

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ АКТИВНОЙ ТАКТИКЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

В. А. Ломовских, Л. А. Рюхтина

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ (зав. кафедрой доц. Колесникова Т. Н.), Уральская государственная медицинская академия, Муниципальная клиническая больница № 14, г. Екатеринбург.

Снижение материнской и детской заболеваемости и смертности в значительной мере определяется своевременным выбором метода родоразрешения и ведения родов. Одним из основных направлений современного акушерства является переход от естественной тактики ведения родов к более динамичной, «активной», позволяющей контролировать весь родовой процесс и родоразрешение в дневное время с тщательным мониторингом контролем за состоянием матери и плода.

Важное место в настоящее время отводится искусственному родовозбуждению. По определенным показаниям со стороны матери или плода акушеры вынуждены возбуждать родовую деятельность, чаще всего досрочно, проводя индуцированные роды. В других случаях искусственное родовозбуждение проводят в срок, когда плод достиг полной зрелости, а признаки спонтанной родовой деятельности отсутствуют.

По данным литературы (1, 2) частота искусственного досрочного родоразрешения составляет 15—20% и имеет тенденцию к росту. Программированное окончание доношенной беременности в настоящее время проводится в среднем у 10—15% беременных женщин.

Предметом настоящего исследования явилось изучение особенностей течения беременности и родов и перинатальных исходов при активной тактике родоразрешения с использованием искусственного родовозбуждения.

В данной работе представлены результаты ретроспективного анализа исхода родов у 100 женщин, находившихся в клинике патологии беременности МУКБ № 14 за период сентябрь—декабрь 1998 г.

Обследовано 100 женщин в возрасте от 18 до 40 лет в сроке от 36 до 42 недель беременности. Первую группу составили 78 беременных, которым проведены индуцированные роды в сроке

36—39 недель. Вторую группу составили 22 пациентки со сроком беременности 40—42 недели. Всем беременным в клинике проводилось комплексное обследование с использованием общеклинических и дополнительных методов исследования. Особое внимание уделялось оценке состояния фетоплацентарного комплекса, определению срока беременности. Ультразвуковую биометрию плода и плаценты проводили с помощью прибора Aloka SSD-630. При оценке биометрических параметров плода и плаценты пользовались соответствующими сроку беременности нормативными таблицами. Для изучения маточно-плацентарной, плодово-плацентарной гемодинамики регистрировали скорость кровотока в маточных артериях, артерии пуповины. Кардиомониторное наблюдение за состоянием плода осуществляли с помощью кардиотокографа «НМ-120» с программным обеспечением. Состояние шейки матки оценивали по шкале классификации профессора Г. Г. Хечинашвили (3).

При характеристике внутриутробного развития состояния новорожденных и течения раннего неонатального периода помимо шкалы Апгар и абсолютных значений массы тела и роста детей, пользовались оценочными таблицами антропометрических показателей в зависимости от гестационного возраста.

При подготовке организма беременной и плода к родоразрешению учитывали оптимальные сроки родоразрешения для матери и плода в зависимости от характера и тяжести патологии.

Медикаментозная подготовка беременных к родам включала подготовку шейки матки с помощью эстрогенов в количестве 20 тысяч ЕД два раза в сутки не более трех — пяти дней, индивидуальной терапии сигетином по 200 МГ внутривенно капельно, ламинарных палочек, а также антиоксидантную и антигипоксантную терапию.

Из 78 женщин первой группы при комплексном обследовании у 45 (57,6%) имел место гестоз легкой степени тяжести, у 23 (29,4%) пациенток — гестоз средней степени тяжести. У 10 беременных женщин (12,8%) наблюдалась гипертоническая болезнь первой — второй стадии, диффузное, увеличение щитовидной железы первой — второй степени, хронический пиелонефрит.

У 59 беременных женщин плацентарная недостаточность различной степени выраженности.

У 28 беременных диагностирована задержка внутриутробного развития плода первой — второй степени тяжести. С целью снижения перинатальных потерь и акушерских осложнений при патологическом течении беременности, изменении фетоплацентарного комплекса у женщин I-й группы проведено искусственное

родовозбуждение. Родовозбуждение проведено по методике, включающей амниотомию, в последующем при развитии регулярной родовой деятельности — адекватное обезболивание и мероприятия, направленные на профилактику осложнений в родах. При отсутствии развития родовой деятельности применение 5 ЕД окситоцина, или простенона, или ПГФ на 400,0 мл изотонического раствора натрия хлорида, или 5% раствора глюкозы.

В данной группе средняя продолжительность родов составила $7,2 \pm 1,02$ часа. У 15 женщин из числа повторнородящих имели место быстрые роды. В 2-х случаях (2,5%) в родах развилась первичная слабость родовой деятельности, в одном случае — при отсутствии эффекта от родовозбуждения произведена операция кесарево сечение. Рассечение промежности произведено у 28 женщин (3,5%), средняя кровопотеря составила $290 \pm 50,6$ мл. Родились 78 детей. Средняя масса новорожденных 3070 ± 140 г. С оценкой по шкале Апгар 8—9 баллов родилось 10 детей (12,7%); оценка по шкале Апгар 7—8 баллов выставлена у 31 ребенка (48,7%); 6—7 — у 20 новорожденных (25,5%), 5—7 баллов у 17 новорожденных (13,2%). В раннем неонатальном периоде состояние 42 новорожденных было квалифицировано как удовлетворительное, у 22 новорожденных имелись признаки нарушения адаптации, в 14 наблюдениях отмечено состояние средней тяжести. Из родильного дома выписано домой 70 детей, 8 новорожденных переведено в детскую больницу на второй этап выхаживания.

Программированное окончание беременности в сроке 40—42 недели проведено у 22 женщин второй группы. У 10 женщин, при полной зрелости плода и готовности организма к родам, спонтанно не развивалась родовая деятельность. 12 женщин поступили в стационар с наметившимся перенашиванием беременности. Из 22—14 женщин были повторнородящими, 4 повторнородящими первородящими, 4 женщины — первородящими. Средняя продолжительность родов в данной группе составила $6,0 \pm 0,45$ часа. У 6 женщин не проводилась медикаментозная часть родовозбуждения. Из 22 исследуемых женщин в 2-х случаях произведена операция кесарево сечение (8,8%). Средняя масса новорожденных $3450 \pm 250,0$ граммов. С оценкой по Апгар 8 баллов родилось 14 новорожденных; 2 ребенка от запоздалых родов с оценкой 6—7 баллов, оценка 7—8 баллов у 6 новорожденных. Состояние детей как удовлетворительное квалифицировано у 18 новорожденных, у 4 детей — состояние средней тяжести. Все дети выписаны домой.

Таким образом, проведенный ретроспективный анализ исхода родов и состояния новорожденных подтвердил обоснованность активной тактики ведения родов, особенно в группе женщин с осложненным течением беременности и изменениями со стороны плода. Получение благоприятного исхода для матери и плода при активной тактике ведения родов свидетельствует о возможном резерве дальнейшего снижения акушерских и перинатальных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. В. В. Абрамченко «Активное ведение родов» Санкт-Петербург, 1997. 665 с.
2. А. Н. Стрижаков, Игнатко И. В. «Диагностическое и прогностическое исследование внутри плацентарного кровотока у беременных с гестозом». Акуш. и гин. 1997. № 2. С. 13—18.
3. Г. Г. Хечинашвили «Клиническое значение определения готовности организма женщины к родам». Л. Медицина. 1974.
4. Е. А. Чернуха «Родовой блок» М. Медицина. 1991.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ДАННЫМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Л. И. Мальцева, А. А. Князев

Кафедра акушерства и гинекологии Казанской государственной медицинской академии (зав. кафедрой — проф. Л. И. Мальцева), Республиканский центр охраны семьи, материнства и детства МЗ РТ (директор проф. С. В. Мальцев), г. Казань

Заболевания мочевой системы у беременных женщин, среди которых наиболее часто встречается пиелонефрит, являются одним из ведущих факторов, влияющих на течение гестационного процесса. По данным статистики, в Республике Татарстан этими болезнями страдает примерно каждая 10-я беременная женщина и число их постоянно растет.

За последние годы резко выросла роль возбудителей заболеваний, передаваемых половым путем (хламидии, микоплазмы, уреаплазма, вирус герпеса). Многочисленными исследованиями доказана роль этих инфекций в развитии акушерских и перинатальных осложнений: самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, несвоевременное отхождение околоплодных вод, хориоамнионит, послеродовые инфекционные заболевания, неонатальная инфекция (Анкирская А. С. и соавт., 1991, Башмако-