

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

На правах рукописи

УДК 618.3 + 618.5 + 618.52

Сартбаев Тимур Дуйшенкулович

**ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ РОДОВ
ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА**

14.00.01. - акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Бишкек – 2004

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

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Г.У. Асымбекова.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Н.М. Мамедалиева;

кандидат медицинских наук, доцент
Л.С. Терентьева.

Ведущее учреждение: Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова.

Защита диссертации состоится « 1 » июля 2004 года на заседании диссертационного совета Д14.04.237. 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 « ____ » _____ 2004г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник

А. Б. Фуртикова

Актуальность проблемы. В современном акушерстве остается наиболее актуальной проблема снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, в связи с чем особое значение имеют ранняя диагностика, прогнозирование и выбор оптимальной тактики ведения различных осложнений беременности и родов. Одним из наиболее серьезных факторов риска для новорожденного остается тазовое предлежание плода (ТПП) (Абрамченко В.В., 1997; Чернуха Е.А., 2003; ТзигаЫ Т. е1 а!., 1997; ЗЪеппап А. е1 а!., 2001; НаппаЪ М. 2002; ВПсЫет I. е(а!., 2003). При ТПП отмечается высокая частота преждевременных родов, гипоксии плода, аномалий родовой деятельности, мертворождаемости, ранней детской смертности, а также материнского травматизма (Чернуха Е.А., 1999; Могпзоп I. е! а!., 1995; Аги!китагап 5. 1997, КгеЪх Ь. е1 а!., 2002).

В настоящее время до конца не решены вопросы, касающиеся тактики ведения беременных этой группы в аспекте выбора оптимального способа родоразрешения при доношенной беременности. Увеличение числа кесарева сечения, как предпочтительного метода родоразрешения, не всегда приводит к снижению перинатальной заболеваемости и смертности, но значительно увеличивает риск осложнений у матери.

Вопрос о ведении родов через естественные родовые пути при ТИП до настоящего времени остается предметом дискуссии (Чернуха Е.А. 1999; НаппаЪ М.Е е1 а!., 2000; ЗЪеппап А. е1 а!., 2002).

Остаются дискуссионными вопросы, связанные с прогнозированием течения и исходов родов для матери и плода на основании результатов клинических и специальных исследований.

Связь темы диссертации с проблемно - тематическим планом НИИ института акушерства и педиатрии.

Тема является фрагментом комплексной НИИ КНИИ акушерства и педиатрии «Оптимизация ведения осложненных родов в современных условиях», № гос. регистрации 0002898.

Цель исследования. Изучить перинатальные исходы при различных методах ведения родов (вагинальное, оперативное) в тазовом предлежании плода для разработки мер по оптимизации процесса родоразрешения. Для решения выше поставленной цели определены следующие задачи исследования:

1. Выявить факторы риска, негативно влияющие на перинатальные исходы, частоту осложнений со стороны матери и новорожденного при активных методах родоразрешения (пособия по Цовьянову, классическое ручное пособие, кесарево сечение) у женщин с тазовым предлежанием плода.
2. Изучить ближайшие и отдаленные последствия для беременной и плода при консервативном ведении родов.
3. Оценить клиническую эффективность консервативного метода ведения родов у женщин с тазовым предлежанием при различных положениях и позициях рожениц.

Научная новизна

- На основании ретроспективного анализа данных медицинской документации выявлен ряд фактов, дополняющих известные сведения о закономерностях течения беременности и родов при ТПП:
 - > частота ТПП составляет 3,1%, при этом преобладает ягодичное предлежание (61,1%), частота ТПП нарастает по мере увеличения паритета родов;
 - > влагалищное родоразрешение при ТПП сопровождается высоким материнским травматизмом, преимущественно за счет эпизио-перинеотомий, оперативное родоразрешение не снижает перинатальную заболеваемость и смертность;
 - > причиной ранней неонатальной смертности как при оперативном, так и при вагинальном родоразрешении, чаще всего служат болезнь гиалиновых мембран и внутричерепные кровоизлияния;
 - > факторами риска неблагоприятных перинатальных исходов и осложнений для матери и плода при тазовом предлежании плода являются высокая частота сопутствующей патологии у беременных, отягщенный акушерский анамнез, низкий гестационный возраст и ЗВУР новорожденных.
- На основании комплексной оценки эффективности консервативного и активного методов ведения родов впервые представлены преимущества выжидательной тактики родоразрешения при ТПП:
 - > консервативный метод характеризуется большей продолжительностью II периода родов, что предопределяет снижение частоты травматизма у матери и нарушений мозгового кровообращения у новорожденного;
 - > предпочтительными позициями роженицы, способствующими увеличению скорости открытия маточного зева и сокращению времени продвижения тазового конца плода по плоскостям малого таза, являются вертикальная и на корточках;
 - > в целом консервативная тактика в родах при тазовом предлежании улучшает перинатальные исходы, предопределяет снижение перинатальной заболеваемости и смертности, материнского травматизма и количества оперативных родоразрешений.

Практическая значимость работы

- Сведения о частоте и структуре тазового предлежания плода, о факторах риска, негативно влияющих на перинатальные исходы следует использовать для разработки мер по повышению эффективности дородовой диспансеризации беременных с ТПП.
- При выборе тактики ведения родов у беременных с ТПП предпочтительнее консервативный метод их ведения, как менее травматичный для плода и роженицы.

- Разработан конкретный алгоритм консервативного ведения родов в зависимости от периода родовой деятельности.

Положения, выносимые на защиту

1. Перинатальная заболеваемость и смертность при тазовом предлежании зависят от гестационного возраста, массы тела при рождении и метода родоразрешения.
2. Оперативное родоразрешение (кесарево сечение) при тазовом предлежании плода не снижает заболеваемость и смертность у детей в раннем неонатальном периоде, а также психоневрологические заболевания в течении первых трех лет жизни.
3. Положение и позиция роженицы влияют на исход родов при тазовом предлежании плода.

Личный вклад соискателя

Ретроспективный анализ историй родов, обработка клинического материала, статистические сопоставления выполнены лично автором. При этом сформулированы основные выводы и заключения по результатам исследования

Апробация диссертации

Основные положения диссертации обсуждены на заседании акушерского отдела КНИИ акушерства и педиатрии, на Ученом Совете КНИИ акушерства и педиатрии.

Внедрение результатов

Консервативный метод ведения родов при тазовом предлежании плода внедрен в практику работы клинического родильного дома КНИИАиП и клиники медицинского факультета КРСУ.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 8 статей.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из введения, 4-х глав, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Работа изложена на 127 стандартных страницах, содержит 34 таблицы и 17 рисунков. Обзор литературы включает 128 литературных источников, в том числе 33 отечественных 95 зарубежных авторов.

Материал и методы исследования

Решение поставленной цели исследования осуществлялось в три этапа. Первый этап включал ретроспективный анализ 208 случаев родов у женщин с ТПП, выделенных из 6726 родов, прошедших в клиническом родильном доме КНИИАиП.

Вторым этапом явилось проспективное наблюдение за ведением беременности и родов у 84 женщин с ТПП, родоразрешенных через естественные родовые пути. При этом у 43 женщин проведено родоразрешение активным методом и 41 предпринято консервативное ведение родов с последующей оценкой особенностей течения беременности, родов, исхода их для матери, плода и новорожденного. Сравнимые группы достоверно не отличались по возрасту, паритету беременности и родов.

Активным считали ведение родов в I периоде родов в горизонтальном положении роженицы с целью сохранения целостности плодного пузыря до полного раскрытия маточного зева. В конце I периода родов применялись спазмолитики (но-шпа, папаверин и/или атропин) с целью профилактики спастического сокращения шейки матки.

Второй период родов при активном ведении проводили в родильном зале на кровати Рахманова в положении женщины на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах и разведенными в сторону ногами (положение для литотомии), производилось профилактическое рассечение промежности для выведения головки; оказывались ручные акушерские пособия по Цовьянову при чистом ягодичном и ножном предлежании плода и классическое пособие- при смешанном ягодичном предлежании.

С целью повышения эффективности потужной деятельности во II периоде родов и профилактики кровотечения в III периоде родов использовалась капальное внутривенное введение 5 Ед. окситоцина в смеси с 400 мл физиологического раствора. Сразу после рождения плода проводили отсасывание слизи из его верхних дыхательных путей, затем пережимали пуповину и ребенок отделялся от матери. Далее выполнялась катетеризация мочевого пузыря матери, после выделения последа - выкладывание на низ живота пузыря со льдом.

В раннем послеродовом периоде проводился осмотр родовых путей на целостность мягких тканей и восстановление целостности промежности. Первичная обработка новорожденного делалась через 5-10' после рождения, вторичная - через 2 часа. Через 2 часа после родов родильницы на каталке переводились в послеродовое отделение.

Консервативное ведение родов включало в I периоде родов: предоставление психологической поддержки партнера, свободное движение роженицы (в виде хождения, сидения в различных удобных позах), предоставление родильной комнаты, где роженица находилась в течение всего периода родов и раннего послеродового периода, отказ от спазмолитиков, анальгетиков, препаратов для профилактики внутриутробной гипоксии плода. Во II периоде родов: отказ от эпизиотомии, для выведения головки младенца применяли методы по Брахту и по Маршалу. Методику Брахта применяли при чистом ягодичном предлежании.

Плод рождался самостоятельно до пупка, затем его захватывали кистями обеих рук (большие пальцы располагались на задних поверхностях прижатых к животу бедер, а четыре пальца - на пояснично-крестцовой области).

Плод продвигался по родовому каналу без дополнительных тракций. Врач лишь направлял движение плода в сторону живота матери.

Плечевой пояс и ручки освобождали последовательно в поперечном размере выхода таза. Для предупреждения смещения ручек и разгибания головки ассистент оказывал умеренное давление кулаком над лонным сочленением и помогал рождению головки.

Методику Маршала применяли для освобождения головки при вертикальном положении. После рождения плечиков тело ребенка свисает под его собственной массой в течении 1-2 минут («плод сидит на корточках»), это способствовало опусканию головки плода, после чего затылок подходил под край лонной дуги. Затем головку плода извлекали тракцией за ножки, поднимая их медленно кпереди.

Выкладывание новорожденного на живот матери проводилось сразу после рождения с целью обеспечения тепловой цепочки «контакт кожа к коже», пуповина пережималась только после прекращения пульсации сосудов (кроме случаев, когда имелась сенсбилизация по резус- фактору и рождение детей в асфиксии), предпринимались раннее прикладывание к груди, обработка новорожденного перед переводом в послеродовую палату (через 2 часа после родов).

Для проведения многоаспектного клинико - статистического анализа течения родов в тазовом предлежании и перинатальных исходов была разработана стандартная карта наблюдения, содержащая паспортную часть, анамнестические данные, результаты объективного исследования, партограмму, карты наблюдения за здоровьем детей, рожденных в тазовом предлежании.

На третьем этапе исследования проведена оценка психоэмоционального и физического развития 38 детей, из которых 20 детей (53%) родились при активном ведении и 18 детей (47%) - при консервативном ведении родов в тазовом предлежании. Срок катамнеза составил от 1 года до 3-х лет

При проведении ретроспективного и проспективного наблюдения, помимо анализа данных анамнеза, проводились общеклинические, ультразвуковое, кардиомониторное исследования.

Статистическая обработка полученных результатов проведена путем вычисления коэффициента корреляции, относительных показателей и средних величин. Достоверность сравниваемых величин определялась с помощью коэффициентов Стьюдента, по методике Меркова А.М. (1974) и относительной доверительной разницы (ОДР). Наблюдаемое различие считали достоверными если коэффициент Стьюдента $P < 0,05$ и ОДР находилось в 95% доверительном интервале. Расчет и анализ ОДР проводился по методике Сох Б.К. (1972), УизиГ 5. el.al., (1985).

Результаты собственных исследований

Нами проведен ретроспективный анализ 208 историй родов с ТПП, что составило 3,1% случаев по отношению к общему количеству родов ($n=6726$). У 94 женщин роды проведены через естественные родовые пути, у 114 - роды закончились операцией кесарева сечения.

Виды ТПП у обследованных женщин были следующие: 1) ягодичное предлежание было у 127 женщин (61,1%) из них чисто ягодичное - у 79 женщин (37,9%) и смешанное - у 48 женщин (23,2%); 2) ножное предлежание у 81 женщины (38,9%) из них неполное - у 17 женщин (8,2%) и полное - у 64 женщины (30,7%). Отмечено преобладание частоты ягодичных предлежаний (61,1%), по сравнению с ножными (38,9%). Из ягодичных предлежаний большинство составило чистое ягодичное, а из ножных - полное ножное (37,9% против 30,7%).

По сроку гестации к моменту родоразрешения у обследованных женщин с ТПП очевидно преобладание доношенных плодов (60,6%), однако 39,4% составили недоношенные новорожденные.

Распределение массы тела новорожденных при ТПП было следующим: с чрезвычайно низкой массой тела (меньше 1000 г) было 15 новорожденных (7,2%), с очень низкой массой тела (меньше 1500 г) - 25 новорожденных (12,1%), массу тела меньше 2000 г имели 50 новорожденных (24,1%), с низкой массой тела (меньше 2500 г) - 51 новорожденный (24,4%), а с массой тела более 2500 г было 67 новорожденных (32,2%).

Соответствие гестационному сроку (90-10 центилей) имело место в 99 случаях (47,6%), задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР) была в 62 случаях (29,8%) и повышенная масса тела новорожденных была у 47 новорожденных (22,6%). Следовательно, группу риска составили 62 плода (29,8%) с ЗВУР и 47 новорожденных (22,6%) с повышенной массой тела. Чтобы выяснить причину высокой частоты ЗВУР плода нами проанализированы данные, характеризующие клинический статус матерей с ТПП. В группе женщин с ТПП преобладали пациентки активного репродуктивного возраста (69,8%).

По социальному положению 18 женщин (8,7%) были служащими, 139 (66,8%) занимались домашним хозяйством, 41 (19,7%) были студентками и учащимися и 10 (4,8%) - рабочими. У большинства беременных женщин с ТПП в анамнезе была экстрагенитальная патология (59,6%).

Отягощенный гинекологический анамнез был установлен у 158 женщин (75,9%).

Структура акушерской патологии в анамнезе у женщин с ТПП была следующей: у 38 женщин (24,2%) имело место прерывание беременности, у 14 (8,9%) - самопроизвольный выкидыш, у 59 (7,6%) - патологические роды, у 2-х женщин (1,3%) - преждевременная отслойка плаценты, у 27 женщин (17,2%) - ТПП и прочие осложнения - у 17 женщин (10,8%).

Число женщин с осложненной беременностью составило 143 (69,0%). Из 208 женщин в 59 случаях (28,4%) было оперативное родоразрешение - кесарево сечение.

Число женщин с осложненной беременностью составило 95 (45,6%). Наиболее частым осложнением была угроза невынашивания беременности во II и III триместрах беременности, гестационная анемия и гипертензивные нарушения.

При проведении КТГ плода и доплерометрии маточно-плодово-плацентарного кровотока диагноз внутриутробной хронической гипоксии плода был установлен у 57 из 208 женщин (27,4%). После поступления в стационар в пределах первой недели у 60 женщин (28,8%) были самостоятельные спонтанные роды, у 34 женщин (16,8%) - индуцированные. Показаниями к индицированию родов в 25 случаях были гипертензивные нарушения, в 9 случаях - прогрессирующая гипоксия плода.

У 124 женщин (59,6%) течение родового акта было осложненным, в том числе наблюдались аномалии родовой деятельности, преждевременное отхождение околоплодных вод и т.д.

В процессе родоразрешения 94 женщины с ТПП при самостоятельных спонтанных и индуцированных родах 53 роженицам (56,3%) было оказано ручное пособие по Цовьянову, в 12 случаях (12,7%) - ручное классическое пособие. У 14 рожениц (14,2%) для выведения последующей головки применялся метод Морисо-Левре. Самостоятельные роды без оказания пособий были проведены в 25 случаях (26,5%). В 114 случаях (54,8%) была произведена операция кесарева сечение, из них в 71 случае (62,3%) в плановом порядке, а в 43 случаях (37,7%) - по экстренным показаниям.

Из 208 новорожденных 202 родились живыми (97,1%) и 6 (2,8%) погибли интранатально. При оценке по шкале Апгар среди родившихся живыми (202 новорожденных) 95 детей (47,1%) были в удовлетворительном состоянии (7-9 баллов). В асфиксии легкой степени (6-7 баллов) были 46 новорожденных (22,8%), тяжелой степени (2-5 баллов) - 61 новорожденный (30,1%).

Из 202 новорожденных, родившихся живыми, 29 (14,4%) погибли в раннем неонатальном периоде. Следовательно, перинатальная смертность при ТПП составила 35 из 208 или 168,2‰.

Анализ перинатальной смертности показал, что она находится в прямой зависимости от центильного распределения массы тела новорожденных. Все новорожденные с массой тела менее 3 центилей погибли в раннем неонатальном периоде. Достоверно меньшей была установлена перинатальная смертность при массе тела новорожденных 90-10 центилей по сравнению с массой тела 10-3 центилей (70,7‰ и 227,2‰ соответственно) ($P<0,001$). Среди новорожденных с гестационным сроком 22-27 нед перинатальная смертность составила 1000‰.

Перинатальные потери на 94 случая родов через естественные родовые пути составили 26 (27,6%) детей, а при операции кесарева сечения - 9 (7,8%). Для того, чтобы определить, какие факторы сыграли роль в неблагоприятных перинатальных исходах плодов и новорожденных, родившихся в ТПП, нами проведен анализ данных, касающихся акушерского и соматического анамнеза, особенностей течения беременности и качества наблюдения в амбулаторных условиях и в акушерском стационаре, в сопоставлении с методами родоразрешения и оказания различных пособий. Основную группу составили женщины, потерявшие детей в перинатальном периоде (35), контрольную - 173 женщины выписавшиеся из роддома с живыми детьми.

Из 35 женщин с ТПП, потерявших детей в перинатальном периоде, 30 женщин (85,8%) на учете по поводу беременности не состояли, в группе контроля таковых было в 2,1 раза меньше (70 женщин (40,4%)) ($\gamma = -0,61$). У 30 женщин (91,4 %) потерявших детей, акушерский анамнез был отягощен, в то время как отягощенность репродуктивного анамнеза у женщин группы контроля была в 1,5 раза ниже. Из числа женщин с перинатальными потерями 29 (82,8%) имели сочетанную соматическую патологию, в среднем по 2,7 заболевания на одну женщину.

У женщин с перинатальными потерями по сравнению с группой контроля 2,0 раза чаще беременность приобретала осложненное течение (соответственно 77,1% и 39,3%; $P < 0.001$; $\gamma = -0,37$).

Осложненное течение родов у женщин, потерявших детей в перинатальном периоде, наблюдалось в 31 случае (88,5%). В группе контроля этот показатель составил 93 (53,7%, $P < 0.001$; $\gamma = 0,85$). Из 35 женщин с перинатальными потерями у 26 (74,2%) роды произошли через естественные родовые пути, а у 9 (25,7%) - путем операции кесарева сечения.

В основной группе у женщин родилось 30 новорожденных с очень низкой и низкой массой тела (85,7%), а в группе контроля таковых было 5,7%.

6 плодов родились мертвыми, 22 (62,8%) - с оценкой по шкале Ангар 2-5 баллов, 5 (14,2%) - 6-7 баллов и 2 (5,7%) - 7-9 баллов.

Анализ перинатальных исходов при ТПП показал, что при вагинальных родах в 3 раза чаще, чем при оперативных родах дети рождались в асфиксии различной степени тяжести, в 2,3 раза чаще попадали в отделение РИТ, в 2,7 раза чаще наблюдались случаи гибели детей в раннем неонатальном периоде, в 2,1 раза чаще переводились на второй этап выхаживания и в 1,5 реже выписывались домой. Ранняя неонатальная смертность среди новорожденных, рожденных естественным путем, была в 20 случаях (21,3%), а при операции кесарева сечения - в 9 случаях (7,9%).

При анализе погибших плодов и новорожденных в зависимости от массы тела и метода родоразрешения нами было установлено, что не было достоверных различий в распределении перинатальных потерь в зависимости от массы тела при родах через естественные родовые пути и оперативном родоразрешении.

В обоих случаях преимущественно погибали недоношенные плоды и новорожденные: 7 из 9 - при оперативных родах (77,7%) и 23 из 26 - при вагинальных родах (88,4%).

Структура причин ранней неонатальной смертности в обследованных группах новорожденных при вагинальном и оперативном родоразрешении была следующей - в 20, 0 % и 22,2% случаях соответственно причиной ранней неонатальной смертности явилось заболевание гиалиновых мембран.

Практически одинаково часто причиной ранней неонатальной смертности (РНС) явились внутричерепные кровоизлияния (40,0% и 33,3% соответственно). В 2-х случаях (10,0%) при вагинальном родоразрешении причиной летального исхода послужило повреждение спинного мозга. При оперативных родах таких случаев не было.

ВУИ недостоверно чаще являлась причиной гибели новорожденных при кесаревом сечении по сравнению с вагинальным методом родоразрешения (11,1% против 5,0% соответственно).

Исследование РНС показало, что из 29 новорожденных погибших, в раннем неонатальном периоде 5, (17,2%) были доношенными и 24 (82,8%) недоношенными или с малой массой тела.

Высокая частота потери детей в раннем неонатальном периоде помимо тяжести их патологии свидетельствует о недостаточном уровне организации службы реанимации и интенсивной терапии недоношенных новорожденных.

Нами проведен ретроспективный анализ материнского травматизма при вагинальном родоразрешении у 94 женщин (45,1%) с ТПП. Одним из условий активного проведения родов в ТПП являлось рассечение промежности - эпизиотомия и перинеотомия. Общий материнский травматизм составил - 93,6% случаев.

Течение послеродового периода у 6 родильниц осложнилось гнойно-септическими заболеваниями. У 4 женщин развился послеродовый эндометрит, а в 2 случаях - расхождение швов на промежности. Частота осложнений после влагалищных родов в ТПП составила 6,4 %, а после операция кесарева сечения по поводу ТПП в 7,1% случаев послеоперационный период осложнился послеродовым эндометритом.

Из видов тазовых предлежаний в два раза чаще встречалось ягодичное предлежание (61,1%), по сравнению с ножным (38,9%). Из ягодичных предлежаний чаще встречалось чисто ягодичное (37,9%), против смешанного (23,2%). А при ножном предлежании чаще было диагностировано полное (30,7%), чем неполное ножное предлежание (8,2%).

Влагалищное родоразрешение характеризовалось высоким травматизмом (93,6%) за счет эпизио-перинеотомии, а также разрывов шейки матки и разрыв промежности I степени.

Перинатальные исходы лучше у женщин с ТПП, перенесших операцию кесарева сечения, по сравнению с вагинальным методом родоразрешения.

Но при операции кесарева сечения отмечалась перинатальная смертность, связанная с травматизацией ребенка. При осложненном течении беременности, малом гестационном возрасте и низкой массе тела при рождении был выше показатель перинатальной смертности, который в основном определяется уровнем ранней неонатальной смертности.

К факторам риска по перинатальным потерям при ТПП следует отнести: экстрагенитальную патологию матери, осложненное течение беременности при отсутствии медицинского наблюдения, что нередко приводит к развитию ранних преждевременных родов и рождению больных, маловесных детей, чаще всего погибающих в раннем неонатальном периоде.

Течение беременности и ведение родов

Проведенный ретроспективный анализ течения и исходов родов в ТПП позволил установить, что данная патология сопровождается высокой частотой перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных, а также относительно высоким травматизмом среди рожениц. Более неблагоприятные исходы у новорожденных были при вагинальном родоразрешении по сравнению с оперативным методом. Оперативное родоразрешение не снижает при ТПП высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности. В связи с этим, нами в практическое акушерство внедрена методика консервативного ведения родов в ТПП. Основным принципом консервативного ведения родов в ТПП был отказ от широкого применения лекарственных средств (спазмолитиков, утеротоников), амниотомии, ручных пособий (по Цовьянову, классическое ручное пособие) и эпизиотомии.

В связи с вышеизложенным, нами был изучен в сравнительном аспекте, материнский травматизм и перинатальные исходы при родах в ТПП, проведенных консервативно и активно. Под нашим наблюдением находилось 84 беременных женщин с ТПП в гестационном возрасте 37-41 нед.

В 1 группе пациенток родоразрешение проводилось активным или классическим методом (n=43) с оказанием пособия по Цовьянову и последующим выведением головки по методу Морисо-Левре, во 2 группе женщин родоразрешение осуществлялось консервативным методом (n=41) с оказанием помощи при положении литотомии- по Брахту, при вертикальном положении - по Маршалу. Обследованные беременные женщины в 25(29,8%) случаях были городскими, а 59 женщин (70,2%) - сельскими жительницами.

По социальному положению 57 женщин (67,8%) были домохозяйками, 23 (27,4%) женщины - служащими и 4 женщин (4,8%) - учащимися. Относительный состав пациенток в изучаемых группах по возрасту был равноценным и репрезентативным.

В 1 группе пациенток в 33 случаях (76,7%), а во 2 группе - в 30 случаях (73,2%) была установлена та или иная экстрагенитальная патология. Между группами по нозологическим единицам экстрагенитальной патологии достоверного различия не было.

Среди обследованных беременных женщин с ТПП в 75,0% случаев в анамнезе была установлена экстрагенитальная патология. Наиболее частой экстрагенитальной патологией являлась патология органов дыхания (20,2%) и желудочно-кишечного тракта (15,4%).

У 37 женщин (63,7%) из 58 повторнородящих имелся отягощенный акушерский анамнез.

При обследовании беременных женщин были установлены следующие виды ТПП: из ягодичных предлежаний чисто ягодичное было в 1 группе в 41,8% случаев, смешанное - в 25,6% случаев, а во 2 группе - в 48,7% и 17,1% соответственно. Ножное предлежание было установлено у 32,6% женщин 1 группы и 34,1% женщин 2 группы. В 1 группе из ножных предлежаний в 9,3% случаев имело место неполное, а в 23,3% случаев - полное ножное предлежание, во 2 группе - в 7,3% и 26,8% случаев соответственно. Достоверных различий в группах по видам тазового предлежания не было.

В 1 группе у 33 женщин (76,7%), а во 2 группе у 32 женщин (78,1%) настоящая беременность протекала с различными осложнениями. Наиболее частым осложнением настоящей беременности в обеих группах являлся ранний токсикоз и угроза невынашивания беременности (30,3% и 28,1% соответственно).

Вторым по частоте осложнением течения гестационного процесса являлись гипертензивные нарушения (21,2% и 25,0% соответственно). Достоверных различий между группами по частоте осложнений настоящей беременности у женщин с ТПП не было.

При исследовании микрофлоры цервикального канала в 37,2% случаев в 1 группе и в 43,9% случаев во 2-й группе была диагностирована различная микрофлора цервикального канала.

Ультразвуковая биометрия плода была выполнена у 67 пациенток (79,7%): 1 группа - 36 женщин (83,7%), 2 группа - 31 женщина (75,6%), симптомы ЗВУР не были установлены.

При поступлении 49 (58,3%) женщинам проводилось кардиомониторное исследование: в 1 группе - у 28 женщин (65,1%) и во 2 группе - у 21 женщины (51,2%). Признаки внутриутробного страдания были выявлены у 22 (44,8%) женщин; в 1 группе у 13 женщин (46,4%), во 2 группе - у 9 женщин (42,8%). При этом ПСП от 1,01 до 2,0 были отмечены у 8 (36,3%) пациенток (в 1 группе 38,4% и во 2 группе 33,3%), от 2,01 до 3,0 было - у 10 (45,4%) пациенток (в 1 группе 46,1% во 2 группе 44,4%) и более 3,0 - у 4 (18,2%) женщин (15,4% и 22,2% соответственно).

Допплерометрическое исследование сосудов матери и плода было проведено у 29 женщин (34,5%). Из общего числа наблюдений, при исходной доплерометрии сосудов матери и плода нарушения фетоплацентарного и маточноплацентарного кровотока не установлены.

Течение родов в тазовом предлежании плода при активном и консервативном методах ведения

Продолжительность I периода родов при активном (I группа) и консервативном (II группа) методах их ведения в ягодичном и ножном предлежании показало, что при чистом ягодичном предлежании стремительные роды (от 2 ч до 3,59 ч) были в одном случае в обеих группах. В случаях ножного предлежания стремительных родов не было. По продолжительности родоразрешения при ножном предлежании плода достоверного различия в первом периоде родов в обеих группах не установлено.

Исследование продолжительности II периода родов при активном и консервативном методах ведения родов в ТПП показало, что при чистом ягодичном предлежании длительность II периода родов до 30 минут была достоверно чаще при активном методе родоразрешения ($P < 0,01$).

В тоже время, длительность от 31 мин до 1,59 ч достоверно чаще была при консервативном методе родоразрешения ($P < 0,05$). Во 2 группе в 1 случае (5,0%) II период родов составил более 2-х часов.

При смешанном ягодичном предлежании плода в обеих группах одинаково часто II период длился до 30 минут и от 31 минут до 1,59 ч. данным В 1 случае (14,3%) продолжительность II периода составила более 2 часов.

В случаях полного ножного предлежания II период родов до 30 минут был достоверно чаще при активном методе родоразрешения ($P < 0,05$). Продолжительность II периода от 31 мин до 1,59 ч и более 2 ч при ножном предлежании достоверно чаще наблюдалась при консервативном методе родоразрешения.

Нами проведен анализ состояния плодного пузыря, раскрытия маточного зева и частоты проведения амниотомии, эпизио-перинеотомии при активном и консервативном методах ведения родов в тазовом предлежании. При консервативном ведении родоразрешения в ТПП достоверно чаще был целый плодный пузырь при полном открытии маточного зева ($P < 0,05$).

При активном методе родоразрешения достоверно чаще проводилась амниотомия ($P < 0,001$). Эпизио-перинеотомия выполнялась только у пациенток с активным методом ведения родов. В 1 группе достоверно чаще было спонтанное излитие околоплодных вод при раскрытии маточного зева до 7 см - в 32,5% случаев ($P < 0,001$). Полное открытие маточного зева было в 60,9% случаев и рождение в плодном пузыре в 12,1% случаях наблюдалось только в группе пациенток с консервативным методом ведения родов ($P < 0,001$).

Для оценки влияния позиции роженицы на перинатальные исходы, как для матери, так и для плода, нами изучены продолжительность первого и второго периодов родов в сравниваемых группах.

При консервативном ведении родов у 41 рожениц в 27 случаях женщины (65,9%) рожали в дорзальном положении, 9 женщин (21,9%) - в вертикальном положении и 5 женщин (12,2%) - на корточках. При дорзальном положении роженицы головку плода выводили по методу Брахта, при вертикальном положении и при положении роженицы на корточках головку выводили методом Маршала.

Скорость открытия маточного зева у первородящих и повторнородящих при различных позициях рожениц с тазовым предлежанием плода представлены на рисунках 1 и 2.

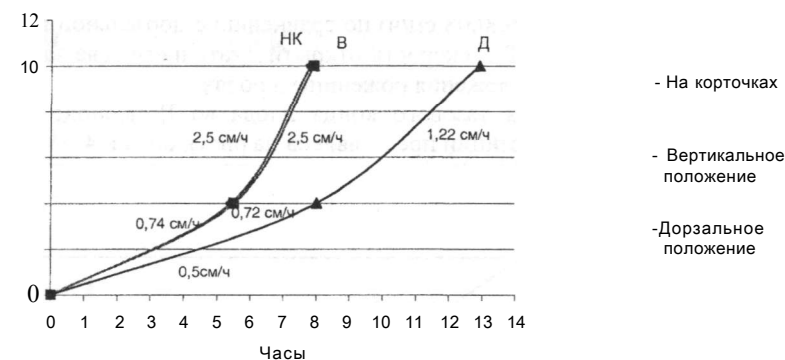


Рис. 1. Скорость открытия маточного зева у первородящих при различных позициях рожениц с тазовым предлежанием плода

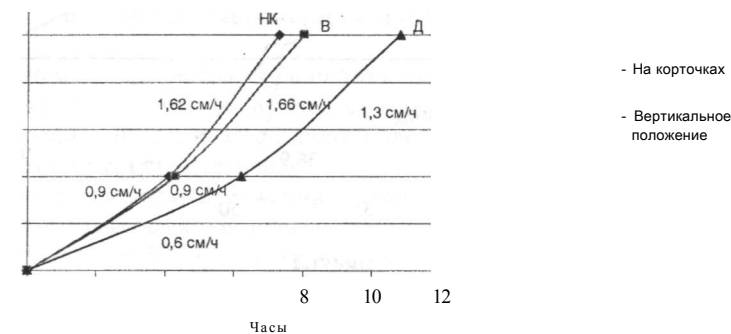
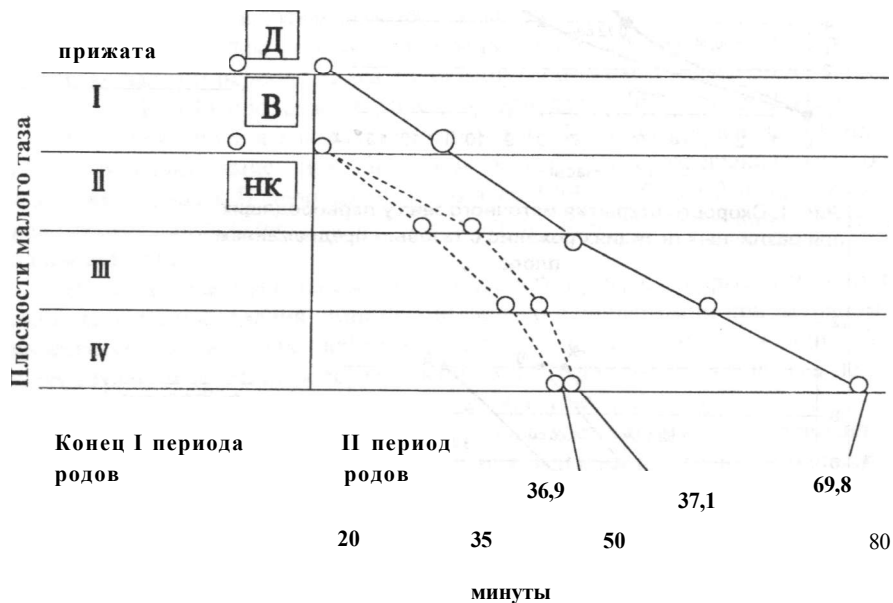


Рис. 2. Скорость открытия маточного зева у повторно родящих при различных позициях рожениц с тазовым предлежанием плода

Скорость открытия маточного зева в латентной фазе у первородящих при дорзальной позиции была достоверно ниже ($0,5 \pm 0,04$ см/ч), по сравнению с вертикальной позицией и с положением рожениц на корточках ($0,7 \pm 0,004$ см/ч) ($P < 0,001$). При ведении родов в вертикальном положении и на корточках в активной фазе у первородящих установлена достоверно более высокая скорость открытия маточного зева ($2,5 \pm 0,08$ см/ч), по сравнению с дорзальным положением ($1,22 \pm 0,05$ см/ч) ($P < 0,001$).

Среди повторнородящих скорость открытия маточного зева в латентной фазе была также достоверно ниже при дорзальной позиции ($0,6 \pm 0,05$ см/ч) по сравнению с вертикальной позицией и с положением рожениц на корточках ($0,9 \pm 0,04$ см/ч) ($P < 0,001$). В активной фазе достоверно более быстрое открытие маточного зева было при вертикальной позиции ($1,62 \pm 0,08$ см/ч) и в положении на корточках ($1,66 \pm 0,08$ см/ч) по сравнению с дорзальной позицией ($1,3 \pm 0,07$ см/ч) ($P < 0,001$). Т.е. скорость открытия маточного зева зависит не только от паритета, но и от положения роженицы в родах.

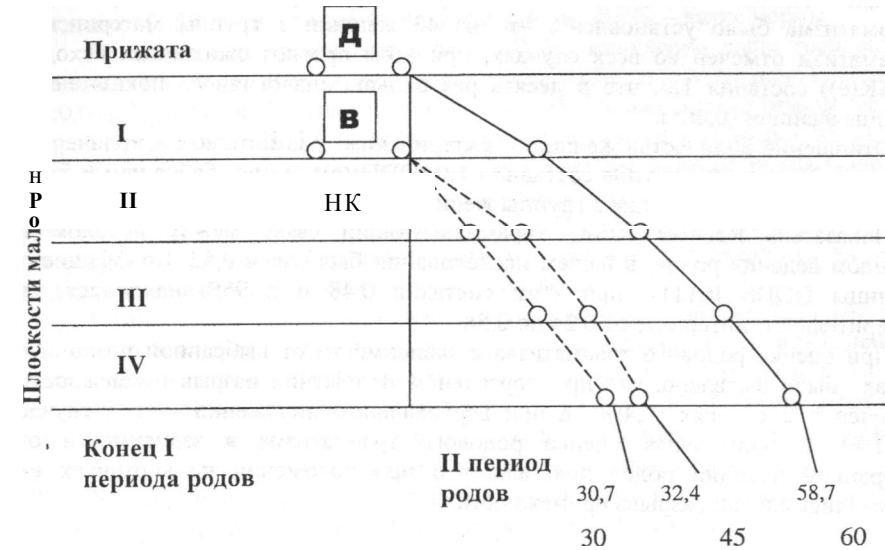
Динамика продвижения тазового конца плода во II периоде родов в зависимости от паритета и позиции представлена на рисунках 3 и 4.



Д- дорзальное положение; В - вертикальное положение; НК- положение на корточках.

Рис. 3 Динамика продвижения тазового конца плода у первородящих при различных позициях рожениц.

Динамика продвижения тазового конца плода у первородящих при вертикальной позиции и в положении на корточках была быстрее, так за $37,1 \pm 8,4$ и $36,9 \pm 8,7$ минут в среднем соответственно тазовый конец плода проходил все плоскости малого таза, тогда как при дорзальной позиции она оставалась прижатой ко входу в малый таз в конце I и в начале II периодов, и в среднем проходила плоскости за $69,8 \pm 21,3$ минут.



Д- дорзальное положение; В - вертикальное положение; НК- положение на корточках.

Рис. 4. Динамика продвижения тазового конца плода у повторнородящих при различных позициях рожениц

Динамика продвижения тазового конца у повторнородящих женщин при вертикальной позиции и в положении на корточках была аналогичной первородящим, но отличалась лишь более быстрым рождением: $32,4 \pm 1,8$ и $30,7 \pm 1,9$ минут соответственно.

При дорзальном положении повторнородящих женщин тазовый конец медленно продвигался по плоскостям малого таза и в среднем рождение происходило через $58,7 \pm 6,8$ минут.

Таким образом, время продвижения тазового конца плода как у первородящих, так и у повторнородящих, при вертикальной позиции и в положении на корточках было достоверно меньше, по сравнению с таковым у женщинами при дорзальном положении.

При консервативном ведении родов в дорзальном положении достоверно медленнее было продвижение тазового конца плода по плоскостям малого таза, что предопределяло затяжной II период родов.

Материнский травматизм в 1 группе женщин составил 100,0%, а во 2 группе - только 9,7%. Травматизм в 1 группе женщин был выше за счет того, что во всех случаях была произведена эпизиотомия, а в 2 случаях (4,6%) имел место разрыв шейки матки. Разрыв промежности I степени был во 2 группе - у 3 пациенток (7,3%) и в 1 случае (2,4%) был разрыв шейки матки I степени.

При оценке относительной доверительной разницы материнского травматизма было установлено, что из 43 женщин 1 группы материнский травматизм отмечен во всех случаях, при этом прогноз ожидаемых исходов (K15K(e)) составил 1,0, что в десять раз больше аналогичного показателя 2 группы женщин (0,085).

Отношение количества женщин с материнским травматизмом к количеству женщин без него в 1 группе составило 1,0 (ОБВ\$(e)), и оно более чем в 5 раз больше показателя разницы 2 группы женщин (0,19).

Показатель KelaПче K15K, характеризующий связь между исходом и методом ведения родов, в нашем исследовании был равен 0,52. Коэффициент разницы ОБОЗ КАТЮ при этом составил 0,48 и в 95% находился в доверительном интервале от 0,24 до 0,58.

При оценке родового травматизма в зависимости от выбранной позиции в родах было выявлено, что при дорзальном положении разрыв промежности отмечен в 2 случаях (7,4%), а при вертикальном положении - в 1 случае (11,1%). Сравнительная оценка родового травматизма в зависимости от выбранной позиции родов показала, что при положении на корточках не отмечались случаи разрыва промежности.

Перинатальные исходы

Под нашим наблюдением находилось 84 младенца, родившихся от матерей 1 группы (43 младенца) и 2 группы (41 младенец). В 1 группе пациенток родоразрешение проводилось активным методом, во 2 группе женщин родоразрешение осуществлялось консервативным методом с оказанием помощи при положении литотомии - по Брахту, при вертикальном положении - по Маршаллу. Все обследованные новорожденные родились в сроки 37-41 недель гестации.

Новорожденных без признаков асфиксии (8 и более баллов) в 1 группе (20,9%) было достоверно меньше, по сравнению со 2 группой (41,5%) ($P < 0,05$). Асфиксия легкой степени (6-7 баллов) была в 1 группе (62,7%) новорожденных несколько чаще, по сравнению со 2 группой (48,7%) новорожденных. Тяжелая степень асфиксии (2-5 баллов) в 1 группе (16,3%) была недостоверно чаще, по сравнению со 2 группой (9,7%).

Одним из достоверных признаков, определяющих исход родов, является рождение детей в удовлетворительном состоянии. Асфиксия тяжелой степени имела место в 14,8 % случаев только у детей, рожденных в дорзальной позиции. Легкая степень асфиксии также часто встречалась среди младенцев, рожденных в дорзальной позиции, по сравнению с другими положениями рожениц и меньше было новорожденных с оценкой по шкале Апгар 7-9 баллов.

Достоверных различий в средних показателях продолжительности срока гестации, массе и длине тела у обследованных новорожденных не выявлено.

Анализ физического развития новорожденных показал, что в 1 группе значение пондералового индекса (ПИ) в пределах нормы было у 38 младенцев (88,4%), у 3 младенцев (6,9%) - ниже нормы, и у 2 младенцев (4,6%) - выше нормы, во 2 группе ПИ в пределах нормы был у 37 младенцев (90,3%), у 2 младенцев (4,8%) - ниже нормы, и у 2 младенцев (4,8%) - выше нормы.

При активном родоразрешении в ТПП, достоверно чаще требовалось лечение новорожденных в условиях реанимации и интенсивной терапии ($P < 0,01$). Ранняя неонатальная смертность была только при активном методе ведения родов в ТПП. Количество новорожденных, переведенных на второй этап выхаживания, в группе консервативного метода ведения родов было в 2 раза меньше, по сравнению с активным методом родоразрешения (20,9% и 9,7% случаев соответственно). Выписано домой новорожденных в группе консервативного ведения родов больше по сравнению с активным методом родоразрешения (87,8% и 74,4% случаев соответственно).

Нами проанализировано течение периода ранней неонатальной адаптации у новорожденных. У большинства обследованных новорожденных максимальная убыль массы тела наблюдалась на 3-4 день жизни. Потеря первоначальной массы тела колебалась от 7% до 15% (в 1-й группе в среднем $12,5 \pm 0,7\%$ и во 2-й группе $-13,5 \pm 0,5\%$). У трех младенцев максимальная убыль массы тела составила 16-19% и наблюдалась на 4-5 день жизни.

В раннем неонатальном периоде различные пограничные состояния диагностированы в 1 группе - у 22 новорожденных (51,1%), а во 2 группе - у 19 новорожденных (46,3%). Транзиторная желтуха диагностирована практически в равной степени в 1 и во 2 группе младенцев (25,6% и 21,9% соответственно). Токсическая эритема отмечалась у 18,6% младенцев 1 группы и у 17,1% во 2 группе. Транзиторная гипертермия диагностирована у 2 новорожденных (4,6%) 1 группы и 2 новорожденных (4,8%) - 2 группы. Повышение температуры до $38,5^\circ$ возникало на 2-3 день жизни. Половой криз отмечался у 1 младенца (2,3%) 1 группы и у 1 новорожденного (2,4%) - 2 группы.

Показатель общей заболеваемости младенцев от матерей 1 группы составил 720,9‰, 2 группы - 463,4‰.

Анализ частоты заболеваемости среди новорожденных показал, что нарушения мозгового кровообращения достоверно чаще возникали при активном методе родоразрешения ($P < 0,05$). Общая заболеваемость при консервативном методе родоразрешения была достоверно меньше, по сравнению с активным методом ($P < 0,05$).

В нашем наблюдении 2 младенца (2,3%) погибли в раннем неонатальном периоде у женщин, роды которых проводились активным методом. В обоих случаях причиной смерти были кровоизлияния в головной мозг и генерализованная внутриутробная инфекция, сопровождающаяся полиорганной недостаточностью.

Нами оценены показатели физического развития (вес, рост, окружность головы и груди) 38 младенцев в возрасте 1, 2, 3 лет. Также проводилась оценка психомоторного развития и проанализирована заболеваемость этих детей в первые 3 года жизни.

Младенцы были разделены на две группы, в 1 группу вошли 20 детей, рожденных активным методом, 2 группу составили 18 младенцев, рожденных консервативным методом. В изучаемых группах по количеству детей, а также по возрасту достоверных различий не было. Достоверных различий в показателях средней массы и роста детей при активном и консервативном методах родоразрешения не установлено.

Нами проанализирована структура заболеваемости детей в исследуемых группах. В структуре заболеваемости в обеих группах преобладали болезни нервной системы (в 1 группе 750,0‰ и во 2 группе 677,8‰). У 6 младенцев 1 группы и у 5 младенцев 2 группы перинатальная патология центральной нервной системы проявлялась синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, гипертензионным синдромом - у 6 младенцев 1 группы и у 4 младенцев 2 группы, синдромом двигательных нарушений - у 3 младенцев 1 группы и у 3 младенцев 2 группы.

Таким образом, среди обследованных беременных женщин с ТПП имела высокая частота сопутствующей патологии, в 69,0% случаев имелся отягощенный акушерский анамнез и каждая третья женщина имела предыдущие роды в тазовом предлежании. Влагалищное родоразрешение у данной категории пациенток сопровождается высоким материнским травматизмом, уровень перинатальной смертности прямо пропорционален гестационному возрасту новорожденных, в 52,9% случаев имелись признаки асфиксии различной степени выраженности.

Сравнительный анализ течения родов, при активном и консервативном методе позволил установить, что I период родов в обеих группах был практически идентичным, а во II периоде длительность до 30 мин была достоверно чаще при чистом ягодичном, полном ножном предлежании плода и при активном методе родоразрешения за счет амниотомии ($p < 0,01$).

Время продвижения тазового конца плода как у первородящих, так и у повторнородящих, при вертикальной позиции и в положении на корточках было достоверно меньше, по сравнению с таковым у женщин при дорзальном положении. При консервативном ведении родов в дорзальном положении достоверно медленнее было продвижение тазового конца плода по плоскостям малого таза, что предопределяло затяжной II период родов.

Сравнительный анализ материнского травматизма показал преимущество консервативного ведения родоразрешения над активным.

Различные пограничные состояния, диагностируемые в раннем неонатальном периоде, одинаково часто возникают у новорожденных обеих обследованных групп.

Общая заболеваемость при активном методе родоразрешения достоверно выше по сравнению с консервативным методом, за счет нарушения мозгового кровообращения и внутриутробной инфекции.

Средние показатели физического развития детей, родившихся активным и консервативным методами, практически идентичны, уровень заболеваемости одинаковый, но при активном методе родоразрешения частота перинатальной патологии центральной нервной системы выше.

ВЫВОДЫ

1. В когорте беременных женщин, находившихся под наблюдением, частота тазового предлежания составила 3,1%, при этом ягодичное предлежание почти в два раза преобладавало над ножными (61,1 и 38,9%), по мере увеличения паритета родов частота беременностей с тазовым предлежанием плода возрастает в два и более раза.

2. Перинатальные исходы при тазовом предлежании плода зависят от гестационного возраста новорожденных и массы тела при рождении. Среди детей, родившихся в гестационном сроке 22-27 нед, перинатальная смертность составила 100,0‰, при 28-33 нед - 407,4‰, 34-36 нед - 76,9‰, а при 37-41 нед - 39,7‰. При активном ведении родов у женщин с тазовым предлежанием плода отмечается высокий материнский травматизм (93,6%), в большинстве случаев за счет эпизио-перинеотомии.

3. Причиной ранней неонатальной смертности при вагинальном и оперативном родоразрешении в 40,0% и 33,0% были внутричерепные кровоизлияния, болезнь гиалиновых мембран в сочетании с кровоизлиянием в желудочки мозга (25,0% и 33,3% случаев).

4. Консервативный метод ведения родов в тазовом предлежании отличается от активного большей продолжительностью II периода родов (от 31 мин до 1ч 59мин), при отсутствии существенных различий в длительности течения I периода родов.

5. При консервативном методе ведения родов перинатальный исход зависит от позиции роженицы в родах. Скорость открытия маточного зева и время продвижения тазового конца, как у первородящих, так и у повторнородящих, при вертикальной позиции и в положении на корточках достоверно меньше, по сравнению с таковым у женщин находившимися в дорзальном положении.

6. При консервативном методе ведения родов в тазовом предлежании и в вертикальной позиции роженицы чаще рождаются дети в удовлетворительном состоянии (8 и более баллов по шкале Апгар) и без асфиксии по сравнению с дорзальным положением.

7. Предпочтительность консервативной тактики ведения родов при тазовом предлежании подтверждается более высоким уровнем перинатальной смертности и общей заболеваемости младенцев, рожденных с применением пособий, ускоряющих процесс родов.

Практические рекомендации

Алгоритм консервативного ведения родов при тазовом предлежании плода

I. в I периоде родов:

- предоставление психологической поддержки (партнерские роды);
- предоставление родильной комнаты, для роженицы на весь период родов и ранний послеродовой период;
- отказ от спазмолитиков, анальгетиков, препаратов для профилактики внутриутробной гипоксии плода.

II. Во II периоде родов:

- выбор различной позы роженицей (сидя, стоя, на корточках);
- при удовлетворительном внутриутробном состоянии плода и наличии поступательных движений предлежащей части, отказаться от временных ограничений при ведении II периода родов;
- не проводить роды в кровати Рахманова с оказанием акушерского ручного пособия;
- не производить рутинную эпизиотомию без показаний и пудендальную анестезию;
- не использовать метод Валсалва (в течение одной потуги роженица тужится 2-3 раза, искусственное задерживание воздуха на 20-30 сек);
- для выведения головки рекомендуется применение метода Брахта при положении литотомии и метода Маршала - при вертикальном положении;
- сразу после рождения выложить новорожденного на живот матери с целью обеспечения тепловой цепочки «контакт кожа к коже»;
- пережатие пуповины только после прекращения пульсации сосудов (кроме случаев, когда имелась сенсбилизация по резус- фактору и рождение детей с асфиксией).

III. В III периоде родов:

- раннее прикладывание к груди;
- обработка новорожденного перед переводом с послеродовую палату (через два часа после родов);
- не проводить стимуляцию сосков родильницы;
- не выкладывать на низ живота матери пузырь со льдом;
- не проводить инструментальный осмотр родовых путей без показаний и рутинный наружный массаж матки.
- в раннем послеродовом периоде не выводить мочу катетером.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации

1. Оптимизация ведения родов в тазовом предлежании//Состояние и перспективы развития современной медицины в новом тысячелетии, г. Бишкек, 2001. - С.518-522 (соавт. А. А. Аскеров, Ч. А. Стакеева, Г. У. Асымбекова).

2. Оптимизация ведения родов при тазовом предлежании плода// Журнал Азиатский вестник акушеров -гинекологов г. Бишкек, Том 9 2001. - С. 14-28 (соавт. А. А. Аскеров).

3. Ретроспективный анализ перинатальных исходов при активном ведении родов с тазовым предлежанием плода// Лекарство и здоровье населения г. Бишкек, 2002. - С. 302-307 (соавт. А. А. Аскеров Ч. А. Стакеева, Ж.А. Тургунбаева).

4. Влияние позиции роженицы на течение физиологических родов// Центрально -Азиатский медицинский журнал Конференция молодых ученых и студентов г. Бишкек, Том 8, 2002. - С. 244-247 (соавт. А. А. Аскеров, Ч. А. Стакеева, Г. У. Асымбекова).

5. Оценка состояния новорожденных и детей при различных методах оказания помощи при тазовом предлежании плода// Журнал Азиатский вестник акушеров -гинекологов г. Бишкек, Том 10, 2002. - С. 60-69 (соавт.А. А. Аскеров, Ч. А. Стакеева, Г. У. Асымбекова).

6. Наружный профилактический поворот плода на головку при тазовом предлежании// Центрально -Азиатский медицинский журнал Международная конференция по патологии человека и экологии г. Бишкек, Том 9, 2003. - С. 244-247 (соавт. А. А. Аскеров, Г. У. Асымбекова).

7. Метод -анализ исследований гнойно-септических заболеваний в акушерстве// Журнал Азиатский вестник акушеров -гинекологов г. Бишкек, Том 11, 2003. - С. 15-17 (соавт. Г. У. Асымбекова Ж. А.Тургунбаева).

8. Влияние позиции роженицы на течение и перинатальные исходы родов при тазовом предлежании плода// Журнал «Акушерство, гинекология и перинатология» г. Алматы, Казахстан, I том, 2004. - С.29-31.

Аннотация

диссертации Сартбаева Т.Д. на тему: «Оптимизация ведения родов при тазовом предлежании плода» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.01 «Акушерство и гинекология»

Ключевые слова: Тазовое предлежание плода, позиции в родах, перинатальный исход, консервативное ведение родов.

Цель исследования: Изучить перинатальные исходы при различных методах ведения родов (вагинальное, оперативное) в тазовом предлежании плода для разработки мер по оптимизации процесса родоразрешения.

Объект исследования: 84 беременных женщин и рожениц с тазовым предлежанием плода. 38 детей, рожденных консервативным и активным методами родоразрешения.

Методы исследования: Клинический и лабораторный анализ. Инструментальные методы исследования – УЗИ с доплером, КТГ.

Область применения: акушерство, гинекология, перинатология.

Результаты: Изучено влияние медикаментозных средств, оперативного метода родоразрешения, а также амниотомии и эпизиотомии на течение и исход родов в тазовом предлежании плода при активном их ведении.

При консервативном ведении родов скорость открытия маточного зева и продвижения тазового конца плода по плоскостям малого таза соответствует физиологическому течению процесса. Достоверно чаще новорожденные рождаются в удовлетворительном состоянии при консервативном ведении родов.

Предпочтительность консервативной тактики ведения родов при тазовом предлежании подтверждается более высоким уровнем перинатальной смертности и общей заболеваемости младенцев, рожденных с применением пособий, ускоряющих процесс родов.

Дети, рожденные при консервативном ведении родов, опережают своих сверстников в физическом и психомоторном развитии.

Сартбаев Т.Д. «Баланын жамбаш аягы менен жатуусундагы төрөттү алып баруну оптимизациялоо», кесиби боюнча 14.00.01 – «Акушердик жана гинекология» медицина илимдеринин кандидаттыгына илимий наам издеген диссертациясына

Корутунду

Өзүктүү сөздөр: Баланын жамбаш аягы менен жатуусу, төрөттөгү кырдаалдар, төрөт алдынын аяктоосу, төрөттү консервативдик ыкмалар менен алып баруу.

Изилдөөнүн максаты: Баланын жамбаш аягы менен жатуусундагы төрөттү ар кыл ыкма менен алып баруунун (жыбыткылык, операциялык) жыйынтыктарын, бойдон бошоо процесстерин оптимизациялоо үчүн изилдөө.

Изилдөөнүн ченемдери: 84 кош бойлуу аялдар жана жамбаш аягы менен жаткан төрөй тургандар. Консервативдик жана активдүү ыкмалар менен төрөтүлгөн 38 ымыркайлар.

Изилдөө ыкмалары: Клиникалык жана лабораториялык текшерүүлөр, аспаптык ыкмалар аркылуу изилдөө-доплердүү УЗИ, КТГ.

Колдонуу тармактары: акушерликте, гинекологияда, перинатологияда.

Жыйынтыктары: Баланын жамбаш аягы менен жатуусунда дары-дармектик каражаттардын, операциялык ыкма менен төрөтүүнүн, ошондой эле каканак менен бала тонун тешүүнүн төрөттүн өтүүсүнө анын жыйынтыгына тийүүчү таасирлери изилденген.

Консервативдик ыкма менен төрөтүүдө жатын оозунун ачылуу ылдамдыгы жана жамбаш аягы менен баланын кичи ич чарасынын беттери менен өтүүсү физиологиялык процесстердин агымына топ келет. Төрөттү консервативдик ыкма менен өткөрүүдө көбүнесе ымыркайлар аныктыгы боюнча канааттандырарлык ахвалда төрөлүшөт.

Жамбаш аягы менен жатуусунда консервативдик ыкманын артыкчылыгы төрөттөн кийинки өлүм менен ымыркайлардын жалпы ооруларга чалдыгышынын, төрөт процессин тездетүүчү ыкмаларды колдонуп төрөлгөндөргө салыштырмалуу жогорку деңгээли менен аныкталат.

Консервативдик алып баруу менен төрөлгөн балдар өз тендүүлөрүнө салыштырмалуу денесинин жана психомотордук өнүгүүсүнүн артыкчылыгы менен айырмаланат.

Annotation

Of the Sartbayev's T.D. dissertation on the theme: "Optimization of delivery conducting in the pelvic fetal position to the suchtific degree of candidate of medicine in speciality 14.00.41 "Obstetrics and gynecology".

Key words: Pelvic fetal position, positions in the deliveries, perynatal outcome, conservative conducting of deliveries.

The aim of the examination: To study perynatal outcomes in different methods of deliveries conducting (vaginal, operative) in the fetal pelvic position for working out measures in the optimization process of delivering.

The object of examination: 84 pregnant woman with pelvic position of fetal. 38 newborns, having been born by the conservative and active methods.

Methods of examination: Clinical and laboratory analysis. Instrumental methods of examination - USE with Doppler, CTG.

The field of use: obstetrics, gynecology, perinatology.

Results: Influence of medikamentoze remedies, operative methods of deliveries, and also amnyothomia and epiziothomia to the deliveries outcome in the pelvic fetal position in their active taking is studied.

Speed of uterus opening and moving of pelvic end of the fetal in the planes of small pelvic corresponds to the physiological course of the process in the conservative deliveries.

More often newborns are needed in the satisfactory state in the conservative deliveries.

It is more preferable conservative taches of deliveries in the pelvic position as it is confirmed by higher level of perynatal mortality and general sick rate of newborns, having been born with the use of methods, accelerating deliveries process.

Newborns with conservative methods of delivering are higher in physical and psycho-motor development.

Автореферат к кандидатской диссертации
Тираж 100 экз. Заказ 483

Отпечатано в типографии ОсОО «ДЭМИ»
Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул.Кулатова, 1/3