

В.И. Дуда, Н.В. Волчок, Л.К. Аникеенко

Роды крупным плодом

БГМУ,
УЗ «ГКРД №2»

Провести сравнительную оценку методов родоразрешения беременных с крупным плодом с учетом исходов для матери и плода.

Проведена сравнительная оценка методов родоразрешения 300 беременных с крупным плодом за период времени с 2002 по 2006 гг. на базе УЗ «ГКРД №2» г. Минска. В первую группу вошли 100 женщин с индуцированными родами, во вторую – 100 женщин с самопроизвольными родами, в третью – 100 женщин, родоразрешенных путем операции кесарево сечение в плановом порядке. Критериями включения в исследование явились: доношенная беременность, отсутствие сахарного диабета, рождение плода с большой массой тела. Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с использованием статистических программ.

Возраст женщин колебался от 17 до 44 лет. В первой группе первородящих женщин – 68, возрастных первородящих – 22, юных первородящих – 1, повторнородящих – 32, во второй группе соответствующие данные – 56, 20, 1, 44, в третьей – 30, 27, 0, 70.

Роды крупным плодом в анамнезе были у 8 женщин в первой, у 5 во второй и у 4 в третьей группах.

Средний рост женщин в первой группе составил $167 \pm 0,56$ см, во второй – $166 \pm 0,63$ см, в третьей – $167 \pm 0,41$ см.

Гинекологическая патология (хронический аднексит, миома матки, пороки развития матки, бесплодие и др.) выявлена у 23% беременных в первой, у 24%-во второй и у 19%-в третьей группах.

Экстрагенитальная патология у беременных с крупным плодом представлена на рисунке 1.

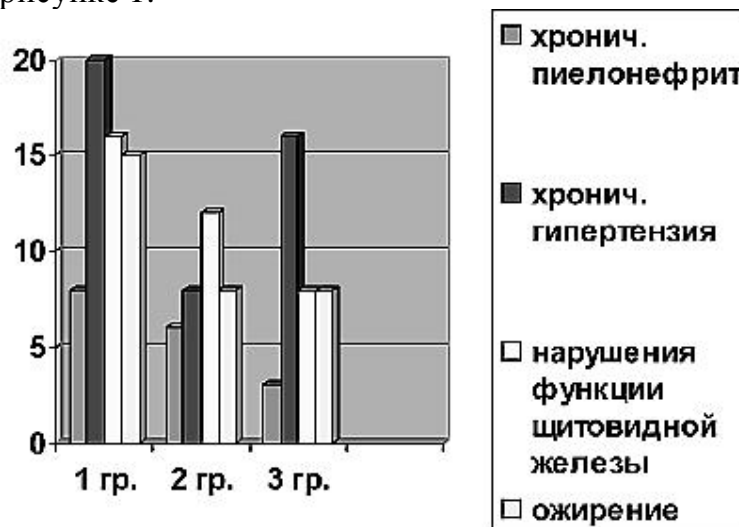


Рис. 1. Экстрагенитальная патология у беременных с крупным плодом.

Самые частые осложнения беременности у женщин с крупным плодом – угроза прерывания (17%, 11%, 15% соответственно в 1, 2, 3 группах), анемия беременных (32%, 17%, 25%), кольпит (26%, 17%, 22%), многоводие (9%, 7%, 8%).

В первой группе средняя продолжительность беременности составила 293 ± 0,99 дня. Индукция родов в 4% случаев происходила в сроке беременности до 39 недель, в 15% – от 274 до 279, в 41% – от 280 до 286, в 36% – от 287 до 293 дней, в 4% – в 294 дня. Среди первородящих к моменту индукции «незрелая» шейка матки была у 4 беременных (P +-mp, 5,9 ± 2,9%), «недостаточно зрелая» шейка матки была у 37 беременных (P +-mp, 54,4 ± 6%); у повторнородящих «незрелой» шейки матки не было, а «недостаточно зрелая» определялась у 10 женщин (P +-mp, 3,1 ± 3%) (табл. 1). При «незрелой» и «недостаточно зрелой» шейке матки с целью ее созревания и родовозбуждения применялся цервикальный Препидил гель 0,5 мг, вагинальный Простин Е2 гель 1 мг или амниотомия; при «зрелой» шейке матки вводился Простин Е2 гель 1 мг или проводилась амниотомия.

Таблица 1

Течение индуцированных родов у беременных с крупным плодом с учетом готовности шейки матки, паритета.

Состояние шейки матки	«Незрелая»		«Недостаточно зрелая»		«Зрелая»		Всего
	Введение геля	Амниотомия	Введение геля	Амниотомия	Амниотомия	Введение геля	
Первородящие							
Число женщин, абс.	1	3	33	16	4	11	68
Повторное введение геля	1	-	8	-	-	-	9*
Последующая амниотомия	-	-	17	-	-	10	27
Применение утеротонических средств	1	3	22	13	3	5	47**
Обезболивание	1	-	17	13	2	6	39***
Кесарево сечение	-	3	10	5	1	1	20***
Вакуум-экстракция плода	-	-	2	2	-	-	4
Повторнородящие							
Число женщин, абс.	-	-	8	17	2	5	32
Повторное введение геля	-	-	3	-	-	-	3*
Последующая амниотомия	-	-	5	-	-	4	9
Применение утеротонических средств	-	-	5	8	2	1	16**
Обезболивание	-	-	3	5	-	2	10***
Кесарево сечение	-	-	1	-	1	-	2***
Вакуум-экстракция плода	-	-	-	-	-	-	-

* t = 0,6, ** t = 1,8, *** t > 2,6, p = 0,01

Повторное введение гелей потребовалось у 9 первородящих и у 3 повторнородящих женщин с «незрелой» и «недостаточно зрелой» шейкой матки (табл. 1). Общая доза примененного простагландина Е2 составила 0,5 – 2,05 мг. С появлением схваток производилась амниотомия; у 41 первородящей и у 23 повторнородящих женщин воды излились самостоятельно.

В родах применение окситоцина, простагландинов F2a или Е2 потребовалось у 4 первородящих женщин с «незрелой» шейкой матки (100%), у 25 (P +-mp, 67,6 ± 7,7%) с «недостаточно зрелой» шейкой матки, у 18 (P +-mp, 66,7 ± 9%) со «зрелой» шейкой матки (табл. 1). Средняя продолжительность

индуцированных родов у первородящих женщин составила 9 ч 30 мин., роды через естественные родовые пути произошли у 48 из них (P +-mp, 70,6 +-5,5%), кесарево сечение в экстренном порядке было проведено у 20 (P +-mp, 29,4 +-5,5%). Показаниями для кесарева сечения явились: отсутствие эффекта от родовозбуждения у 7, слабость родовых сил у 9 (из них у 3 повторно вводился гель), неправильное вставление головки плода у 1, усугубление хронической гипоксии плода у 3 беременных. У 3 первородящих женщин из 9, прооперированных по поводу слабых схваток, можно выставить диагноз клинически узкого таза (данные рост беременной – вес плода следующие: 158 см – 4120 г, 161 см – 4580 г, 164 см – 4800 г). У 39 первородящих женщин (P +-mp, 55,9 +-6%) применялось обезболивание родов, а именно, у 36 – комбинация спазмолитических, анальгетических и седативных средств, у 6 проводилась эпидуральная анестезия. Показанием к вакуум-экстракции плода у четырех первородящих женщин явилась вторичная слабость родовых сил, не поддающаяся медикаментозной коррекции. Послеродовый период у трех женщин осложнился гипотоническим кровотечением, у 15 (P +-mp, 22 +-8,2%) при осмотре родовых путей были обнаружены разрывы шейки матки и влагалища (табл. 2). Средняя продолжительность индуцированных родов у повторнородящих женщин составила 5 ч 50 мин., роды через естественные родовые пути произошли у 20 (P +-mp, 90,9 +-5,1%) из них, кесарево сечение было проведено у 2 (P +-mp, 9,1 +-5,1%). Показанием для кесарева сечения явилась слабость родовых сил, не поддающаяся медикаментозной коррекции. В родах применение окситоцина, простагландинов F2a, E2 потребовалось у 7 повторнородящих женщин с «недостаточно зрелой» шейкой матки (P +-mp, 70 +-14,5%) и у 9 со «зрелой» шейкой матки (P +-mp, 40,9 +-10,5%). Обезболивание родов проводилось у 10 повторнородящих женщин (P +-mp, 50 +-8,8%). Разрывы шейки матки, влагалища, промежности имелись у 9 (P +-mp, 28 +-7,9%) родильниц (табл. 2).

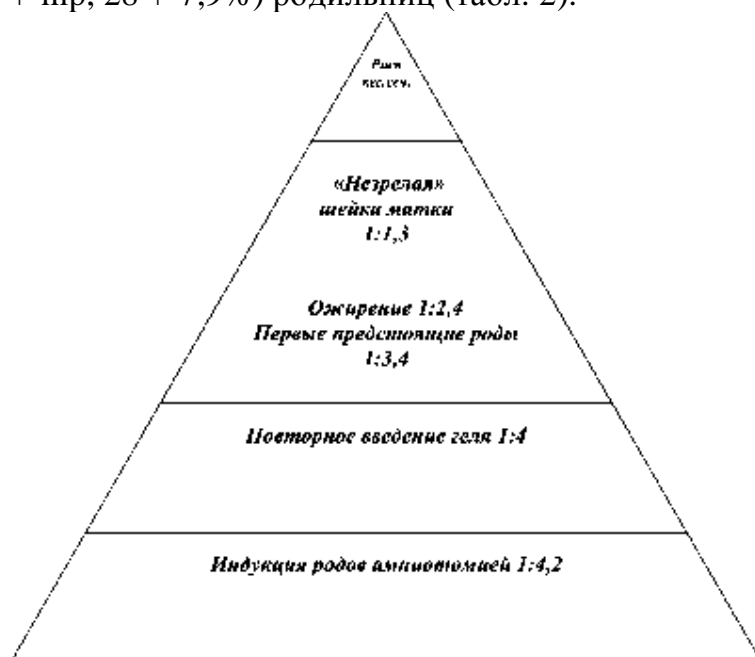


Рис. 2. Риск кесарева сечения при индукции родов у беременных с крупным плодом.



Рис. 3. Средняя кровопотеря при родоразрешении per vias naturales. * $t = 0,5$

У всех женщин второй группы роды начались спонтанно; средний срок беременности к началу родов составил $280 \pm 0,6$ дней. Начало схваток в 7% случаев наступило до 39 недель беременности, в 30% – в сроки от 274 до 279 дней, в 45% – от 280 до 286 дней, и в 18% – от 387 до 291 дня. Средняя продолжительность родов у первородящих женщин этой группы была 9 ч 55 мин., роды через естественные родовые пути произошли у 44 из них (P +-pm, 78,6 +/-5,5%), кесарево сечение было проведено у 12 (P +-pm, 21,4 +/-5,5%). Показаниями для кесарева сечения явились: слабость родовых сил у 9, частичная отслойка нормально расположенной плаценты у 1, усугубление хронической гипоксии плода у 2 беременных. У 3 первородящих женщин из 9, прооперированных по поводу слабых схваток, можно выставить диагноз клинически узкого таза (данные рост беременной – вес плода следующие: 158 см – 4000 г, 158 см – 4200 г, 158 см – 4490 г). Обезболивание родов применялось у 34 рожениц (P +-pm, 60 +/-6,5%). Коррекция слабости родовых сил утеротониками проводилась у 23 (P +-pm, 41 +/-6,6%) первородящих женщин второй группы. Показанием к вакуум – экстракции плода у двух первородящих женщин явилась вторичная слабость родовых сил, не поддающаяся медикаментозной коррекции. Средняя продолжительность родов у повторнородящих женщин во второй группе была 5 ч 15 мин., роды через естественные родовые пути произошли у 42 из них (P +-pm, 95,5 +/-3,1%), кесарево сечение было проведено у 2 (P +-pm, 4,5 +/-3,1%). Причина кесарева сечения – ухудшение состояния плода в родах. Обезболивание применялось у 22 рожениц (P +-pm, 48,9 +/-7,5%). Коррекция слабости родовых сил утеротониками проводилась у 11 (P +-pm, 25 +/-6,5%) повторнородящих женщин второй группы.

Средний срок беременности к моменту операции кесарево сечение у беременных третьей группы был $277 \pm 0,71$ день. Показания для планового кесарева сечения были следующими: оперированная матка (P +-pm, 15 +/-3,6%), хроническая гипоксия плода (P +-pm, 12 +/-3,2%), отягощенный гинекологический анамнез – бесплодие, ЭКО, привычное невынашивание-(P +-pm, 8 +/-2,7%), возрастные первородящие (P +-pm, 27 +/-4,4%), тазовое предлежание плода (P +-pm, 4 +/-1,9%), миопия высокой степени (P +-pm, 4 +/-

1,9%), рубцовая деформация шейки матки (P +-pm, 2 +-1,4%), обострение генитального герпеса (P +-pm, 1 +-0,9%), предлежание плаценты (P +-pm, 1 +-0,9%), поперечносуженный таз (P +-pm, 1 +-0,9%), сочетанные показания (P +-pm, 45 +-4,9%). Субинволюцией матки и гематометрой осложнился поздний послеродовой период у 2 женщин (табл. 2).

Таблица 2

Осложнения последового, послеродового периодов у женщин с крупным плодом

Осложнения последового, послеродового периодов	Количество беременных								
	1 группа			2 группа			3 группа		
	Первород., абс.	Повторнород., абс.	n	Первород., абс.	Повторнород., абс.	n	Первород., абс.	Повторнород., абс.	n
Задержка частей последа, плотное прикрепление	1	1	2	4	2	6	-	-	-
Гипотоническое кровотечение	3	-	3	4	-	-	1	-	-
Разрывы шейки матки, влагалища, промежности	15*	9*	24	12*	9*	21	-	-	-
Эпизиотомия	26**	4**	30	32**	10**	42	-	-	-
Гемато-лохиометра, субинволюция матки	6	3	9	9	5	14	2	-	2

*t < 0,6, ** t > 3, p < 0,01

Современными методами исследования было установлено, что 14 (P +-pm, 14 +-3,5%) плодов в первой, 19 (P +-pm, 19 +-3,9%) во второй и 12 (P +-pm, 12 +-3,2%) в третьей группе испытывали гипоксию (табл. 3). Из них в легкой, умеренной асфиксии родилось 4 новорожденных из первой, 2 из второй и 1 из третьей групп; коэффициент корреляции между гипоксией плода и асфиксией новорожденного составил 0,5 (умеренная связь). Случаев тяжелой асфиксии не было.

Таблица 3

Особенности течения перинатального периода при крупном плоде

Течение перинатального периода	1 группа	2 группа	3 группа
	Абс. число	Абс. число	Абс. число
Хроническая гипоксия плода	14	19	12
Асфиксия новорожденного	5	6	1
Токсическая зрительная	5	6	1
Транзиторная гипертермия	1	-	-
Физиологическая, патологическая гипербилирубинемия	14 ***	16 ***	-
Родовой травматизм (кефалогематома, перелом ключицы, плексит)	7 ****	6 ****	-
Перинатальные нарушения нервной системы	25 *	17 **	7 ***
Врожденный порок сердца	4	5	4
Врожденная внутриутробная инфекция	2	2	-
ОРВИ	3	1	2

* t = 3,6, p < 0,01; ** t = 2,2, p = 0,05; *** (различия между 1 и 3, 2 и 3 группами) t = 4, p = 0,001; **** (различия между 1 и 3, 2 и 3 группами) t = 2,7, p < 0,05

В группе индуцированных родов трое новорожденных с асфиксией были извлечены с помощью вакуум-экстракции (показание – вторичная слабость родовых сил, не поддающаяся медикаментозной коррекции), один извлечен на операции кесарево сечение (показание – усугубление хронической гипоксии плода в родах). Гипербилирубинемия была у 14 (Р +-рп, 14 +-3,5%) новорожденных, 12 из них родились в результате индукции родов местными формами простагландинов; в 13 из 14 родов применялась родостимуляция. Переломы ключицы, кефалогематомы имелись у 7 (Р +-рп, 7 +-2,6%) новорожденных этой группы (табл. 3). В первой группе домой были выписаны 85 новорожденных с рекомендациями наблюдения во второй группе здоровья («угрожаемые дети»); остальные 15 были переведены на второй этап, из них 8 – в психоневрологическое отделение с сохраненной дисфункцией центральной системы для дальнейшего лечения и реабилитации, 3 – с острой респираторной инфекцией и 4 – с подозрением на врожденный порок сердца.

Во второй группе двое новорожденных с асфиксией испытывали внутриутробную гипоксию, трое родились с родостимуляцией (средняя продолжительность родов составила 12 ч +-3 ч 12 мин.), один родился в результате быстрых родов. Гипербилирубинемия была у 16 (Р +-рп, 16 +-3,7%) новорожденных; в 7 родах из 16 применялась родостимуляция. Родовая травма имелась у 6 (Р +-рп, 6 +-2,4%) новорожденных этой группы (табл. 3). Во второй группе домой были выписаны 86 новорожденных; 7 были переведены в психоневрологическое отделение, 5 для уточнения врожденного порока сердца.

В третьей группе случаев гипербилирубинемии, родового травматизма среди новорожденных не было (табл. 3). Перинатальные нарушения нервной системы в третьей группе выражались в транзиторной неврологической дисфункции (трое детей родились от беременных с некомпенсированным гипотиреозом), один случай легкой асфиксии пришелся на ребенка с гидроцефалией. В третьей группе домой были выписаны 93 новорожденных; 17 был переведен в психоневрологическое отделение, 4 для уточнения врожденного порока сердца.

При гистологическом исследовании 63 плацент в 1 группе, в 11 (Р +-рп, 17,5 +-4,8%) из них были обнаружены инволютивно – дистрофические изменения, в 12 (Р +-рп, 19 +-4,9%) – воспалительные изменения, в 10 (Р +-рп, 15,9 +-4,6%) – диссоциированное созревание ворсин, в 30 (Р +-рп, 47,6 +-6,3%) – изменения, соответствующие сроку гестации. Из 46 исследованных плацент во 2 группе с признаками старения были 7 (Р +-рп, 15,2 +-5,3%), с признаками воспаления – 14 (Р +-рп, 30,4 +-6,8%), с нарушенным созреванием – 13 (Р +-рп, 28,4 +-6,6%), зрелые – 12 (Р +-рп, 26 +-6,5%). В 3 группе при морфологическом исследовании 100 плацент были выявлены только воспалительные изменения и задержка развития ворсин (Р +-рп, 6 +-2,4% и 10 +-3% соответственно).

Результаты и обсуждение

Беременные крупным плодом относятся к группе высокого риска для матери и плода ввиду большого числа осложнений во время беременности, в родах, послеродовом периоде (табл. 2) (1,2,5,6).

Плановое кесарево сечение у беременных с крупным плодом исключает травматизм новорожденных; перинатальные нарушения нервной системы встречаются у них достоверно реже, чем у рожденных через естественные родовые пути (табл. 3).

Индукция родов на крупном плоде приводит к такому же проценту осложнений у матери и плода, как и при спонтанных родах крупным плодом (табл. 2,3).

Роды крупным плодом, как спонтанные, так и индуцированные у первородящих женщин (6,7) чаще заканчиваются операцией кесарево сечение (29,4+-5,5% в первой, 21,4 +-5,5% во второй группах по сравнению с повторнородящими 9,1 +-5,1% и 4,5 +-3,1% соответственно), достоверно чаще применяется обезболивание, эпизиотомия и вакуум-экстракция плода.

Показаниями для планового кесарева сечения у беременных с крупным плодом являются: перенашивание беременности у первородящих, неготовность родовых путей у первородящих в сочетании с другими признаками биологической неготовности к родам, кесарево сечение в анамнезе, множественная миома матки, анатомически узкий таз, бесплодие, невынашивание в анамнезе, выраженное ожирение, тазовое предлежание, неправильное положение плода, тяжелый гестоз, гипоксия плода, тяжелая экстрагенитальная патология у женщины, измененная плацента, нарушение кровотока по данным ультразвукового исследования, масса плода свыше 4500 г. При решении индуцировать роды, должна реализоваться поэтапная концепция индукции, необходим мониторинг за состоянием роженицы и плода, применение обезболивающих средств; в конце второго периода обязательна эпизиотомия. Амниотомия для родовозбуждения должна применяться только у повторнородящих женщин со «зрелой» шейкой матки. При возникновении осложнений (неправильное вставление предлежащей части, клинически узкий таз, отслойка плаценты, острая гипоксия плода) роды необходимо закончить путем операции кесарево сечение. Вторичная слабость родовых сил – показание для кесарева сечения без предварительной родостимуляции у первородящих женщин.

Литература

1. Грищенко, В.И., Яковцев, А.Ф. Крупный плод.-К.: Здоровье.,1999.-184с.
2. Дуда, И.В., Дуда, В.И. Клиническое акушерство. – Минск: Выш.шк.,1997. – 604с.
3. Елиневская, Г.Ф., Ткаченко, А.К., Елиневский, Б.Л. Большевесные новорожденные дети (проблемы и реабилитация). – Минск: БГМУ,2002. – 22с.
4. Чернуха, Е.А. Родовой блок. – М., «Триада-Х»,2003. – 712с.
5. Шехтман, М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии. – М. «Триада»,1999. – 816с.

6. Ben – Haroush A., Glickman H. Induction of labor in pregnancies with suspected large-for-gestational-age fetus and unfavorable cervix. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*-2004.-Vol. 116, N 15.-P. 182-185.
7. Simhayoff N. Sheiner E. To induce or not to induce labor a macrosomic dilemma. *Gynecol. Obstet. Invest.*-2004.-Vol. 58, N 3.-P. 121-125