикальное экстраперитонеальное кесарево сечение или кесарево сечение с предварительной изоляцией брюшной полости.

В результате ведения родов по предложенной нами методике мы наблюдали следующие перинатальные исходы: в удовлетворительном состоянии родилось 76% детей (8-10 баллов по шкале Апгар), в состоянии гипоксии легкой степени – 20,3%, средней степени тяжести – 2,9% и в тяжелой – 0,8%. Интранатальных, ранних неонатальных потерь, тяжелого травматизма новорожденных не было зарегистрировано. Патологии новорожденных непосредственно или косвенно связанной с родовым травматизмом не наблюдалось. Травматизм со стороны матери: разрыв шейки матки обнаружен у 14,2%, разрыв влагалища – 10,3%, Разрыв промежности I ст. – у 3,4%, II ст. – у 2,1% (низкая частота обусловлена своевременным проведением эпизиотомии).

У женщин в группе сравнения (женщины с индивидуальными особенностями строения костного таза, к которым методика программирования родов не применялась), частота оперативного родоразрешения составила 32,2% основным показанием к операции был клинически узкий таз. При оценке состояния новорожденных детей было обнаружено: в удовлетворительном состоянии – 54,3%; гипоксия легкой степени – 23,7, средней степени тяжести – 5,3, тяжелой степени – 4,1%, ранняя неонатальная смертность – 1,2%,

тяжелый травматизм – 1,2%. Травматизм со стороны матери разрывы промежности – 1 степени – 3,6, – 2 степени – 3,1, – разрывы шейки матки 23,4.

Выводы:

Для выбора оптимального метода родоразрешения, в целях профилактики перинатальных осложнений в случае выявления патологических особенностей строения костного таза необходима своевременная диагностика соответствия размеров таза и плода.

Программированное активное ведение родов уменьшает их продолжительность, частоту кесарева сечения, аномалий родовой деятельности и наложения акушерских щипцов, снижает уровень перинатальной заболеваемости, смертности, родового травматизма со стороны матери и плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулакова В. И., Айламазян Э. К., Радзинского В. Е. Акушерство. Национальное руководство. М., 2008.
2. Антимопова М. Ю. Научное обоснование системы охраны репродуктивного здоровья семьи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007.
3. Ванилович И. А. Эпидемиология перинатальной смертности в Республике Беларусь: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. Минск, 2001.
4. Васильева Т. П., Куценко Г. И., Посисеева Л. В. Управление качеством воспроизводства населения (теоретические и медико-социальные аспекты). Иваново, 2001.
5. Ведение беременности и родов у женщин с анатомическим узким тазом: Письмо Минздрава РФ от 26.11.2002 № 2510/11869-02-32.
6. Горемыкина Е. В. Частота и исходы родов у женщин с функционально узким тазом в условиях крупного промышленного центра: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. М., 2006.
7. Кулаков В. И. Ведение беременности и родов при тазовом предлежании плода: методические рекомендации. М., 2005.
8. Лазарев С. Ю. Оценка эффективности антенатальной профилактики гипоксически-травматических повреждений центральной нервной системы плода при высоком риске функционально узкого таза: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2001.
9. Низамов И. Г., Гильманов А. А., Садыкова Т. И. Анализ деятельности педиатрической и акушерско-гинекологической службы: методические рекомендации. Казань, 2002.
10. Пучко Т. К. Узкий таз (диагностика, ведение родов и прогнозирование их исхода для матери и плода): Автореф. дис.... д-ра мед. наук. М., 2003.
11. Серов В. Н. Современное акушерство и кесарево сечение. РМЖ, 2004; т.12: 13: 749-751.
12. Стрижакова А. Н., Давыдова А. И., Белоцерковцевой Л. Д. Избранные лекции по акушерству и гинекологии. Ростов н/Д: Феникс, 2000.
13. Фролова О. Г. Организация акушерско-гинекологической помощи в современных условиях. Акушерство и гинекология, 2007; 5: 76-81.
14. Хан В. Е. Прогнозирование исхода родов у женщин с анатомически узким тазом при помощи цифровой сканирующей рентгенографической установки: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. М., 1992.
15. Чернуха Е. А., Волобуев А. И., Пучко Т.К. Анатомически и клинически узкий таз. М.: Триада-Х, 2005.
16. Шарапова О. В. Охраняя материнство и детство. Журнал о развитии России. Национальные проекты, 2008; 11: 40-43.