

с тяжелыми посткастрационными нарушениями) - более, чем к трем специалистам.

Коррекция посткастрационных расстройств в группе женщин с легким течением КБ проводилась у 56,3% (из них у 37,5% - в течение первого года после операции). Лишь у 10,4%, у 14,6% и у 8,3% больных соответственно немедикаментозное, медикаментозное и гормональное и гормональное лечение сопровождалось кратковременным улучшением состояния.

У женщин со средней степенью тяжести КБ реабилитационные мероприятия проводились у 46,9% (на протяжении первого года после хирургического вмешательства - у 21,9%), при этом эффект от применения немедикаментозной, медикаментозной негормональной и гормональной терапии был отмечен только у 0%, 12,5% и 6,3% соответственно.

Среди женщин с тяжелыми посткастрационными расстройствами лечебно-профилактические мероприятия проводились лишь у 38,7% (только у 12,9% больных в течение первых 12 месяцев после оперативного вмешательства). Незначительное улучшение состояния после немедикаментозного, медикаментозного негормонального и гормонального лечения отметили соответственно 0%, 0% и 6,5% пациенток.

Таким образом, первыми проявлениями КБ являются нейро-вегетативные расстройства, дальнейшее прогрессирование которых и присоединение психоэмоциональных нарушений приводит к значительному ухудшению качества жизни оперированных женщин. Последующее усугубление тяжести состояния больных обуславливают обменно-эндокринные сдвиги, в значительной мере затрудняющие возможность обратного развития заболевания. В свою очередь, отсутствие эффективной и (или) своевременной коррекции посткастрационных расстройств приводит к нарастанию тяжести КБ и дальнейшему ухудшению общего состояния больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенедиктов Д.И. Кастрационная болезнь у женщин - реабилитация и профилактика: практическое руководство для врачей. - Екатеринбург: Антарес-94, 1995.
2. Бенедиктов Д.И. Хирургическая кастрация женщин - последствия, реабилитация, профилактика. - Екатеринбург: Антарес-94, 1995.
3. Краснопольский В.И., Кулаков В.И. Хирургическое лечение воспалительных заболеваний придатков матки. - М., 1984.
4. Мануилова И.А. Нейроэндокринные изменения при выключении функции яичников. - М., 1972.
5. Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. - М., 1990. - С. 194-205.
6. Справочник по акушерству и гинекологии. - М.: Медицина. 1996. - С. 259-260.

УДК 618. 2+616.3

В.В. Ковалев, В.А. Ломовских

АЛГОРИТМ ОПТИМИЗАЦИИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНО УЗКОГО ТАЗА

Уральская государственная медицинская академия

Функционально узкий таз является одной из наиболее острых проблем современного акушерства. Частота этой патологии с учетом всех степеней по клинической классификации Р.А. Калгановой [1] достигает 20-25%. Функционально узкий таз является одним из ведущих факторов в структуре перинатальной смертности среди доношенных детей, важнейшей причиной интранатальных повреждений центральной нервной системы новорожденных, приводящих к инвалидизации детей. В то же время остаются нерешенными многие вопросы, связанные с этой проблемой. В частности, даже наиболее современные способы прогнозирования диспропорции головки плода и таза матери в родах, основанные на рентгенопельвиометрии с компьютерной обработкой данных, по признанию авторов [4,5] не дают абсолютно надежных результатов и носят только консультативный характер. Непосредственная диагностика данной патологии, по-прежнему базируется исключительно на опыте, знаниях и практических навыках врача, ведущего роды, т.е. носит сугубо субъективный характер. По этим причинам результаты родов в условиях функционально узкого таза нельзя признать удовлетворительными.

Цель работы состояла в разработке и обосновании применения алгоритма ведения родов при высоком риске функционально узкого таза на основе расширенного фетального мониторинга.

Клиническая симптоматика несоответствия размеров головки плода и таза матери хорошо известна и включает следующие основные симптомы: отсутствие продвижения головки плода по родовому каналу при условии полного открытия шейки матки и интенсивной родовой деятельности, особенности биомеханизма родов присущие той или иной форме сужения таза, аномалии родовой деятельности, симптом Вастена, симптом прижатия мочевого пузыря [1,3]. Из перечисленных признаков абсолютно патогномичным является только симптом особенностей биомеханизма родов, определение которого в начале родов клиническими способами невозможно, а в дальнейшем часто бывает, затруднено наличием родовой опухоли или кефалогематомы. Исходя из этого, нами совместно с Серовым В.Н. разработан способ ультразвуковой диагностики характера вставления головки плода (патент на изобретение Российской Федерации № 2140196 от 5.06.1998г.), который лег в основу расширенного фетального мониторинга в процессе родов. Таким образом, известные возможности оценки состояния плода и функциональной активности матки с помощью кардиотокографии дополнены нами объективной диагностикой особенностей биомеханизма родов. Кроме этого, ультразвуковое исследование

дование в родах позволяет выявить и количественно оценить степень выпячивания головки плода над лоном (симптом Вастена), состояние шейки матки и величину родовой опухоли. Исследования проводились на кардиотокографе Sonicaid FM - 6 Oxford (Великобритания) и аппарате для ультразвукового сканирования Aloka SSD - 630 (Япония) линейным или конвексным датчиком (3,5 МГц) трансабдоминально.

Непосредственным действиям, входящим в алгоритм ведения родов при высоком риске функционально узкого таза, предшествует прогнозирование данной патологии накануне родоразрешения или в начале родов с помощью общепринятых клинических и лабораторных методов (ультразвуковая пельвиометрия и рентгенопельвиометрия, ультразвуковая фетометрия). При положительном решении вопроса о возможности родоразрешения через естественные родовые пути с началом родовой деятельности начинают выполнение разработанного нами алгоритма, который состоит из двух этапов. На первом этапе осуществляется диагностика особенностей биомеханизма родов. Окончательное заключение по этому вопросу делается уже в латентную фазу родов, что в обычных условиях невозможно. На основании полученных данных принимается предварительное решение о тактике ведения родов. Абдоминальному родоразрешению на данном этапе подлежали роженицы с аномалиями вставления головки плода (высокое прямое стояние головки, третья степень асинклитизма), разгибательными положениями головки (переднеголозное, лобное и лицевое вставление в переднем виде по спинке), с задним видом затылочного предлежания при нулевом и положительном значении симптома Вастена, при гиперфлексии головки с положительным значением симптома Вастена (более 0,5 см), при поперечном положении стреловидного шва и переднем (негелевском) асинклитизме. В остальных случаях (задний вид затылочного предлежания с отрицательными значениями симптома Вастена, гиперфлексия головки с положительным симптомом Вастена до 0,5 см и менее, поперечное положение стреловидного шва с задним асинклитизмом, лицевое предлежание в заднем виде по спинке) роды велись консервативно. Передний вид затылочного предлежания рассматривался как вариант нормального биомеханизма родов, при котором имеются гармоничные пропорции между размерами головки плода и таза матери и функционально узкий таз невозможен.

Второй этап алгоритма ведения родов при высоком риске функционально узкого таза, помимо подтверждения установленного варианта вставления головки плода, опирается на анализ сердечного ритма и моторной функции матки в активную фазу родов и фазу замедления. Пересмотр тактики в пользу операции кесарево сечение показан при регулярной регистрации ранних децелераций в активную фазу 1 периода родов, свидетельствующих о стимуляции барорецепторов головного мозга плода вследствие ранней выраженной конфигурации головки [3]. Абдоминальное родоразрешение также предпочтительно при появлении признаков ослабления родовой деятельности в конце активной фазы родов или в начале фазы замедления. Кроме этого при ультразвуковом исследовании

обращали внимание на состояние шейки матки и величину родовой опухоли. Выраженный отек шейки матки, и родовая опухоль толщиной более 1 см рассматривались как прогностически неблагоприятные признаки, требующие пересмотра тактики ведения родов.

Для оценки эффективности разработанного нами алгоритма ведения родов при высоком риске функционально узкого таза на основе расширенного фетального мониторинга проведено исследование течения родов у 247 женщин с высоким риском данной патологии. В исследование включались роженицы с головным предлежанием плода, имеющие аномалии таза, предполагаемый крупный плод, сочетанные факторы диспропорции размеров головки плода и таза матери, клинически обоснованное подозрение на аномалию вставления головки плода. Для исключения влияния дополнительных патологических факторов в исследование не включались роженицы с проявлениями гестоза, плацентарной недостаточности, хронической гипоксии плода, внутриутробной инфекции и экстрагенитальной патологии, способной оказать ощутимое влияние на течение беременности и родов, состоянии новорожденных. Группы набирались «слепым» методом. Основную группу составили 127 роженицы (1 группа), включенные в программу расширенного фетального мониторинга, в контрольную группу (2 группа) включены 120 рожениц с общепринятым ведением родов. Диагноз функционально узкого таза во всех случаях был верифицирован при родоразрешении через естественные родовые пути или при операции кесарево сечение. Исследуемые группы были идентичны по всем основным параметрам. Средний возраст рожениц составил $27,5 \pm 0,9$ года в 1 группе и $28,1 \pm 0,7$ года во 2 группе ($P > 0,05$). В обеих группах по понятным причинам преобладали повторнородящие женщины: в 1 группе - 78 (61%) повторнородящих и 49 (39%) первородящих; во 2 группе соответственно 72 (60%) и 48 (40%). Срок гестации к моменту родов в 1 группе составил $39,4 \pm 1,2$ недели, во 2 группе $39,7 \pm 0,8$ недели ($P > 0,05$). У 39 (30,7%) рожениц 1 группы и 35 (29,2%) рожениц 2 группы имели место те или иные аномалии таза. Причем, анатомически узкий таз зарегистрирован в 34 (26,8%) случаях в 1 группе и 29 (24,2%) случаев во 2 группе. Соответственно аномально широкий таз, ставший основной причиной аномалий вставления головки плода, отмечен у 5 (3,9%) и 6 (5%) рожениц. Предполагаемый крупный плод, как ведущая причина функциональной неполноценности таза, установлен у 53 (41,7%) рожениц 1 группы и 52 (43,3%) рожениц 2 группы. Переоценивание беременности и связанное с ним снижение конфигурабельности головки плода отмечено у 7 (5,5%) женщины 1 группы и 5 (4,2%) 2 группы. В остальных случаях соответственно 28 (22,0%) в 1 группе и 28 (23,3%) во 2 группе причиной функционально узкого таза стали сочетанные факторы. У 51 (40,2%) роженицы 1 группы и 46 (38,3%) рожениц 2 группы по разным причинам проведено родовозбуждение, в остальных случаях роды начинались спонтанно.

Анализ течения родов у рожениц исследуемых групп показал существенные различия между ними по ряду показателей. Так, роженицы 1 группы достовер-

но чаще родоразрешались абдоминальным путем соответственно 35 (27,6%) и 21 (17,5%). Причем с высокой степенью достоверности отличалась продолжительность родов среди этих рожениц. Среди первородящих 1 группы она составила в среднем $5,2 \pm 0,7$ часа, повторнородящих – $3,7 \pm 0,4$ часа. Во 2 группе соответственно $10,7 \pm 1,3$ часа и $7,9 \pm 0,9$ часа ($P < 0,01$). Отмечена более высокая кровопотеря при операциях у женщин контрольной группы: $763,4 \pm 112,3$ мл против $523,7 \pm 84,5$ мл в основной группе ($P < 0,05$). Более высокая интраоперационная кровопотеря в контрольной группе связана с более высокой частотой осложнений в ходе операции – это ранение сосудистых пучков, трудности гемостаза, гипотония матки. Перечисленные осложнения во время операции в основной группе возникли в 4 (11,4%) случаях, в контрольной – в 12 (70,6%) случаях. В 2 случаях в контрольной группе в связи с возникшими интраоперационными осложнениями объем операции был расширен до экстирпации матки, в основной группе таких случаев не было. Послеоперационный период у пациенток 1 группы существенно реже осложнялся гнойно-септическими заболеваниями (метрознодометрит, перитонит и др.) 3 (8,6%) случая, во 2 группе – 7 (41,2%). При родоразрешении через естественные родовые пути также отмечена большая продолжительность родов в контрольной группе, а именно, среди первородящих – $12,2 \pm 1,9$ часа, среди повторнородящих – $10,3 \pm 0,8$ часа, в основной группе соответственно $10,5 \pm 1,1$ часа и $8,6 \pm 0,7$ часа ($P < 0,05$). Медикаментозная стимуляция родовой деятельности значительно чаще предпринималась в контрольной группе 39 (32,5%) случаев, причем в 7 (5,8%) проведено два тура родоусиления. В основной группе окситотические вещества вводились в 12 (9,4%) случаях, главным образом, с профилактическими целями. Существенных отличий по величине кровопотери между основной и контрольной группами при родоразрешении через естественные родовые пути не было. Во 2-ой группе чаще, чем в 1-ой группе регистрировались послеродовые гнойно-септические заболевания: соответственно 14 (14,1%) и 6 (6,5%).

Случаев интранатальной или ранней неонатальной смертности в исследуемых группах не было. Новорожденные исследуемых групп не отличались по антропометрическим параметрам: масса тела в 1 группе составила $3654,8 \pm 127,5$ г, во 2 группе $3624,4 \pm 118,2$ г ($P > 0,05$); рост соответственно $51,3 \pm 0,4$ см и $51,5 \pm 0,6$ см ($P > 0,05$); окружность головы соответственно $35,2 \pm 0,3$ см и $35,1 \pm 0,4$ см ($P > 0,05$); окружность груди соответственно $34,8 \pm 0,5$ см и $34,9 \pm 0,4$ см ($P > 0,05$). Однако существенные отличия имелись при оценке состояния новорожденных. Особенно заметны эти отличия были при абдоминальном родоразрешении: средняя оценка по шкале Апгар среди новорожденных 1 группы на первой минуте жизни составила $8,4 \pm 0,3$ балла, на пятой минуте – $9,2 \pm 0,4$ балла, во 2 группе соответственно $6,2 \pm 0,7$ балла и $7,6 \pm 0,4$ балла ($P < 0,05$). Новорожденные, прошедшие роды через естественные родовые пути, также вьше оценивались по шкале Апгар в 1 группе $7,8 \pm 0,3$ балла на первой минуте и $8,9 \pm 0,2$ балла на пятой минуте по сравнению со второй группой соответственно $6,9 \pm 0,5$

балла и $7,8 \pm 0,3$ балла ($P < 0,05$). Все новорожденные осматривались квалифицированным детским психоневрологом, на 3–4 сутки жизни проводилась нейросонография. Среди детей 1-ой группы значительно реже по сравнению с контрольной группой регистрировались интранатальные поражения центральной нервной системы, степень тяжести этих повреждений была также существенно ниже в основной группе. Так, в основной группе не отмечено случаев тяжелых повреждений ЦНС в виде кровоизлияний в желудочки или вещество головного мозга, ни в одном случае неврологический статус новорожденных не требовал реанимационной помощи с использованием искусственной вентиляции легких. В контрольной группе было 3 (2,5%) таких случая. В основной группе отмечено 18 (14,2%) случаев перивентрикулярных кровоизлияний первой и второй степени. В контрольной группе таких случаев было 38 (31,7%). Реабилитационная терапия в условиях стационара потребовалась 7 (5,5%) новорожденным 1 группы и 26 (21,7%) новорожденным контрольной группы.

Таким образом, разработанный нами алгоритм ведения родов при высоком риске функционально узкого таза на основе расширенного фетального мониторинга позволяет на более раннем этапе установить диагноз и обосновать необходимость пересмотра тактики ведения родов, что приводит к существенному улучшению перинатальных исходов. Снижение частоты послеродовых и послеоперационных гнойно-септических осложнений, очевидно, связано с неинвазивностью диагностики. Разработанная методика может быть широко использована в практике родовспоможения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калганова Р.А. Узкий таз в современном акушерстве. - М.: Медгиз, 1965. - 216с.
2. Медведев М.В., Юдина Е.В. Задержка внутриутробного развития плода. - М.: РАВУЗДПГ, 1998. - 208с.
3. Чернуха Е.А. Родовой блок. - М.: «Триада - Х», 1999. - 533с.
4. Хан В.Е. Прогнозирование исхода родов у женщин с анатомически узким тазом при помощи цифровой сканирующей рентгенографической установки. Автореф. дис.... канд., 1992. - 25с.