

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ**

На правах рукописи
УДК 618.4-092:618.43

АСКЕРОВ АРСЕН АСКЕРОВИЧ
**ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РОДЫ:
ВЕДЕНИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ**

14.00.01 - Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

БИШКЕК 2002

Работа выполнена в Кыргызском научно-исследовательском институте акушерства и педиатрии МЗ КР

Научный руководитель: доктор медицинских наук
Г.У. Асымбекова

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Н.М. Мамадалиева

кандидат медицинских наук, доцент
Л.С. Терентьева

Ведущее учреждение: Актюбинская Государственная медицинская академия

Защита диссертации состоится «25» Апреля 2002 года на заседании диссертационного совета Д14.01.154. при Кыргызском научно-исследовательском институте акушерства и педиатрии МЗ КР (720040 Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Тоголока Молдо, 1)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии

Автореферат разослан « 23 » Марта 2002 г.



Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник

А.Б. Фуртикова

Актуальность проблемы. Современная концепция ведения физиологических родов включает в себя бережное и доброжелательное отношение к роженице и плоду со стороны медицинского персонала на всех этапах их проведения, что требует от него знаний и умения (Абрамченко В.В., 1996; Вихляева Е.М. и соавт., 1996; Кулаков В.И. и соавт., 1998; Савельева Г.М. и соавт., 2000; Chalmers B. et al., 1994; Ekipin M. et al., 1995). По данным зарубежных исследователей, частота физиологических родов у женщин составляет от 70% до 80% случаев (Mati J.K. et al., 1983; Waldenstrom U. et al., 1994). Согласно публикациям исследователей стран СНГ, частота физиологических родов составляет от 20% до 30% случаев (Абрамченко В.В., 1996; Луда И.В. и соавт., 1997; Чернуха Е.А., 1999).

В 60-70% случаев физиологическое течение родов подвергается весьма активным методам медицинского воздействия на роженицу (лекарственные средства, акушерские пособия), что нередко негативно отражается на состоянии плода и новорожденного (Асатиани Т., 1999; Жаркин Н.А. и соавт., 2000; Chalmers B. et al., 1994). Наиболее часто применяются эпизиотомия - до 100% случаев, спазмолитические и анальгетические препараты - до 60% случаев, амниотомия - до 40% случаев (Ананьев В.А., 1987; Кулаков В.И. и соавт., 1998; Чернуха Е.А., 1999; Klein M.C. et al., 1992; Menticoglou S.M. et al., 1999). Вместе с тем, активное ведение родов не всегда оправдано, многие действия не достаточно обоснованы, более того, такая тактика ведения физиологических родов не только предопределяет большие экономические затраты, но и высокий травматизм для матери и новорожденного (Аверкина В.В. и соавт., 1986; Александрина Е.В. и соавт., 1997; Campbell J. et al., 1996). Применение анальгетических и спазмолитических средств приводит к изменению сократительной способности матки, ускорению процесса родов, что не благоприятно для плода (Бодяжина В.И., 1997; Hofmeyr G.J. et al., 1991). Оказание акушерского пособия при физиологических родах в виде «защиты промежности» приводит в 10% случаев к родовым травмам центральной и периферической нервной системы новорожденного (Ратнер А.Ю., 1995; Елизарова И.П., 1997; Lede R et al., 1996). Изложенные факты требуют поиска новых, неординарных методов оказания эффективного родовспоможения при физиологических родах.

Цель исследования. Обосновать преимущество и оптимизировать технологию ведения физиологических родов с исключением использования медикаментозных средств и акушерских пособий

Для достижения этой цели были поставлены следующие **задачи:**

1. Определить частоту физиологических родов и влияние активного метода их ведения на течение родов и перинатальные исходы.
2. Изучить продолжительность и особенности течения периодов родов в зависимости от их паритета и методов ведения.
3. Оценить физическое и психоэмоциональное состояние детей, рожденных при активном и консервативном ведении физиологических родов.

Научная новизна

- Впервые на основании ретроспективного анализа установлено, что в Кыргызской Республике более трети (34,1%) составляют физиологические роды, причем при активном их ведении в 69,5% случаев используются медикаментозные средства, в 77,0% - акушерские вмешательства.
- Доказано, что активное ведение родов чаще приводит к родовому травматизму и большей кровопотере.
- Установлено, что при консервативном методе ведения физиологических родов достоверно медленнее продвижение головки плода по плоскостям малого таза, что предопределяет снижение вероятности её травматизма, острой гипоксии плода в родах.
- Показано, что консервативное ведение родов сопровождается большей длительностью первого и второго периодов родового процесса, степень которой зависит от позиции роженицы и превалирует при родах в дорзальной позиции.
- Впервые установлено, что выжидательное ведение физиологических родов в вертикальной позиции роженицы сопровождается достоверно меньшим числом случаев острой гипоксии плода.
- Впервые клинически показано, что преимуществами консервативного ведения родов являются снижение травматизма матери и плода в родах, демедицинализация, благоприятный психоэмоциональный фон процесса родов.
- Определено, что в технологии ведения консервативных родов должны преобладать вертикальная позиция роженицы и психоэмоциональная поддержка мужа.

Практическая значимость работы

- Полученные результаты являются обоснованием для широкого внедрения в родовспомогательных учреждениях республики метода консервативного ведения физиологических родов с учетом показаний и противопоказаний.
- Доказано, что при выборе технологии ведения консервативных родов предпочтение следует отдавать вертикальной позиции роженицы и выжидательной тактике ведения всех периодов родового процесса.
- Показана необходимость широкой пропаганды среди медицинских работников и населения необходимости психоэмоциональной поддержки роженицы в период родов.

Положения, выносимые на защиту

1. Каждая третья беременная относится к группе низкого риска в начале родов, при активном их ведении высок процент медикаментозной нагрузки и акушерских пособий, что способствует к высокой частоте родового травматизма для матери и плода.
2. Консервативное ведение родов имеет большую продолжительность всех периодов родового процесса, что предопределяет благополучные перинатальные исходы. Тактика ведения консервативных родов предпочтительнее в вертикальной позиции роженицы и при психоэмоциональной поддержке мужа.

Внедрение полученных результатов

На основании проведенных исследований разработаны и внедрены в родильном доме КНИИАиП методические рекомендации "Ведение физиологических родов" (Бишкек, 2000).

Апробация диссертации

Основные положения диссертации представлены к обсуждению на 6-й Международной конференции молодых ученых и студентов (Бишкек, 2000); на 6-м съезде врачей акушеров-гинекологов Казахстана (Алматы, 2001); на заседании акушерского отдела и Ученого Совета Кыргызского НИИ акушерства и педиатрии, Бишкек.

Структура и объем работы

Диссертация состоит из введения и 3 глав, включающих анализ литературных данных, главу о материалах и методах исследования, главу собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций, указателя литературы. Диссертация изложена на 140 машинописных страницах, иллюстрирована 24 таблицами, 14 рисунками. Указатель использованной литературы включает 169 источников, из них 100 отечественных и 69 работ иностранных авторов.

Материал и методы исследования

Для решения поставленных задач на первом этапе был проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов и перинатальных исходов при активном ведении физиологических родов. На втором этапе проспективного исследования проведен сравнительный анализ активного и консервативного методов ведения физиологических родов и на третьем этапе дана оценка психоэмоционального и физического развития детей от 6 месяцев до 1 года после рождения.

Ретроспективный анализ течения физиологических родов был проведен по 2295 историям родов, проспективное исследование было основано на изучении 581 истории родов, прошедших в клиническом родильном доме КНИИАиП за период с 1997 до 2000 гг. Критериями отбора женщин для физиологических родов являлись: срок гестации 38-42 недели, головное предлежание, одноплодность, живой плод массой тела более 25 и менее 90 центиллей для данного гестационного возраста, целый плодный пузырь.

Из исследования были исключены женщины с экстрагенитальными заболеваниями, которые могли повлиять на течение гестационного процесса, а также женщины с преждевременными и ранними родами, с тазовым предлежанием плода, с преждевременным излитием околоплодных вод, с различными аномалиями родовой деятельности, оперативные роды, роды с маловесными или крупными плодами, с мертвым плодом, многоплодные роды, роды с патологией третьего и раннего послеродового периода.

Проспективное исследование течения и исходов физиологических родов было проведено у 252 женщин (43,4%) с активным и у 329 женщины (56,6%) с консервативным методом ведения родов.

На третьем этапе проведена оценка психоэмоционального и физического развития 60 детей, из которых 25 детей (41,7%) родились при активном ведении и 35 детей (58,3%) при консервативном ведении физиологических родов. Срок катмеза составлял от 6 месяцев до 1 года.

Среди рожениц с физиологическими родами изучался общий и специальный (гинекологический) анамнез: перенесенные соматические и гинекологические заболевания, особенности менструальной функции, течение предшествующих беременностей и родов. Проводилось наружное и внутреннее акушерское исследование с оценкой скорости раскрытия маточного зева и динамики продвижения головки. При оформлении истории родов и карты наблюдения использовали стандартную партограмму (ВОЗ., 1996). В ходе динамического наблюдения проводили исследование крови и мочи, определение групповой принадлежности и резус-фактора крови, исследование крови на ВИЧ и реакцию Вассермана, HBS-антиген, биохимические анализы крови (белок, белковые фракции, глюкоза, прямой и непрямой билирубин, мочевины), уровень электролитов крови, бактериологическое исследование влагалищной флоры. Наряду с перечисленными методами исследования, проводилась ультразвуковая биометрия плода («Аloka 500» и «Philips»), КТГ исследование (RFT FETALMONITOR BMT 9141, Германия).

Течение раннего неонатального периода новорожденных оценивали по шкале Апгар в баллах, определяли массу тела, рост, окружность головки и грудной клетки. При этом 7-9 баллов соответствовало удовлетворительному состоянию, 6-7 баллов - состоянию легкой асфиксии и 2-5 баллов - тяжелой асфиксии.

Ведение физиологических родов по активной методике проводилось согласно общепринятым подходам (Абрамченко В.В., 1996; Дуда И.В., 1997; Кулаков В.И., 1998; Чернуха Е.А., 1999). Консервативный метод ведения физиологических родов проводился согласно рекомендациям ВОЗ (1996).

Статистическая обработка полученных результатов исследования проведена путем вычисления относительных показателей и средних величин. Достоверность различия полученных величин определена путем вычисления критериев достоверности Стьюдента «t» и критерия вероятности безошибочного прогноза «Р». Наблюдаемые различия считали достоверными, если коэффициент Стьюдента $P < 0,05$ и относительная доверительная разница (ОДР) находилась в 95% интервале. Расчет и анализ ОДР проводился по формулам, рекомендованным Cox D.R., (1972), Yusuf S. et al., (1985).

Результаты собственных исследований

Нами проведен ретроспективный анализ 2295 историй с физиологическими родами, что составило 34,1% случаев по отношению к общему количеству родов ($n=6726$). Возраст пациенток с физиологическими родами варьировал от 15 лет до 41 года (в среднем $21,8 \pm 2,2$ лет). У 82,2% женщин возраст варьировал от 19 до 35 лет (в среднем $22,7 \pm 3,2$ лет). В анамнезе у 61,4% женщин с физиологическими родами имелись различные виды экстрагенитальной патологии (простудные заболевания - 37,4%, патология желудочно-кишечного тракта - 19,9%), которые не осложняли течение данной беременности. Гинекологические заболевания были у 7,1% женщин (эрозия шейки матки - 6,6%, $n=151$ и миома матки - 0,5%, $n=11$).

По времени наступления менструаций роженицы распределялись на 4 группы: раннее менархе от 8 до 10 лет - 5,3% ($n=121$), своевременные менархе с 11 до 13 лет - 12,7% ($n=284$), с 14 до 16 лет - 74,2% ($n=1703$), позднее менархе с 17 до 20 лет - 8,1% ($n=187$). По паритету первородящих женщин было 52%, повторнородящих - 48%.

Осложнения данной беременности были следующие: токсикозы I половины беременности - у 24,3% ($n=557$), угроза выкидыша - у 10,5% ($n=242$), угроза преждевременных родов - у 7,1% ($n=162$) и ОРВИ - у 14,6% ($n=334$).

Нами проанализирована продолжительность физиологических родов по периодам. При этом было установлено, что продолжительность I периода родов находилась в интервале от 60' до 12 ч (в среднем $6,2 \pm 1,9$ ч). В 60,4% случаев I период родов был в интервале 6-10 ч (в среднем $7,1 \pm 0,6$ ч), в 22,4% случаев - в интервале 4-6 ч (в среднем $4,9 \pm 0,4$ ч), в 10,8% случаев - в интервале 2-4 ч (в среднем $2,8 \pm 0,4$ ч), в 5,1% случаев - более 10 ч (в среднем $11,5 \pm 0,6$ ч), и в 1,3% случаев - в интервале менее 2 ч (в среднем $1,9 \pm 0,1$ ч).

Продолжительность II и III периодов родов у 96,3% рожениц составляла менее 30' (в среднем $19,2 \pm 3,9'$), а у 3,7% рожениц - от 30' до 1 ч (в среднем $37,0 \pm 1,9'$).

Общий родовой травматизм при активном ведении физиологических родов составил 38,8% случаев ($n=891$), в его структуре доминировали травмы промежности - 68,9% ($n=614$), вагинальные разрывы - 22,3% ($n=199$), губные разрывы - 8,8% ($n=78$).

Оценка основных параметров физического развития родившихся детей показала, что 84,4% новорожденных ($n=1937$) имели массу от 3001 до 3900 г (в среднем $3250,0 \pm 205,5$ г), а 15,6% новорожденных ($n=358$) - менее 3000 г; длина тела была от 48 до 54 см (в среднем $50,4 \pm 0,7$ см); ponderальный индекс - от 2,1 до 2,6 (в среднем $2,4 \pm 0,3$). Удельный вес новорожденных (98,2%) имели более 25 и менее 90 центиллей. В 10,5% ($n=242$) новорожденные родились с признаками асфиксии: из них 9,0% ($n=208$) - легкой степени, а в 1,5% случаев ($n=34$) - с тяжелой асфиксией. После родов 98,2% новорожденных ($n=2254$) были выписаны домой, а 1,8% младенцев ($n=41$) были переведены на второй этап выхаживания.

Таким образом, частота физиологических родов составляет 34,1% случаев к общему количеству родов. Большинство женщин были в активном репродуктивном возрасте. Установленная экстрагенитальная и генитальная патология не влияла на течение данной беременности. При активном ведении родов I период был в интервале от 6 до 10 ч, а II и III периоды были менее 30'. В структуре родового травматизма доминировали эпизиотомии, а в 10,5% случаев имела место асфиксия новорожденных различной степени выраженности.

Сравнительный анализ различных методов активного ведения физиологических родов

При активном ведении физиологических родов применялись следующие медицинские препараты: в 60,9% - спазмолитические препараты, в 8,6% - в сочетании с анальгетическими, в 15,1% назначался ГГВК фон. Амиотомия была произведена в 55,1% случаев, эпизиотомия - в 21,9% случаев.

В зависимости от метода активного ведения физиологических родов роженицы были разделены на три группы: 1 группу составили женщины, к которым применялись спазмолитические и анальгетические средства (n=85); во 2 группу вошли женщины, которым проводилась амниотомия (n=54) и 3 группу составили пациентки, которым сочетанно назначались медикаменты и выполнялась амниотомия (n=91). Сравнимые группы были репрезентативны по основным клиническим критериям.

В табл. 1 представлена продолжительность периодов родов в исследуемых группах женщин.

Таблица 1

Продолжительность периодов родов в исследуемых группах женщин

Группы	I период (ч)		II период (мин)		III период (мин)	
	Первородящие	Повторнородящие	Первородящие	Повторнородящие	Первородящие	Повторнородящие
1. (n=85)	8,8±0,4*	7,9±0,3*	27,6±1,1	25,4±0,9	11,1±1,0	11,4±1,0
2. (n=54)	5,9±0,6	5,0±0,6	26,3±1,0	24,8±1,0	12,5±1,0	11,6±1,0
3. (n=91)	5,6±0,8	4,9±0,4	26,4±0,9	24,6±0,9	11,4±0,9	11,1±0,1

* - достоверность различия между 1-2 и 1-3 группами.

Как видно из представленной таблицы, достоверно короче была продолжительность I периода родов, как у первородящих, так и среди повторнородящих при активном ведении физиологических родов с применением амниотомии (2 группа) и в сочетании амниотомии с лекарственными препаратами (3 группа) по сравнению с родами, где применялись только спазмолитические средства (1 группа) (P<0,05). По длительности II и III периодов достоверного различия между группами не установлено.

Сравнительный анализ травматизма при различных методах активного ведения физиологических родов представлен в таблице 2.

Таблица 2

Травматизм при различных методах активного ведения физиологических родов

Виды травм	С медикаментами (n=85)		С амниотомией (n=54)		Сочетание медикаментов с амниотомией (n=91)		P
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Вагинальные разрывы	6	7,1	4	7,4	9	9,9	P _{3-1,2}
Промежностные травмы	8	9,4	11	20,4	17	18,7	P _{1-2,3}
Эпизиотомия	4	4,7	4	7,4	28	30,8	P _{3-1,2}
Всего:	18	21,2	19	35,2	54	59,3	

Как видно из представленной таблицы, вагинальные травмы достоверно чаще имели место при активном ведении физиологических родов, включающих

совместное применение спазмолитических и анальгетических препаратов с амниотомией (P<0,05). Разрывы промежности достоверно чаще встречались в группе, где использовались только спазмолитические и обезболивающие лекарства (P<0,01). Эпизиотомии достоверно чаще производились у женщин активного ведения родов с медикаментами и амниотомией (P<0,001). Таким образом, активное ведение физиологических родов, включающее применение медикаментов с амниотомией, достоверно чаще сопровождается высоким родовым травматизмом.

Анализ объема кровопотери в III периоде родов в зависимости от метода активного ведения физиологических родов показало, что средний объем кровопотери достоверно меньше в группе активного ведения родов с медикаментами по сравнению с другими группами (P<0,01).

Таким образом, физиологические роды с изолированной амниотомией и амниотомией в сочетании со спазмолитическими и болеутоляющими средствами, сопровождаются достоверно большей кровопотерей.

Перинатальные исходы в зависимости от метода активного ведения физиологических родов представлены в таблице 3.

Таблица 3

Перинатальные исходы при различных методах активного ведения физиологических родов

Состояние детей	Вид активного ведения		С медикаментами (n=85)		С амниотомией (n=54)		Сочетание медикаментов с амниотомией (n=91)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2 – 5 баллов	-	-	-	-	1	1,1		
6 – 7 баллов	6	7,1**	7	13,0	12	13,2		
7 – 9 баллов (всего)	79	92,9**	47	87,0	78	85,7		
Находились в отделении РИТ	1	1,2*	3	5,6	4	4,4		
Переведены на 2-й этап выхаживания младенцев	-	-	-	-	1	1,1		
Выписаны домой	85	100	54	100	90	98,9		

Как видно из представленной таблицы, новорожденные с тяжелой степенью асфиксии были только у женщин с сочетанным применением медикаментов и амниотомии (1,1%), что потребовало их перевода на второй этап выхаживания. Легкая степень асфиксии у новорожденных была достоверно чаще при активном ведении родов с изолированной амниотомией, и в сочетании с ним медикаментов, а рождение детей в удовлетворительном состоянии достоверно чаще было у женщин, роды у которых проводились только с медикаментами (P<0,001). Новорожденным младенцам при изолированном применении медикаментов достоверно реже требовались интенсивная терапия и реанимационные мероприятия (P<0,05).

Таким образом, перинатальные исходы при активном ведении родов по основным показателям были не благополучными у каждого третьего ребенка (31,4%).

Оценка перинатальных исходов в зависимости от метода родоразрешения.

В соответствии с задачами второго этапа исследования, нами проведен сравнительный анализ течения и исходов физиологических родов у 581 роженицы при активном ($n=252$) и консервативном ведении ($n=329$). У рожениц с активным ведением физиологических родов применялись медикаменты спазмолитического и болеутоляющего действия и амниотомия. Возраст пациенток в обеих группах варьировал от 15 до 40 лет (в среднем $29,7 \pm 2,2$ лет). Достоверного различия по возрасту и паритету между группами не было.

При изучении репродуктивного анамнеза в группе консервативного и активного ведения физиологических родов было установлено, что своевременное менархе имели 65,5% и 65,0% рожениц соответственно, а в оставшихся случаях менархе были ранние или запоздалые.

Из гинекологических заболеваний у обследованных женщин в 11,8% случаев были установлены воспалительные заболевания гениталий и в 11,1% случаев - эрозия шейки матки. Течение данной беременности у пациенток с консервативным и активным ведением физиологических родов в 7,9% и 8,3% случаев осложнилось ранним токсикозом беременных, ОРВИ - в 10,3% и 10,7% случаев, угроза невынашивания - в 6,9% и 7,1% случаев, угроза преждевременных родов - в 4,5% и 3,6% случаев соответственно.

Таким образом, сравниваемые группы по возрасту, паритету родов, состоянию репродуктивной функции, заболеваемости и частоте осложнений данной беременности значимо не различались и были репрезентативны, что позволяло провести сравнительный анализ между ними.

Течение периодов родов оценивалось по продолжительности, скорости открытия маточного зева, динамике продвижения головки плода, состоянию плодного пузыря и плода. Анализ результатов партограммы показал, что продолжительность I периода родов у рожениц при консервативном ведении варьировала от 2 до 14 ч (в среднем $8,8 \pm 1,4$ ч), а в группе активного ведения физиологических родов - от 2 до 11 ч (в среднем $6,7 \pm 1,4$ ч) ($P > 0,05$). Следует отметить, что I период родов более 10 ч недостоверно чаще встречался в группе консервативного ведения физиологических родов (15,5%) по сравнению с группой активного ведения (12,3%) ($P > 0,05$).

При активном ведении физиологических родов достоверно чаще имели место роды с амниотомией, со спонтанным излитием околоплодных вод до полного открытия, но реже встречалось спонтанное излитие околоплодных вод при полном открытии маточного зева ($P < 0,001$). При консервативном ведении родов в 7 случаях (2,1%) было рождение головки плода в плодном пузыре, что не встречалось при активном ведении родов. Скорость открытия маточного зева у первородящих и повторнородящих при активном и консервативном ведении физиологических родов представлена на рисунке 1.

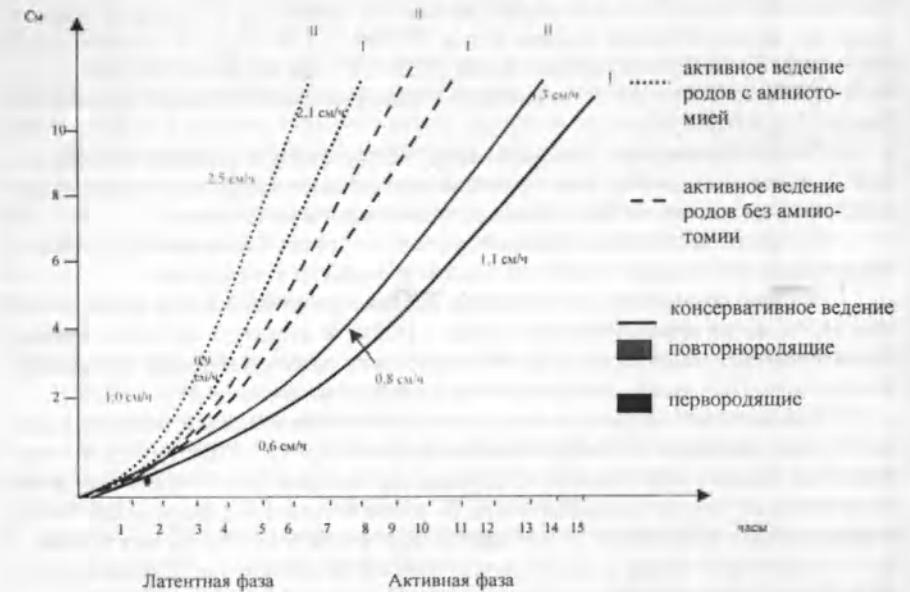


Рис. 1. Скорость открытия маточного зева

Как показано на рисунке, скорость открытия маточного зева у первородящих, при консервативном ведении родов, в латентной фазе была достоверно ниже ($0,6 \pm 0,05$ см/ч) по сравнению с активным ведением родов без амниотомии ($0,8 \pm 0,04$ см/ч) ($P < 0,001$). При активном ведении физиологических родов, в активной фазе у первородящих установлена достоверно более быстрая скорость открытия маточного зева ($2,1 \pm 0,09$ см/ч), по сравнению с консервативным ведением родов ($1,1 \pm 0,05$ см/ч) ($P < 0,001$). Среди повторнородящих скорость открытия маточного зева в латентной фазе при всех видах ведения родов существенно не отличалась. Однако, в активной фазе достоверно быстрее открытие маточного зева было при активном ведении родов с амниотомией ($2,5 \pm 0,11$ см/ч) по сравнению с консервативным ведением родов ($1,3 \pm 0,07$ см/ч) ($P < 0,001$).

Таким образом, скорость открытия маточного зева зависит не только от паритета, но и от целостности плодного пузыря в активной фазе.

Продолжительность II второго периода родов до 30' была достоверно чаще при активном ведении родов, по сравнению с консервативным ведением ($P < 0,001$). II период родов от 31' до 1ч 59' достоверно чаще наблюдался при консервативном ведении по сравнению с активным ведением ($P < 0,001$). Продолжительность II второго периода более 2 ч наблюдалось только при консервативном ведении родов.

Время продвижения головки плода у первородящих ($30,3 \pm 2,7'$) при активном ведении родов было достоверно меньше по сравнению с таковыми женщинами при консервативном ведении родов ($71,4 \pm 17,3'$) ($P < 0,05$). У повторнородящих время продвижения головки плода ($20,2 \pm 1,8'$) при активном ведении родов было достоверно меньше по сравнению с консервативной тактикой ведения родов ($42,2 \pm 6,9'$) ($P < 0,05$).

Таким образом, при консервативном методе ведения физиологических родов достоверно медленнее было продвижение головки плода по плоскостям малого таза, что предопределяет меньший травматизм головки плода.

По продолжительности III периода родов, а также по количеству кровопотери в родах достоверного различия между группами не установлено.

Родовой травматизм при активном ведении физиологических родов составил 14,7%, а при консервативном методе - 15,2%. В структуре родового травматизма промежностные разрывы (6,4%) достоверно чаще отмечались при консервативном ведении родов, по сравнению с активным ведением (4,8%) ($P < 0,001$).

Эпизиотомии достоверно чаще проводились при активном ведении родов (15,7%) по сравнению с консервативным методом (0,9%) ($P < 0,001$). При консервативном ведении родов только в 3 случаях (0,9%) проведена эпизиотомия и она была связана с острой гипоксией плода. В группе активного ведения родов данная операция была проведена в 39 случаях, из них в 47,4% ($n=15$) случаев в связи с острой гипоксией плода, в 52,6% ($n=24$) случаев ее проведение обосновывалось паритетом (первородящие).

Таблица 4

Перинатальные исходы при консервативном и активном ведении физиологических родов

Параметры	Активное ведение родов		Консервативное ведение родов	
	абс.	%	абс.	%
Апгар				
2 - 5 баллов	5	$2,0 \pm 0,9$	3	$0,9 \pm 0,5$
6 - 7 баллов	40	$15,9 \pm 2,3$	20	$6,1 \pm 1,3^{***}$
7 - 9 баллов (всего)	207	$82,1 \pm 2,4$	306	$93,0 \pm 1,4^{***}$
7/8 баллов	178	$70,6 \pm 2,9$	210	$63,8 \pm 2,6$
8/9 баллов	29	$11,5 \pm 2,0$	96	$29,2 \pm 2,5^{***}$
Находились в отделении РИТ	36	$14,3 \pm 2,2$	19	$5,7 \pm 1,3^*$
Переведены на 2-й этап выхаживания младенцев	5	$2,0 \pm 0,9$	4	$1,2 \pm 0,6$
Выписаны домой	247	$98,0 \pm 0,9$	325	$98,8 \pm 0,6$
Всего детей	252	100	329	100

Масса новорожденных при активном ведении родов в среднем составила $3205,0 \pm 210,4$ г, а при консервативном ведении - $3175,0 \pm 225,7$ г, длина - $50,4 \pm 0,7$ см и $50,0 \pm 0,4$ см, пондераловый индекс - 2,50 и 2,54 соответственно.

Сравнительный анализ перинатальных исходов при консервативном и активном ведении физиологических родов показало, что достоверного различия по частоте тяжелой степени асфиксии между группами не было (табл.4).

Легкая степень асфиксии достоверно чаще отмечалась в группе активного ведения родов, а отсутствие признаков асфиксии достоверно чаще диагностировано при консервативном методе ведения родов ($P < 0,001$). Достоверно чаще требовались условия реанимации и интенсивной терапии в группе активного ведения физиологических родов ($P < 0,05$). По количеству младенцев, переведенных на II этап выхаживания и выписанных домой, достоверного различия не было.

Оценка влияния позиции роженицы и вида оказываемой психозмоциональной поддержке на течение родов

Для оценки влияния позиции роженицы на течение родов как для матери, так и для плода, нами изучена средняя продолжительность I и II периодов родов, скорость раскрытия маточного зева в сравниваемых группах. Из 329 консервативных родов в 146 случаях женщины (44,3%) рожали в дорзальном положении, 82 женщины (25%) - в вертикальном положении, 71 женщина (21,6%) - на корточках, и 30 женщин (9,1%) - на левом боку.

Сравнение средней продолжительности первого периода родов в зависимости от паритета и позиции показало, что при дорзальном положении у первородящих ($11,2 \pm 2,14$) и повторнородящих ($10,1 \pm 1,3$ ч) женщин достоверного различия не установлено. Однако, средняя продолжительность I периода как среди первородящих, так и среди повторнородящих женщин, была достоверно выше в дорзальной позиции по сравнению с вертикальной, на корточках и на левом боку ($P < 0,05$). При оценке скорости раскрытия маточного зева, в зависимости от позиции, паритета и фазы родов было отмечено, что латентная фаза у первородящих не достоверно продолжительнее, чем латентная фаза у повторнородящих и достоверно быстрее протекала в положении на корточках. В активной фазе, независимо от паритета, наблюдалась более высокая скорость раскрытия маточного зева при вертикальном положении и на корточках.

Таким образом, продолжительность I периода родов зависела не только от паритета родов, но и от позиции, в которой они происходили: При вертикальном положении и в положении роженицы на корточках характерна более высокая скорость раскрытия маточного зева.

При оценке средней продолжительности II периода родов в зависимости от паритета и позиции, было установлено, что в группе первородящих в дорзальной позиции она была достоверно выше, по сравнению с позицией на корточках ($P < 0,001$). Среди повторнородящих продолжительность II периода родов в дорзальной позиции была достоверно выше по сравнению с позицией на корточках, левом боку и вертикальным положением ($P < 0,05$).

Для более детальной оценки факторов, влияющих на продолжительность II периода родов при консервативном методе ведения физиологических родов, было решено провести детальный анализ данного периода по фазам: I фаза - от начала II периода родов до начала физиологических потуг; II фаза - физиологические потуги, характеризующиеся врезыванием головки плода.

У первородящих в дорзальной позиции продолжительность I фазы II периода была достоверно выше по сравнению с вертикальной позицией и позицией на корточках ($P < 0,001$). Среди повторнородящих I фаза II периода была достоверно выше в дорзальной позиции по сравнению с вертикальной, на корточках и на левом боку ($P < 0,001$). По длительности II фазы, как среди первородящих, так среди повторнородящих, в зависимости от позиции роженицы, достоверного различия не установлено.

При оценке влияния различных позиций роженицы на внутриутробное состояние плода, нами была изучена средняя частота сердечных сокращений (ЧСС) плода. Средняя ЧСС плода в дорзальной позиции ($119,0 \pm 1,8$ чсс/мин) роженицы была достоверно ниже, чем в вертикальной позиции ($138,6 \pm 2,1$ чсс/мин), на корточках ($142,5 \pm 1,3$ чсс/мин) и на левом боку ($145,6 \pm 3,6$ чсс/мин) ($P < 0,001$).

Сравнительная оценка родового травматизма, в зависимости от выбранной позиции в родах показала, что частота общего травматизма достоверно не различалась в выбранных положениях (дорзальная, вертикальная, на корточках и на левом боку). Однако по отдельным нозологическим единицам травматизма при конкретных позициях роженицы было установлено, что вагинальные разрывы достоверно чаще имели место в вертикальной позиции по сравнению с другими позициями ($P < 0,05$). Повреждение половых губ достоверно чаще было при родах в вертикальной позиции и на корточках по сравнению с дорзальной и на левом боку ($P < 0,001$). Промежностные травмы достоверно чаще регистрировались у рожениц в дорзальной позиции по сравнению с другими положениями рожениц ($P < 0,001$).

Одним из достоверных признаков, определяющих исход родов, является рождение детей в удовлетворительном состоянии. Асфиксия тяжелой степени имела место в 2,1% случаев только у детей, рожденных в дорзальной позиции. Легкая степень асфиксии также достоверно чаще встречалась среди новорожденных, рожденных в дорзальной позиции по сравнению с другими положениями рожениц и достоверно меньше было число новорожденных в удовлетворительном состоянии ($P < 0,05$).

Таким образом, при консервативном ведении физиологических родов в вертикальной позиции роженицы достоверно чаще рожают детей в удовлетворительном состоянии (Апгар 7-9 баллов) и меньше травм промежности по сравнению с дорзальным положением женщины.

Важным фактором проведения консервативных родов является эмоциональная поддержка женщины со стороны родственников и медицинского персонала. У 83 рожениц (25,2%) поддержка была со стороны мужа, у 15 рожениц (4,6%) - со стороны матери или сестры, профессиональная поддержка (врачи стажеры, акушерки, клинические ординаторы) была у 231 роженицы (70,2%).

При оценке родового травматизма не было установлено достоверного различия как по общему показателю, так и по отдельным его нозологическим единицам. Асфиксия тяжелой степени в 1,3% случаев была только в группе женщин, где поддержка оказывалась со стороны медицинского персонала. Легкая степень асфиксии новорожденного достоверно реже наблюдалась в группе женщин, где поддержка оказывалась мужем ($P < 0,05$).

Оценка физического и психоэмоционального состояния детей при активном ($n=25$) и консервативном ($n=35$) ведении физиологических родов была проведена от 6 месяцев до 1 года после рождения. Достоверного различия по массе, росту тела и заболеваемости обследованных детей не установлено. В группе детей, рожденных методом активного ведения родов, достоверно чаще имела место перинатальная патология ЦНС по сравнению с детьми, рожденными методом консервативного ведения ($P < 0,05$).

Таким образом, длительность I периода родов у рожениц при консервативном ведении физиологических родов была недостоверно продолжительней, при активном ведении достоверно чаще имели место роды с амниотомией, но реже встречалось спонтанное излитие околоплодных вод при полном открытии маточного зева ($P < 0,001$). Продолжительность II периода родов при консервативном методе ведения была достоверно больше, по сравнению с активным методом, что предопределяло меньший травматизм головки плода ($P < 0,01$). По III периоду родов достоверного различия по количеству кровопотери между группами не было. Общие показатели родового травматизма при активном и консервативном методе ведения физиологических родов были практически одинаковыми. В то же время, промежуточные разрывы, эпизиотомии достоверно чаще отмечались при активном ведении родов ($P < 0,001$). По физическим параметрам новорожденных достоверного различия между группами не установлено. Легкая степень асфиксии и необходимость в интенсивной терапии и реанимации достоверно чаще была в группе активного ведения родов ($P < 0,001$). При консервативном ведении физиологических родов достоверно реже встречалась асфиксия плода (ОДР - 0,34-95%), меньше было новорожденных, требующих реанимационных мероприятий в отделении РИГ (ОДР - 0,37-95%), количество детей с перинатальной патологией ЦНС (ОДР - 0,69-95%), и преваляровали младенцы, рожденные с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов (ОДР - 3,24-95%).

При консервативном ведении физиологических родов средняя продолжительность I периода, независимо от паритета, была достоверно выше в дорзальной позиции по сравнению с вертикальной, на корточках и на левом боку ($P < 0,05$). II период родов, не зависимо от паритета, в дорзальной позиции был достоверно дольше по сравнению с позицией на корточках, левом боку и вертикальном положении ($P < 0,05$). Общий травматизм в зависимости от позиции роженицы при консервативном методе ведения физиологических родов достоверного различия не имел. Однако, вагинальные разрывы и повреждение половых губ достоверно чаще имели место в вертикальной позиции, а промежуточные травмы были чаще при родах в дорзальной позиции, по сравнению с другими положениями рожениц ($P < 0,001$). В вертикальной или на левом боку позиции ро-

женицы установлено наименьшее страдание плода, а явления асфиксии новорожденных достоверно чаще встречались при дорзальной позиции роженицы ($P < 0,05$). Психозональную поддержку роженицы лучше проводить со стороны мужа. Дети, рожденные методом активного ведения физиологических родов достоверно чаще имели перинатальную патологию ЦНС по сравнению с детьми, рожденными методом консервативного ведения ($P < 0,05$).

Выводы

1. Частота физиологических родов составляет 34,1% по отношению к общему количеству родов. Активное ведение физиологических родов в 69,5% случаев предопределяет применение спазмолитических средств, в 8,6% случаев - сочетание их с анальгетическими препаратами, в 15,1% случаев - проведение глюкозо-гормонально-витамино-кальциевого фона, в 55,1% случаев - проведение амниотомии и в 21,9% случаев - эпизиотомии.

2. Амниотомия приводит к значительному повышению скорости открытия маточного зева и укорочению продолжительности первого периода родов (в среднем у первородящих на $120 \pm 1,1$ минут, у повторнородящих - на $50 \pm 0,8$ минут).

3. При консервативном ведении физиологических родов продвижение головки плода медленнее и достоверно выше продолжительность второго периода по сравнению с активным ведением, что предопределяет меньший травматизм головки плода.

4. Промежностные травмы достоверно чаще наблюдаются при консервативном ведении физиологических родов ($P < 0,05$).

5. Выжидательное ведение физиологических родов в вертикальной позиции роженицы по сравнению с дорзальной, сопровождается достоверно меньшим числом случаев гипоксии плода (4,9% против 9,6%, $P < 0,05$).

6. Консервативное ведение физиологических родов способствует снижению акушерских осложнений в родах и в послеродовом периоде, а также снижает уровень перинатальной заболеваемости.

Практические рекомендации

1. Основным показанием к инструментальному вскрытию плодного пузыря является отсутствие должной динамики раскрытия маточного зева (менее 1 см/час).

2. Для благоприятного завершения родов, как для матери, так и для плода, рекомендуется проводить второй период родов в вертикальной позиции или в положении на "корточках", т.к. это способствует уменьшению продолжительности второго периода родов, и рождению детей в удовлетворительном состоянии.

3. При отсутствии признаков клинического несоответствия размеров головки и таза, признаков сдавливания мягких тканей родового канала и удовлетворительном внутриутробном состоянии плода не следует форсировать второй период родов.

4. Не следует с целью снижения акушерского травматизма и перинатальной охраны плода производить рассечение промежности у первородящих и при угрозе разрыва промежности. Единственным показанием для эпизиотомии при ведении родов является острая гипоксия плода.

5. Предоставление психозональной поддержки со стороны родственников и медицинского персонала способствует улучшению результатов родов, что указывает на необходимость пропаганды ее более широкого использования.

6. Для оценки качества ведения родов рекомендуется диспансерное наблюдение за детьми у невропатолога в течении первого года жизни.

Выражаем глубокую и искреннюю благодарность директору программы "Перинатальный уход" Беверли Чалмерс и представителю ЮНИСЕФ Чинаре Айдыралиевой за содействие при выполнении работы в Кыргызстане

Список опубликованных работ по теме диссертации

1. Особенности течения беременности и родов у жительниц Кыргызстана // Современная медицина на рубеже XX-XXI вв.: Сборник материалов международной конференции студентов и молодых ученых. - Бишкек, 2000. - С. 298-301 (соавт.: Асымбекова Г.У., Стакеева Ч.А.).
2. Новые подходы в ведении преждевременных родов // Современная медицина на рубеже XX-XXI вв.: Сборник материалов международной конференции студентов и молодых ученых. - Бишкек, 2000. - С. 221-226 (соавт.: Стакеева Ч.А., Маймендеева В.С.).
3. Факторы, способствующие невынашиванию беременности // Азиатский вестник акушеров-гинекологов. - Бишкек, 2000. - Том 8. - №3-4. - С.13-14 (соавт. Стакеева Ч.А., Джумалиева А.Д. и др.).
4. Современные аспекты ведения физиологических родов // Состояние и перспективы развития современной медицины в новом тысячелетии: Сборник материалов международной конференции студентов и молодых ученых. - Бишкек, 2001. - С. 415-422 (соавт.: Асымбекова Г.У., Стакеева Ч.А.).
5. Оптимизация ведения родов в тазовом предлежании // Состояние и перспективы развития современной медицины в новом тысячелетии: Сборник материалов международной конференции студентов и молодых ученых. - Бишкек, 2001. - С. 432-435 (соавт.: Асымбекова Г.У., Стакеева Ч.А.).
6. Оптимизация ведения физиологических родов в современных условиях // Наука и новые технологии. - 2001. - №3. - С.89-90 (соавт.: Асымбекова Г.У., Стакеева Ч.А.).
7. Изучение отдаленных результатов влияния физиологических родов на психоэмоциональное состояние, физическое развитие и заболеваемость детей рожденных традиционно и свободно // Наука и новые технологии. - 2001. - №3. - С.87-89 (соавт.: Асымбекова Г.У., Стакеева Ч.А.).



АННОТАЦИЯ

диссертации Аскерова А.А. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Физиологические роды: ведение и перинатальные исходы» по специальности 14.00.01- акушерство и гинекология

В диссертации нашли отражение проблемы оптимизации физиологических родов в условиях демедиализации с целью улучшения перинатальных исходов.

Впервые изучено влияние медикаментозных средств (спазмолитиков, анальгетиков, глюкозо-гормонально-витамино- кальциевого фона), а также амниотомии и эпизиотомии на течение и исход физиологических родов при активном их ведении.

Установлено, что при консервативном ведении родов скорость открытия маточного зева соответствует физиологическому течению процесса, и достоверно чаще новорожденные рождаются в удовлетворительном состоянии. Доказано, что на благоприятный исход родов для матери и плода влияет вид оказываемой психоэмоциональной поддержки, состояние плодного пузыря и позиция роженицы в родах.

Показано, что дети, рожденные при консервативном ведении родов, опережают своих сверстников в психомоторном и физическом развитии, что подтверждает физиологичность метода.

Диссертация изложена на 140 машинописных страницах, иллюстрирована 24 таблицами, 14 рисунками, содержит 169 источников медицинской литературы.

ANNOTATION

On dissertation Askerov A.A. of the candidate of medical science "Normal birth: care and perinatal outcomes" by speciality: 14.00.01. – "Obstetrics and Gynecology"

The thesis is presented for a candidate's degree in Medical sciences.

The thesis examined the issues related to optimization of normal birth in condition of demedicalization with the aim of improvement of perinatal outcomes.

It is for the first time when effect of medicines (spasmolitics, analgetics, glucose-hormone-vitamin-calcium complex), routine amniotomy and episiotomy on course and outcomes in active management of normal birth versus to conservative is studied.

It is stated that in conservative management of the birth the speed of cervical dilation corresponds to normal course of process, the number of children, born in good health, reliably increases, and episiotomy is reliably rare required.

It is established that psychoemotional encouragement, condition of membranes and position of women during labor effect on favorable outcomes.

It is showed that children, born in conservative birth, outstrip their contemporaries in psychological and physical growth, that confirms the physiology of the method.

The thesis is written on 140 pages, has 24 tables, 14 pictures, contains 169 references.

АННОТАЦИЯ

«Акушерство жана гинекология» (14.00.01) кесибн боюнча медицина илиминин кандидаты даражасын алууга болгон Аскеров А.А. «Физиологиялык төрөттөр: алпаруусу жана перинаталдуу жыйынтыктар» деген диссертациясына

Перинаталдуу жыйынтыкты жакшыртуу максаты үчүн физиологиялык төрөттөрдү демедиализация шартында оптимизациялоо проблемасы диссертацияда чагылдырылган.

Биринчи жолу физиологиялык төрөттө активтүү алпарууда болгон дары-дармектердин (спазмолитикалык жана анальгетикалык препараттарынын, глюкоза-гормон-витамино-кальций фонунун), жана амниотомия менен эпизиотомиянын тийгизген таасирлери изилденди.

Төрөттү консервативтүү алпарууда болгон жатындын ачылуу ылдамдыгы процесстин физиологиялык өтүшүнө туура келери, жана чындыгында көпчүлүк наристелердин жакшы төрөлүшү аныкталды. Эне менен наристе үчүн болгон төрөттүн жыйынтыгына психоэмоционалдуу жардам берүүнүн түрү, каканактын бүтүндүгү, жана төрөгөн аялдын позасы таасир этери аныкталды.

Консервативтүү алпарууда төрөгөн наристелер психикалык жана дене өсүшү боюнча башкаларга салыштырмалуу тез өсөт, бул болсо ыкманын физиологиялыктыгын далилдейт.

Диссертация 140 машина жазуу барактарында көрсөтүлгөн, 24 таблицалары жана 14 сүрөттөрү менен иллюстрацияланган, ошондой эле 169 медициналык адабияттарын камтыган.

АСКЕРОВ АРСЕН АСКЕРОВИЧ

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РОДЫ:
ВЕДЕНИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ
Автореферат диссертации

Тех.редактор *Б.К.Курманалиев*

Подписано к печати 27.03.2002 г. Формат бумаги 60x84^{1/16}.
Бумага офс. Печать офс. Объем 1,00 п.л. Тираж 100 экз. Заказ 127.

720044 г.Бишкек, ул.Сухомлинова, 20.
ИЦ "Текник", т.: 54-29-43