

ей миокарда, требующей функционального напряжения сердечно-сосудистой системы роженицы, резервы которой крайне ограничены в условиях глубокой симпатической блокады. Это создает потенциальные возможности развития гемодинамической катастрофы у данного контингента беременных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Водолазская Т. И., Бурлев В. А., Буркова А. С. Антенатальные критерии риска развития церебральных нарушений у новорожденных при хронической гипоксии плода у женщин с привычным невынашиванием // Акуш. и гин. — 1996. — № 4. — С. 31—34.
2. Савельева Г. М., Шалина Р. И., Кашежева А. З. Значение ранней диагностики и терапии гестозов // Акуш. и гин. — 1989. — № 1. — С. 73—76.
3. Эбаулиш Э. Анестезия при кесаревом сечении — общая или регионарная // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. — Архангельск, 1993. — С. 131—135.

УДК 618.1

ОСОБЕННОСТИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНО УЗКОМ ТАЗЕ

В. В. Ковалев

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ Уральской государственной медицинской академии (зав. кафедрой доц. Т. Н. Колесникова), г. Екатеринбург

Функционально узкий таз является одной из ведущих причин гипоксическо-травматических повреждений доношенных новорожденных в процессе родов. Это связано с сочетанным действием ряда неблагоприятных факторов, характерных для данной патологии. Механическое препятствие продвижению головки плода со стороны таза матери, приводящее к ее сдавлению, и связанная с этим чрезмерная конфигурация головки, с одной стороны, могут привести к прямому повреждению мозговых структур (разрыв тентория, серповидного отростка, субдуральным кровоизлияниям), а с другой стороны, за счет сужения верхнего сагитального синуса и непосредственного сдавления вен полушарий мозга неизбежно затрудняется венозный отток, что ведет к повышению внутричерепного давления, нарушению мозгового кровотока и гипоксии мозга [2].

Аномалии сократительной деятельности матки, характерные для клиники функционально узкого таза, в виде наиболее часто встречающейся вторичной слабости родовой деятельности [3], и

обусловленное ими нарушение маточно-плацентарной перфузии не только усугубляют состояние гипоксии, но и увеличивают экспозицию этих факторов. Таким образом, значение нарушений моторики матки в патогенезе и клинике функционально узкого таза чрезвычайно велико и не сводится к замедлению открытия шейки матки и продвижения плода. Однако полной количественной характеристики особенностей сократительной деятельности матки в течение родового акта, осложнившегося несоответствием размеров головки плода и таза матери в доступной литературе нам найти не удалось.

Цель работы заключалась в изучении особенностей сократительной деятельности матки в процессе родов, осложнившихся диспропорцией размеров головки плода и таза матери, и их влияния на состояние плода и новорожденного.

Сократительная деятельность матки изучалась нами в динамике родового акта трехкратно: в латентную и активную фазы родов, а также в фазу замедления. Запись производилась в течение 20 минут на трехканальном гистерографе, с фиксацией датчиков в области тела, дна и нижнего сегмента матки. В исследование вошли 74 роженицы, 20 из которых составили контрольную группу (12 первородящих и 8 повторнородящих с нормальным течением родов), а 54 имели клинические проявления функционально узкого таза разной степени выраженности по Р. И. Калгановой: первой степени 17 (31,5%, второй степени — 34 (62,0%) и третьей степени — 3 (5,5%) и составили основную группу (23 первородящих и 31 повторнородящая). Серьезных отклонений в течение беременности (гестозов, плацентарной недостаточности, проявлений внутриутробной инфекции) в исследуемых группах не было.

Причинами возникновения диспропорции между размерами головки плода и таза матери стали следующие факторы: анатомически узкий таз (8—14,8%), крупный плод (5—9,3%), аномалии вставления головки плода (5—9,3%), снижение конфигурабельности головки плода в результате перенашивания беременности (7—12,9%), сочетанные факторы (21—38,9%). В группу рожениц с сочетанными факторами возникновения функционально узкого таза вошли женщины с пограничными размерами таза (истинная конъюгата в пределах 11,0—11,5 см) и пограничными размерами плода (масса плода в пределах 3600—3900 г). Полученные результаты подвергались математической обработке с помощью прикладных программ Microsoft Excel.

Количественная характеристика сократительной деятельности матки проводилась по общепринятой методике и включала следующие параметры: интенсивность схваток, их общую продолжи-

тельность, а также продолжительность фаз сокращения и расслабления, интервал между схватками, продолжительность маточного цикла, частоту схваток за 10 минут, уровень маточной активности. Кроме этого, подсчитывались следующие коэффициенты:

K1 — отношение продолжительности сокращения к продолжительности расслабления;

K2 — отношение продолжительности сокращения к продолжительности схватки. Результаты наших исследований в контрольной группе среди первородящих женщин практически полностью совпадали с данными, приведенными Алиевой Э. М. и соавт., [1].

В латентную фазу родов и в основной, и в контрольной группах нами отмечены умеренные явления дискоординации в виде нерезкого нарушения тройного нисходящего градиента, разнице в амплитуде и продолжительности схваток. Но уже в этот период была заметна тенденция к большей интенсивности родовой деятельности в основной группе. В частности, отмечалась более высокая интенсивность и продолжительность схваток во всех отделах матки, более высокий уровень маточной активности ($P > 0,05$). В активную фазу родов схватки приобретали координированный характер, однако продолжала нарастать отмеченная выше тенденция к увеличению интенсивности схваток у рожениц основной группы, которые в этот период можно было расценивать как чрезмерно активные. При этом основные параметры, характеризующие интенсивность работы матки в основной группе, существенно превосходили соответствующие показатели контрольной группы. Особенно заметно это проявилось при расчете коэффициента K1, отражающего интенсивность активизации миометрия во время схватки среди первородящих в 1-й группе — $0,71 \pm 0,02$, во 2-й группе — $0,93 \pm 0,02$ ($P < 0,01$); среди повторнородящих в 1-й группе — $0,59 \pm 0,03$, во 2-й группе — $0,82 \pm 0,05$ ($P < 0,01$). Не менее показательны результаты расчета уровня маточной активности: среди первородящих 1-й группы он достигал $347,7 \pm 29,4$ ЕМ, во 2-й группе — $234,3 \pm 27,9$ ЕМ ($P < 0,05$), среди повторнородящих соответственно $328,87 \pm 19,3$ и $251,7 \pm 18,3$ ЕМ ($P < 0,05$). Заметно увеличивалась частота схваток: среди первородящих до $4,84 \pm 0,23$ за 10 минут, среди повторнородящих — $4,28 \pm 0,16$ за 10 минут, в контрольной группе соответственно $3,62 \pm 0,12$ и $3,48 \pm 0,13$ ($P < 0,05$).

В фазу замедления ситуация кардинальным образом изменялась: если в контрольной группе интенсивность схваток продолжала закономерно нарастать, то в основной группе появилась явная тенденция к ослаблению родовой деятельности, при этом

количественные характеристики приближались к исходному уровню латентной фазы. В результате уже показатели контрольной группы преобладали над соответствующими показателями основной группы. В частности, существенно уменьшилась общая продолжительность схватки среди первородящих: в 1-й группе $86,52 \pm 3,12$ с, во 2-й группе — $96,53 \pm 3,52$ с ($P < 0,05$). Уменьшилась частота схваток: в 1-й группе $3,27 \pm 0,48$, во 2-й группе — $4,12 \pm 0,14$ ($P < 0,05$). Существенно снизилась маточная активность: в 1-й группе — $210,16 \pm 34,15$ ЕМ, во 2-й группе — $302,53 \pm 29,1$ ЕМ ($P < 0,05$). Но особенно заметное ослабление родовой деятельности наблюдалось в группе повторнородящих женщин. Значительно уменьшилась частота схваток: в 1-й группе — $2,41 \pm 0,38$ за 10 минут, во 2-й группе — $3,88 \pm 0,16$ за 10 минут ($P < 0,05$). Резко повысился коэффициент К1: соответственно $0,86 \pm 0,04$ и $0,61 \pm 0,03$ ($P < 0,001$). Существенно уменьшился показатель маточной активности: соответственно $147,7 \pm 17,7$ ЕМ и $299,9 \pm 24,3$ ЕМ ($P < 0,001$). Причем обращает внимание минимальная активность нижнего маточного сегмента в основной группе — $92,62 \pm 11,2$ ЕМ, при более чем в 2 раза высокой активности в контрольной группе — $210,8 \pm 19,7$ ЕМ ($P < 0,001$), что, на наш взгляд, свидетельствует о практически полном выключении нижнего сегмента матки из сократительной деятельности в этот период родов при возникновении диспропорции между головкой плода и тазом матери.

С клинической точки зрения родовой акт развивался следующим образом: в латентную фазу особых отклонений в течение родов ни в основной, ни в контрольной группах отмечено не было, темп структурных изменений в состоянии шейки матки соответствовал паритету. В активную фазу родов чрезмерно сильная родовая деятельность регистрировалась у 39 (72,2%) рожениц основной группы (12 первородящих и 27 повторнородящих), однако медикаментозная коррекция не проводилась. Темп открытия шейки матки в этот период превосходил нормальные показатели: среди первородящих — $172 \pm 0,14$ см/час (в контрольной группе — $1,21 \pm 0,17$ см/час, $P < 0,05$), среди повторнородящих — $2,64 \pm 0,23$ см/час (в контрольной группе — $2,17 \pm 0,27$ см/час, $P > 0,05$). Причем к концу активной фазы родов у 28 (51,9%) рожениц основной группы отмечено замедление темпа открытия шейки матки с возникновением характерного отека.

В фазу замедления у 37 (68%) рожениц основной группы развилась клинически выраженная вторичная слабость родовой деятельности (12 первородящих и 25 повторнородящих). Причем возникла она именно у тех рожениц, у которых в активную фазу родов фиксировалась чрезмерно высокая контрактильность мат-

ки. В 32 (59,3%) случаях проводилась ее медикаментозная коррекция с помощью внутривенного введения окситоцина или простагландинов, оказавшаяся эффективней лишь в 16 (29,6%) случаях. В остальных 16 случаях попытки стимуляции были неэффективны и роды были завершены абдоминальным путем. В 5 (9,3%) случаях попытки коррекции вторичной слабости родовой деятельности не проводились, так как клиника функционально узкого таза была обусловлена грубыми аномалиями вставления головки плода (высокое прямое стояние стреловидного шва, лобное вставление) или появлением симптомов угрожающего разрыва матки, что рассматривалось, как абсолютное несоответствие размеров головки плода и таза матери и прямое показание к оперативному родоразрешению. В 17 (31,5%) случаях клинических проявлений вторичной слабости родовой деятельности не было и роды, несмотря на иные проявления функционально узкого таза, благополучно завершились через естественные родовые пути. Таким образом, оперативное родоразрешение при возникновении несоответствия размеров головки плода и таза матери было принято в 21 (38,9%) случае.

Все новорожденные основной и контрольной групп родились живыми, перинатальных потерь не было. В основной группе несколько преобладали новорожденные мужского пола (мальчиков 31 — 57,4%, девочек 23 — 42,6%), что, очевидно, обусловлено целенаправленной выборкой рожениц. Средняя масса тела новорожденных в основной группе составила 3824 ± 68 г и значительно превышала соответствующий показатель контрольной группы — 3384 ± 54 г ($P < 0.05$). Длина тела новорожденных также превосходила показатель контрольной группы: соответственно $53,2 \pm 0,7$ см и $51,3 \pm 0,5$ см, ($P < 0.05$). Окружность головки новорожденных 1-й группы составила $37,2 \pm 0,3$ см, 2-й группы — $36,3 \pm 0,4$ ($P > 0.05$). Оценка по шкале Апгар на первой минуте жизни детей основной группы составила $6,4 \pm 0,4$ балла, на 5 минуте $7,3 \pm 0,7$ балла, в контрольной группе соответственно $8,2 \pm 0,1$ балла ($P < 0,01$) и $8,8 \pm 0,3$ балла ($P < 0.05$). В наиболее тяжелом состоянии находились дети, родившиеся через естественные родовые пути в том случае, когда роды осложнились вторичной слабостью родовой деятельности и проводилась стимуляция (оценка по шкале Апгар на 1 минуте — $5,3 \pm 0,6$ балла). Однако и тогда, когда попытка стимуляции родовой деятельности оказалась неэффективной и роженицы были родоразрешены абдоминальным путем, состояние новорожденных было значительно хуже, чем в контрольной группе (оценка по шкале Апгар на 1 минуте — $6,2 \pm 0,5$ балла, $P < 0.05$). Одним из типичных осложнений родов

через естественные родовые пути в условиях функционально узкого таза явилась дистопия плечиков плода, которая возникла в 17 (51,5%) случаях.

Таким образом, для родов осложнившихся несоответствием размеров головки плода и таза матери характерна умеренная дискоординация схваток с тенденцией к чрезмерному усилению в латентную фазу, чрезмерно сильная родовая деятельность в активную фазу родов и вторичная слабость родовой деятельности в фазу замедления. Развитие вторичной слабости родовой деятельности свидетельствует о значительной диспропорции и является одним из ведущих факторов, предопределяющих оперативное родоразрешение. Попытки стимуляции родовой деятельности в данной ситуации нецелесообразны, так как зачастую оказываются неэффективными и дают весьма печальные результаты с точки зрения перинатальной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева Э. М. и соавт. Сократительная деятельность матки у первобеременных при спонтанных родах. *Акушерство и гинекология*, 1996, № 4. С. 40—42.
2. Власюк В. В., Зиракадзе А. Н. Сдавление головки плода в родах как причина нарушений мозгового кровообращения и внутриутробной асфиксии. *Акушерство и гинекология*, 1987, № 10. С. 60—61.
3. Чернуха Е. А. Родовой блок, М. Медицина, 1991, 206 с.

УДК 618.1+615.3

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНО УЗКОМ ТАЗЕ

В. В. Ковалев, Н. Н. Ожиганова, Я. М. Кобелева

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ (зав. каф. — доц. Колесникова Т. Н.), кафедра патологической анатомии (зав. каф. — доц. Беликов Е. С.), УрГМА, г. Екатеринбург

Функционально узкий таз остается одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства. Частота этой патологии по данным разных авторов колеблется в широких пределах от 1,2—1,7% до 20—25% [2, 5]. Резкое увеличение частоты оперативного родоразрешения, наблюдаемое в последние годы по всему миру, решает эту проблему лишь отчасти, так как все еще далеки от совершенства не только методы прогнозирования и ранней диагностики функционально узкого таза, но, по-прежнему, не впол-