

УДК 618. 162

Икрамова Шохсанам Сарварбек Кизи.,

Юлдашева Азадахон Сабировна

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Андижанский государственный медицинский институт

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У
ЖЕНЩИН С ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В НАШЕМ РЕГИОНЕ**

Резюме: Переношенная беременность является одной из важных проблем современного акушерства. Переношенная беременность продолжается дольше физиологической на 10-14 дней и заканчивается рождением перезрелого ребенка. Роды при переношенной беременности относятся к патологическим и называются запоздалыми.

Течение переношенной беременности характеризуется высоким процентом осложнений (гестозы, анемия, гипоксия и асфиксия плода), а также осложнений в родах (преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовых сил, клинически узкий таз, гипотоническое кровотечение, гипоксия и асфиксия плода, родовые травмы матери и плода). Частота переношенной беременности, по данным различных авторов, составляет от 2 до 14% случаев.

Ключевая слова: переношенная беременность, течения беременности, регион.

Ikramova Shokhsanam Sarvarbek Kizi.,

Yuldasheva Azadakhon Sabirovna

Department of Obstetrics and Gynecology No. 2

Andijan State Medical Institute

**FEATURES OF THE COURSE OF PREGNANCY AND
CHILDBIRTH IN WOMEN WITH POST-TERM PREGNANCIES
LIVING IN OUR REGION**

Resume: Delayed pregnancy is one of the important problems of modern obstetrics. The postponed pregnancy lasts longer than the physiological one by 10-14 days and ends with the birth of an overripe child. Childbirth during delayed pregnancy is considered pathological and is called delayed.

The course of post-term pregnancy is characterized by a high percentage of complications (gestosis, anemia, hypoxia and fetal asphyxia), as well as complications in childbirth (premature discharge of amniotic fluid, abnormalities of labor forces, clinically narrow pelvis, hypotonic bleeding, hypoxia and fetal asphyxia, birth injuries of the mother and fetus). The frequency of postponed pregnancy, according to various authors, ranges from 2 to 14% of cases.

Keywords: postponed pregnancy, pregnancy course, region.

Актуальность. Проблема переносимости беременности остается весьма актуальной для современного акушерства, что связано с рядом факторов. Несмотря на прогрессивное развитие перинатальной медицины, переносимая беременность на сегодня занимает одно из первых мест среди причин перинатальной смертности и неонатальной заболеваемости[2,6].

В РФ в 2004 году показатель перинатальной смертности составил 10,9‰, в то время как в 1999 году этот показатель составлял 14,2‰ [1,4]. Значительным резервом снижения перинатальной смертности и перинатальной заболеваемости является оптимизация тактики ведения переносимости беременности.

В настоящее время не возникает сомнения, что выбор наиболее оптимального метода ведения родов невозможен без учета степени перинатального риска [5,9]. По данным Е.А. Чернухи и соавт. (2001) [7], дифференцированный подход к беременным различной степени риска позволяет снизить уровень перинатальной смертности почти на 30%.

Поэтому крайне важной остается стратегия риска в современных акушерстве и перинатологии, которая появилась при изучении причин материнской и перинатальной смертности [6,9].

Беременность высокого перинатального риска всегда связана с увеличением риска смерти или болезни плода и новорожденного вследствие неблагоприятного влияния заболеваний матери, осложнений беременности, заболеваний самого плода, аномалий его развития [3].

Современное состояние и тенденции в заболеваемости женщин и новорожденных порождают замкнутый цикл: больной плод - больной ребенок - больной подросток - больные родители. Продолжительность этого цикла составляет 20-25 лет, и с каждым новым циклом патологическая поражаемость новорожденных возрастает.

Ухудшение здоровья населения планеты и научно технический прогресс, обеспечивающий широкие возможности для диагностики и лучшие условия для оперативного вмешательства, имеют тенденцию к постоянному росту. Эту же тенденцию имеет и частота кесарева сечения во всем мире. Действительно, как отмечают А.Н. Стрижаков и др. (2000) [4], в условиях низкой рождаемости нетрудно обосновать показания к первому кесареву сечению в интересах плода. Этот вывод не может не вызывать настороженности. Расширение показаний к абдоминальному родоразрешению не может быть бесконечным, поскольку не улучшает индекса здоровья ни женщин, ни рожденных детей. Решению этих вопросов, в частности оптимизации тактики ведения переносимой беременности, и посвящена данная работа.

Цель исследования. Улучшить исход переносимой беременности и родов путем дифференцированного подхода к выбору времени и метода родоразрешения.

Материалы и методы исследования. Чтобы выполнить поставленную перед нами задачу, мы отобрали для обследования в общей

сложности 80 женщин в послеродовом периоде, проживающих в нашем регионе, и изучили особенности протекания у них беременности и родов

Результаты исследования. Переношенная беременность в нашем регионе составляет 2,0% от общего числа родов и в 2,3 раза чаще встречается среди первородящих.

Основными факторами риска переношенной беременности у первородящих являются: возраст - старше 25 лет, заболевания мочевыделительной системы (23,8%), ожирение (27,3%), беременность вне брака (24,1%); у повторнородящих: возраст 31 год и старше, отягощенный соматический анамнез - заболевания сердечно-сосудистой системы (36,1%), мочевыделительной (22,5%) и пищеварительной систем (23,3%), ожирение (29,3%), репродуктивные потери в анамнезе. Установить однозначно достоверный прогностический фактор не представляется возможным - не исключено, что его нет.

В основе выбора тактики родоразрешения женщин с переношенной беременностью при наличии совокупности относительных показаний лежит определение степени перинатального риска: 25 баллов и выше - абдоминальное родоразрешение; до 24 баллов - программированные роды. Наиболее оптимальным сроком родоразрешения женщин с перенашиванием является 41 неделя беременности, так как с увеличением срока перенашивания прямо пропорционально увеличивается показатель перинатальной заболеваемости: среди родоразрешенных в 41 неделю - 10,8%, в 42 недели - 32,5% и в 43 недели - 164,5% соответственно.

У беременных с перенашиванием и "незрелой" шейкой матки, низкой и средней степенью перинатального риска необходимо избегать пассивного ожидания спонтанной родовой деятельности или "созревания" шейки матки, а проводить преиндукционную подготовку шейки матки, чтобы затем применить родовозбуждение. Достижение степени риска 25

баллов и выше, в том числе определенных интранатально, должно стать основанием для абдоминального родоразрешения.

Разработанный алгоритм дифференцированного подхода к выбору времени и метода родоразрешения в зависимости от степени перинатального риска, срока гестации и "зрелости" шейки матки позволяет полностью нивелировать перинатальную смертность и снизить перинатальную заболеваемость с 77,6% при спонтанных родах до 16,8% - при программированных родах (на примере родильного дома №25 г.Москвы в течение 2004-2006гг.).

При перенашивании у беременных с низкой и средней степенью перинатального риска, особенно при пограничных значениях оценки перинатального риска (20-24 балла), необходимо проводить постоянное антенатальное слежение за состоянием плода с привлечением УЗИ, кардиотокографии, доплеровского исследования и т.п.

Отсутствие роста БПР, ПЗРГ, БРГ и ПЗРЖ на фоне увеличения БРЖ, снижение оценки БФП плода (суб- и декомпенсированные фазы ПН), развитие феномена централизации плодового кровообращения, появление поздних децелераций и вариабельность сердечного ритма должны стать основанием для абдоминального родоразрешения.

Для снижения ложноположительных и ложноотрицательных результатов в диагностике маловодия от амниоскопии следует отказаться или её данные необходимо сопоставлять с эхографическими показателями. В любом случае количество вод следует оценивать эхографически.

При перенашивании у рожениц с околоплодными водами, окрашенными меконием, необходимо прибегать к амниоинфузии теплым изотоническим раствором в течение 2-3 часов под постоянным кардиотокографическим контролем. В случае появления поздних децелераций и снижения вариабельности сердечного ритма родоразрешать путем экстренного кесарева сечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Апресян В.В. Генетические аспекты репродуктивного здоровья женщин с алиментарно-конституциональным ожирением: Автореф. дис.канд.мед.наук. М., 2004. - 23с.
2. Белослудцева Н.Н. Перинатальная смертность в Нижегородской области: клиничко-биологические и медико-социальные аспекты: Автореф. дис . канд. мед. наук. -М., 1996.
3. Бондаренко К.В. Программированные роды — резерв снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности: Автореф. дисс . канд. мед. наук. М., 2007. - 23 с.
4. Василенко Л.В., Змеева М.А. Индукция родовой деятельности при перенашивании беременности // Индукция сократительной деятельности матки: Сб. науч. тр. Саратов: Изд-во СМУ, 2000. - С. 35-37.
5. Подтетенев А.Д. Прогнозирование, профилактика и лечение слабости и дискоординации родовой деятельности): Автореф. дис. . док. мед. наук. -М., 2003.- 44 с.
6. Радзинский В.Е., Костин И.Н. Акушерская агрессия как причина снижения качества родовспоможения // Вестник РУДН. 2005. - №4 (32). - С.9 -12.
7. Baskett T.F., Allen V.M., O'Connell C.M. et al. Predictors of respiratory depression at birth in the term infant // BJOG. 2006. - V.1 13, №7. - P.769-774.
8. Treger M., Hallak M., Silberstein T. et al. Post-term pregnancy: should induction of labor be considered before 42 weeks? // J Matern Fetal Neonatal Med. 2002. - V. 11, №1. -P.50-53.
9. Urban L., Lemancewicz A. The Doppler cerebroplacental ratios and perinatal outcome in post-term pregnancy // Gynecol. Pol. 2000. - V.71, №4. - P.317-321.

10. Verrotti C., Bedocchi L., Piantelli G. et al. Amniotic fluid index versus largest vertical pocket in the prediction of perinatal outcome in post-term pregnancies // Acta Biomed. 2004. - V.75 Suppl 1. - P.67-70.