

2. Писарева Л.Ф. Закономерности распространения злокачественных новообразований в регионе Сибири и Дальнего Востока: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 1997. С. 77.

3. Поллард Дж. Справ. по вычислительным методам статистики. М.: Финансы и статистика, 1982. С. 214.

4. Тюляндин С.А., Моисеенко В.М. Практическая онкология: Избранные лекции. СПб.: Центр ТОММ, 2004. С. 784.

5. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2005 г. (заболеваемость и смертность). М., 2007. С. 252.

6. Alavanja M.C., Brownson R.S., Lubin J.N. et al. // J. Natl. Cancer Inst. 1994. Vol. 86, №24. P. 1829-1837.

7. Brau F., Tyczynski J.E., Parkin D.M. // Eur J Cancer. 2004. Vol. 40, №1. P.96-125.

8. Jee S.H., Kim I.S., Shin D. // Int J Epidemiol. 1998. Vol. 27, №3. P. 365-369.



Акушерство и гинекология



УДК 618.532

Г.Ю. Ишпахтин

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ПЛОДА

*Владивостокский государственный медицинский университет, г. Владивосток;
Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, г. Москва*

В настоящее время в оценке тазового предлежания преобладает мнение как об объекте патологического акушерства. Это делает проблему антенатальной охраны плода при тазовом предлежании как одну из более актуальных в современном акушерстве и определяет ее большую социальную значимость. Практическое решение проблемы может быть осуществлено лишь при всестороннем и глубоком изучении биологического комплекса «мать — плацента — плод — новорожденный» и создании системы охраны плода и новорожденного [5-7].

Цель исследования — изучить особенности течения беременности и родов при тазовом предлежании плода.

Проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов у 9527 женщин в период с 1995 по 2005 г. в родильных домах г. Владивостока. Из 9527 родов в го-

ловном предлежании плода было 9003 родов (94,5%) (группа А), в тазовом предлежании — 524 (5,5%) (группа Б). Срочные роды в головном предлежании произошли в 8102 наблюдениях (90%), преждевременные роды — в 901 наблюдении (10%). В тазовом предлежании из 524 наблюдений срочных родов было 409 (78,0%), преждевременных родов — 115 (22,0%).

Анализируя данные анамнеза и, в частности, менструальную функцию женщин изучаемых групп, мы отметили, что средний возраст менархе у женщин с плодами в тазовом предлежании составил $13,8 \pm 2,1$ г., в головном предлежании — $12,15 \pm 1,9$ г. Дисменорея отмечалась у 26,7% женщин при тазовом предлежании, у 1,7% — при головном предлежании плода. В группе тазового предлежания экстрагенитальная патология

встречалась у 48%, в группе головного предлежания — у 33,9% женщин.

Следует отметить, что наиболее частой патологией был пиелонефрит, который выявлялся при тазовом предлежании почти в 2,0 раза чаще; у женщин, родивших детей в тазовом предлежании, — в 17,9%, в головном — в 9,2% случаев. Заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь и вегето-сосудистая дистония) были на одном уровне как в группе женщин с тазовым предлежанием плода (11,8%), так и при головном (10,1%).

При беременности значимое место занимают осложнения и заболевания, перенесенные в процессе гестации (табл. 1). В структуре осложнений преобладают ранние и поздние гестозы. При этом из всех женщин группы Б (тазовое предлежание плода) почти каждая четвертая женщина была госпитализирована в стационар.

Каждая третья пациентка в обеих группах перенесла во время беременности острое респираторное заболевание или другие вирусные инфекции, которые чаще встречались в I и во II триместрах беременности.

Одним из факторов, определяющих исход родов для плода, является характер родовой деятельности. При анализе длительности родового акта у женщин с тазовым предлежанием плода обращает на себя внимание тот факт, что у каждой второй женщины, родившей через е-

Резюме

В статье представлен ретроспективный анализ течения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода за последние 10 лет в родильных домах г. Владивостока. Выявлено статистически достоверное увеличение частоты гестозов, преждевременных родов, аномалий родовой деятельности и акушерских кровотечений в группе пациенток с тазовыми предлежаниями. Обнаружено изменение структуры перинатальной смертности.

G.Y. Ishpaktin

PECULIARITIES OF THE PREGNANCY COURSE AND LABOR AT BREECH PRESENTATION

Vladivostok State Medical University, Vladivostok

Summary

Retrospective analysis of the pregnancy course, labor and development of newborns at breech presentations during last 10 years at Vladivostok maternity hospitals is offered in the article. There was revealed statistically reliable increase of the number of hystosis, precipitated labors, abnormal labors and obstetrical hemorrhages in the group of patients with the fetus breech presentations. There were found out perinatal mortality structure changes.

Таблица 1

Частота осложнений во время беременности с учетом предлежания плода (M±t, %)

Вид осложнений	Группа А (головное предлежание)		Группа Б (тазовое предлежание)	
	абс.	%	абс.	%
Ранний токсикоз	869	9,6	108	20,6
Угроза преждевременных родов	165	1,8	94	17,9
Поздний гестоз	414	4,6	57	10,9
Предлежание плаценты	82	0,9	20	3,8
Многоводие	41	0,5	50	1,0
Изосерологическая несовместимость	41	0,5	50	1,0
Всего	1612	17,9	289	55,2

Таблица 2

Частота осложнений в родах у женщин с учетом предлежания плода (M±t, %)

Вид осложнений	Группа А (головное предлежание), n=9003		Группа Б (тазовое предлежание), n=524	
	абс.	%	абс.	%
Дородовое излитие околоплодных вод	1395	15,5	249	47,5
Слабость родовой деятельности	1296	14,4	24,3	46,4
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	63	0,7	8	1,5
Задержка частей плаценты	-	-	4	0,8
Плотное прикрепление плаценты	387	4,3	85	16,2
Гипотоническое кровотечение	216	2,4	30	5,7
Хориоамнионит	416	4,6	63	12,0

тественные родовые пути, роды осложнились замедленным их течением. Средняя продолжительность родов в тазовом предлежании плода составила 15,3±2,1 ч у первородящих и 10,0 ч у повторнородящих, что достоверно больше, чем при родах в головном предлежании (соответственно 10,2±2,3 ч, p<0,001; 7,3±0,8 ч, p<0,05).

Осложнения в родах у женщин с учетом предлежания плода представлены в табл. 2.

При тазовом предлежании в 2 раза чаще встречалась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, чаще наблюдалось гипотоническое кровотечение, что можно связать с преобладанием в структуре осложнений ранних и поздних гестозов (табл. 2).

Операция кесарева сечения при тазовых предлежаниях была произведена у 45,4% женщин, при головном — у 11,7%. Показания к операции кесарева сечения представлены в табл. 3.

Заметное место в показаниях к операции кесарева сечения при тазовом предлежании плода заняло выпадение пенька пуповины (при головном предлежании -0,9%, при тазовом — 7,0%), в основном из показаний встречались перенашивание беременности, крупный плод и патологический прелиминарный период. Таким образом, из проведенного анализа течения беременности вытекают следующие выводы:

1. В Приморском крае тазовые предлежания плода встречаются чаще, чем в среднем по России, — 5,5%.

2. При анализе течения беременности и родов при головном и тазовом предлежаниях плода выявлены значительные отличия в их клинической характеристике:

а) экстрагенитальная патология при тазовом предлежании встречается чаще, чем при головном (48,0 и 33,9% соответственно);

Таблица 3

**Показания к операции кесарева сечения
с учетом предлежания плода (M±T, %)**

Показания	Группа А (головное предлежание), n= 1053 (11,7%)		Группа Б (тазовое предлежание), n=238 (45,4%)	
	абс.	%	абс.	%
Преждевременная отслойка плаценты	7	0,7	4	1,5
Предлежание плаценты	158	15,0	12	5,0
Кесарево сечение с началом родовой деятельности у женщин с отягощенным акушерским анамнезом	211	20,0	64	26,7
Несостоятельность рубца на матке	227	21,5	10	4,0
Угроза разрыва матки	22	2,0	-	-
Анатомически узкий таз	116	11,0	5	2,0
Выпадение петель пуповины	9	0,9	17	7,0
Слабость родовой деятельности	148	14,0	48	20,0
Гипоксия плода	31	3,0	17	7,0
Неподготовленность организма беременной к родам при доношенной беременности	31	2,9	12	5,0
Возраст старше 30 лет	18	1,8	7	3,0
Перенашивание беременности	20	1,9	11	5,0
Крупный плод	7	0,7	11	5,0
Патологический прелиминарный период	8	0,8	9	4,0
Безводный промежуток больше 12 ч	20	1,9	5	2,3
Обвитие пуповиной шеи плода	20	1,9	6	2,5

б) в структуре осложнения беременности преобладают ранние и поздние гестозы. Ранний гестоз при головном предлежании встречается в 9,6%, при тазовом — в 20,6%, поздний — в 4,6 и 10,9% соответственно;

в) при тазовых предлежаниях плода преждевременных родов было в 2 раза больше, чем при головном.

3. При анализе течения родов при тазовом предлежании плодов отмечено, что у каждой второй женщины (46,5%), родившей через естественные родовые пути, роды осложнились замедлением их течения (средняя продолжительность родов при тазовом предлежании составила 15,3±2,1 ч у первородящих и 10,0 ч у повторнородящих). При родах в головном предлежании — 10,2±2,3 и 7,3±0,8 ч соответственно. В родах при тазовом предлежании в 2 раза чаще встречалась отслойка нормально расположенной плаценты (1,5 против 0,7%). Чаще наблюдалось и патологическое кровотечение (5,7 против 2,4%).

Л и т е р а т у р а

1. Ажигалиева А.Ч., Поздеева И.В., Чимбаева Г.Н. // Факторы риска акушерской и гинекологической патологии. Ташкент, 1988. С. 19-21.
2. Дьяченко В.Т., Щепин В.О., Капитоненко Н.А. Охрана здоровья матери и ребенка в условиях социально-экономических реформ. Владивосток, 2000. С. 309.
3. Гуркин Ю.И. Кесарево сечение при тазовом предлежании плода // Тазовое предлежание плода (клинико-морфологические параллели) / Под ред. Н.В. Кобозевой. Л., 1982. С. 70-74.
4. Кан Н.Е. Состояние внутриутробного плода и ранняя адаптация новорожденных в зависимости от пола и предлежания плода: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Владивосток, 2000. 23 с.
5. Катько Е.Н. Особенности течения раннего неонатального периода при рождении плода в тазовом предлежании: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1998. 19 с.
6. Кобозева Н.В. Тазовое предлежание плода. Л., 1989. С. 96.
7. Сидорова В.С., Макаров И.О., Шешукова И.А. и др. // Акушерство и гинекология. 1999. № 5. С. 32-35.
8. Стрижаков А.М., Игнатко И.В. // Акушерство и гинекология. 2007. №5. С. 17-23.
9. Чернуха Е.А. Тазовое предлежание плода // Актуальные вопросы патологии родов, плода и новорожденных. М., 2003. С. 85-94.

