

ОСОБЕННОСТИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА

© Л.А. Иванова¹, Е.В. Титкова²

¹ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург;

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Для цитирования: Иванова Л.А., Титкова Е.В. Особенности родоразрешения у пациенток с перинатальной гибелью плода // Педиатр. – 2017. – Т. 8. – № 4. – С. 57–63. doi: 10.17816/PED8457-63

Поступила в редакцию: 24.05.2017

Принята к печати: 12.07.2017

В статье представлены особенности течения родового акта у пациенток с перинатальной гибелью плода в сравнении с контрольной группой женщин, родивших детей, переживших 7 суток жизни. Проведено сравнение антропометрических данных роженицы (веса на момент родоразрешения, результатов пельвиометрии), частоты встречаемости различных аномалий костного таза у женщин, пола новорожденных, сроков родоразрешения, особенностей предлежания плода, длительности безводного промежутка, первого, второго и третьего периодов родов, проведенных манипуляций (длительная перидуральная и эпидуральная анестезия, перинеотомия и эпизиотомия, наложение акушерских щипцов, наложение вакуум-экстрактора, предоставление медикаментозного сна-отдыха, родовозбуждение, родостимуляция, амниотомия, ручное обследование полости матки, гемотрансфузия) и оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения. Выявлены ряд достоверных различий в основной группе и группе сравнения, которые могут быть расценены как предикторы перинатальной гибели плода. Так, к группе риска по перинатальной гибели плода относятся женщины с различными аномалиями костного таза, в частности общеравномерносуженным и поперечносуженным тазом, дети, родившиеся от недоношенной беременности, в тазовом предлежании, при сокращении длительности первого периода родов, увеличении длительности второго и третьего периодов родов, выполнении амниотомии, ручного обследования полости матки, гемотрансфузии у роженицы. При этом частота выполнения большинства акушерских манипуляций в обеих группах достоверно не различается.

Ключевые слова: перинатальная гибель плода; роды; безводный промежуток; кесарево сечение; амниотомия; родовозбуждение.

FEATURES OF DELIVERY IN PATIENTS WITH PERINATAL FETAL DEATH

© L.A. Ivanova¹, E.V. Titkova²

¹S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg, Russia;

²St Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Russia

For citation: Ivanova LA, Titkova EV. Features of delivery in patients with perinatal fetal death. *Pediatrician (St Petersburg)*. 2017;8(4):57-63. doi: 10.17816/PED8457-63

Received: 24.05.2017

Accepted: 12.07.2017

The article presents the features of the course of the birth act in patients with perinatal fetal death, in comparison with the control group of women who gave birth to children who survived 7 days of life. The comparison of the anthropometric data on the parturient (weight at the time of delivery, the results of pelviometry), the incidence of various anomalies of the bone pelvis in women, the sex of the newborn, the timing of delivery, the presentation of the fetus, the duration of the anhydrous interval, the first, second and third periods of labor, Epidural anesthesia, perineotomy and episiotomy, the imposition of obstetric forceps, the imposition of a vacuum extractor, the provision of a medical sleep, labors induction, labors stimulation, amniotomy, manual examination of the uterus cavity, blood transfusion) and surgical delivery by cesarean section. A number of significant differences in the main group and the comparison group that can be regarded as predictors of perinatal fetal death are revealed. For example, women with various abnormalities of the pelvis, in particular the uniformly deformed and transversely pelvic pelvis, children born from premature pregnancy, in the pelvic presentation, with a reduction in the duration of the first period of labor, an increase in the duration of the second and third periods of labor, are at risk for perinatal fetal death, Performance of amniotomy, manual examination of the uterine cavity, blood transfusion at the puerpera. At the same time, the frequency of most obstetric manipulations in both groups does not differ significantly.

Keywords: perinatal fetal death; childbirth; anhydrous interval; caesarean section; amniotomy; induction of childbirth.

Охрана здоровья матери и ребенка является важнейшей задачей государства, так как определяет будущее нации, что было подтверждено в Концепции демографической политики Российской Федерации до 2025 года, Национальном приоритетном проекте «Здоровье» [2, 3, 6, 8, 9]. Говоря о здоровье ребенка, необходимо помнить, что оно определяется течением перинатального периода, который и обуславливает потенциал здоровья на всю дальнейшую жизнь [11]. Именно перинатальная патология является причиной большинства детских заболеваний и практически всей детской инвалидности [1, 4, 7, 10]. Взаимосвязь между состоянием здоровья матери, состоянием плацентарного комплекса, состоянием плода и здоровьем рожденного ребенка делает совершенно необходимым тесное сотрудничество между врачами ультразвуковой диагностики, акушерами-гинекологами и неонатологами. Только такой интегральный подход даст возможность своевременной качественной оценки состояния плода и матери, выбора оптимального времени и способа родоразрешения, применения всех средств жизнеобеспечения и реанимации новорожденного [5]. Задачей современной медицины является своевременное выделение групп риска и прогнозирование перинатальной гибели плода.

Цель исследования: выявить факторы, влияющие на частоту интранатальной и ранней постнатальной гибели плода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами был проведен комплексный анализ течения беременности и родов 663 беременных женщин, находившихся на учете в женских консультациях и родоразрешенных в родильных домах Санкт-Петербурга и Ленинградской области за 2009–2016 годы. Данные пациентки были разделены

на основную группу (307 женщин с перинатальной гибелью плода, при этом 159 плодов погибли антенатально в сроке 22–40 недель беременности, что было зафиксировано до начала родовой деятельности или оперативного родоразрешения, 148 новорожденных погибли интра- и постнатально) и группу сравнения (357 женщин, родивших живых детей, переживших первые 7 суток). Ретроспективный анализ проводился на основании следующей медицинской документации: история родов (форма № 096/у), история развития новорожденного (форма № 097/у), протокол исследования последа, протокол вскрытия плода (новорожденного) в случае его перинатальной гибели.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При поступлении для родоразрешения всем женщинам было проведено определение веса и пельвиометрия. Результаты антропометрических данных рожениц представлены в таблице 1.

Вес на момент родоразрешения у пациенток исследуемых групп значимо не различался. Аномалии костного таза в основной группе встречались в 1,5 раза чаще, чем в контрольной (различия значимы), при этом общеравномерносуженный таз отмечен почти в 1,5 раза чаще, а поперечносуженный таз более чем в 3 раза чаще, чем в группе сравнения.

Пол плода в основной и контрольной группах не различался, соотношение мальчики/девочки примерно составило 1 : 1 — в основной группе (%) 56 : 44, в контрольной (%) — 51 : 49 ($p > 0,05$). Данные результаты опровергают расхожее мнение о том, что чаще происходит перинатальная гибель плодов именно мужского пола.

После родоразрешения у всех пациенток была проведена оценка срока беременности, данные на момент родоразрешения представлены в таблице 2.

Таблица 1

Антропометрические данные у пациенток основной и контрольной групп

Показатели	Основная группа ($n = 283$)	Группа сравнения ($n = 357$)	Значимость различий
Вес	75,02 ± 2,057	74,09 ± 1,23	$p > 0,05$
Нормальные размеры таза	226 (73,6 %)	299 (83,7 %)	$p < 0,05$
Аномалии костного таза	81 (26,4 %)	58 (16,3 %)	$p < 0,05$
Общеравномерносуженный таз	45 (14,7 %)	36 (10,1 %)	$p < 0,05$
Поперечносуженный таз	32 (10,4 %)	11 (3,1 %)	$p < 0,05$
Плоский таз	4 (1,3 %)	11 (3,1 %)	$p < 0,05$

Таблица 2

Срок беременности на момент родоразрешения

Показатели	Основная группа ($n = 307$)	Группа сравнения ($n = 357$)	Значимость различий
Преждевременные роды	174 (56,7 %)	16 (4,5 %)	$p < 0,05$
Срок беременности в неделях	33,4 ± 0,69	38,9 ± 0,13	$p < 0,05$

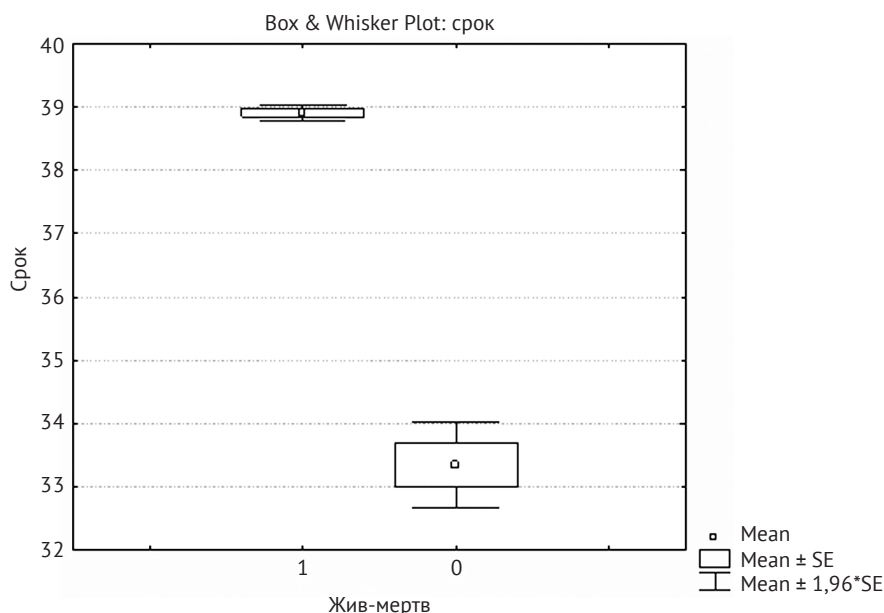


Рис. 1. Срок беременности на момент родоразрешения у пациенток основной и контрольной групп

Таблица 3

Особенности течения родов у пациенток основной и контрольной групп

Показатели	Основная группа (n = 307)	Группа сравнения (n = 357)	Значимость различий
Тазовое предлежание	35 (11,4 %)	24 (6,7 %)	$p < 0,05$
Преждевременное излитие околоплодных вод	56 (18,2 %)	68 (19,1 %)	$p > 0,05$
Длительность безводного промежутка (часы)	$18,3 \pm 14$	$7,36 \pm 1,15$	$p > 0,05$
Длительность первого периода родов (часы)	$6,5 \pm 0,6$	$7,8 \pm 0,41$	$p < 0,05$
Длительность второго периода родов (минуты)	$14,4 \pm 1,7$	$11,2 \pm 0,51$	$p < 0,05$
Длительность третьего периода родов (минуты)	$8,6 \pm 0,86$	$6,6 \pm 0,5$	$p < 0,05$

У пациенток основной группы беременность более чем в 10 раз чаще заканчивалась преждевременными родами (различия значимы). Срок беременности на момент родоразрешения у них был ниже, чем в контрольной группе, и составлял в среднем 33/34 недели против 38/39 недель. Срок беременности на момент родоразрешения у пациенток основной и контрольной групп и стандартное отклонение представлены на рисунке 1.

Особенности течения родов представлены в таблице 3.

Роды в тазовом предлежании в основной группе происходят в два раза чаще, чем в контрольной (различия достоверны). Данный факт можно объяснить большей частотой в ней преждевременных родов, которые являются фактором риска формирования

тазового предлежания плода в связи с незрелостью его вестибулярного аппарата и большей подвижностью. Преждевременное излитие околоплодных вод при беременности у пациенток основной и контрольной групп происходило с одинаковой частотой 18–19 %. Соответственно, длительность безводного промежутка у пациенток обеих групп достоверно не различалась. Отсутствие различий в длительности безводного промежутка объясняется тем, что у рожениц основной группы чаще отмечался длительный (несколько суток) безводный промежуток и короткий безводный промежуток при преждевременных родах. Средняя длительность безводного промежутка у пациенток основной и контрольной групп и стандартное отклонение представлены на рисунке 2.

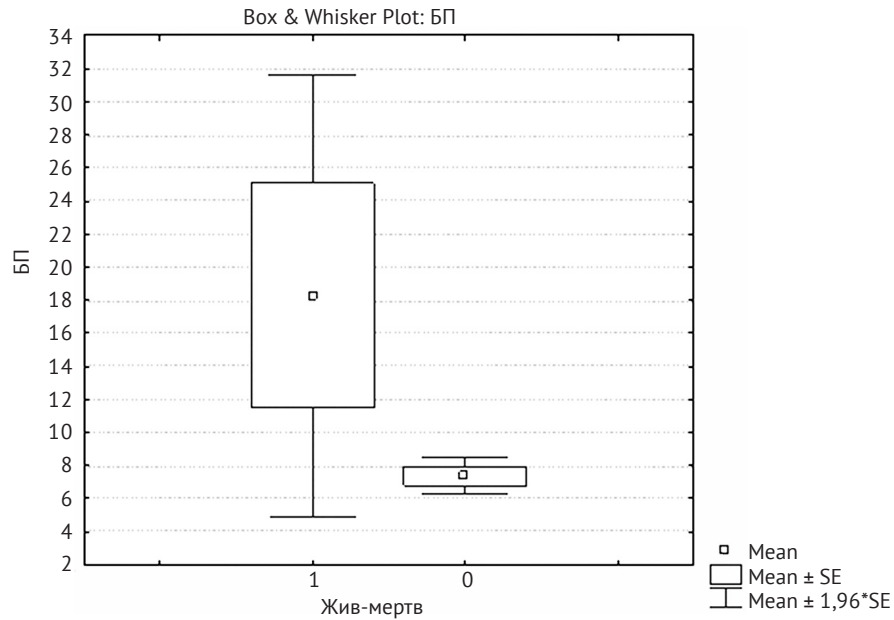


Рис. 2. Средняя длительность безводного промежутка у пациенток основной и контрольной групп

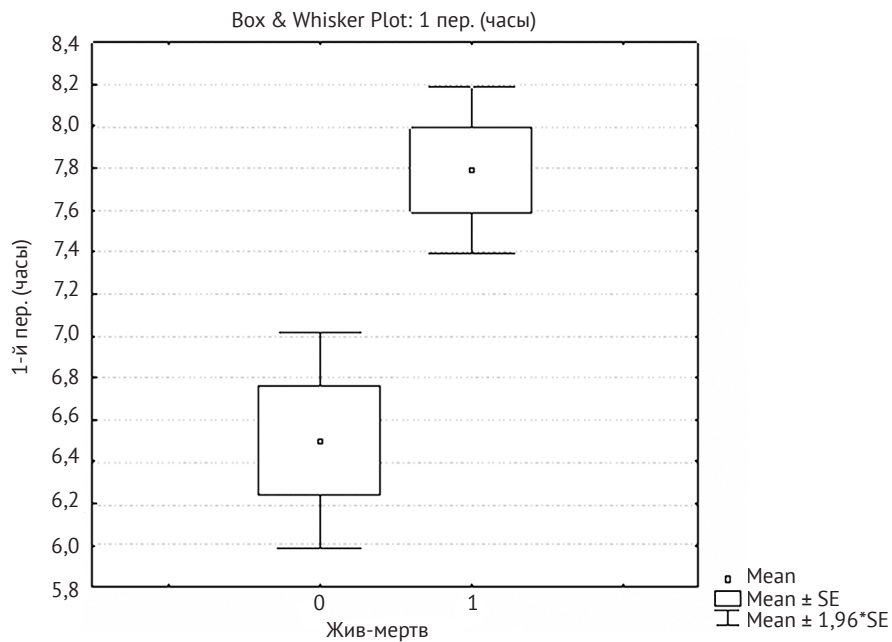


Рис. 3. Средняя длительность первого периода родов у пациенток основной и контрольной групп

Длительность первого периода родов у рожениц основной группы достоверно меньше, что можно объяснить большей частотой у них преждевременных родов, а также такой патологией родового акта, как быстрые и стремительные роды. Только в основной группе встречались домашние роды и роды в машине «скорой помощи», как крайнее проявление стремительных родов. Средняя длительность первого периода родов у пациенток основной и контрольной групп и стандартное отклонение представлены на рисунке 3.

Длительность второго периода родов у рожениц основной группы достоверно больше, что связано с более частым формированием у них клинически узкого таза, травматичным течением второго периода родов, вплоть до проведения плодоразрушающих операций. Средняя длительность второго периода родов у пациенток основной и контрольной групп и стандартное отклонение представлены на рисунке 4. Длительность третьего периода родов у пациенток основной группы также значительно больше. Данный факт объясняется более частым фор-

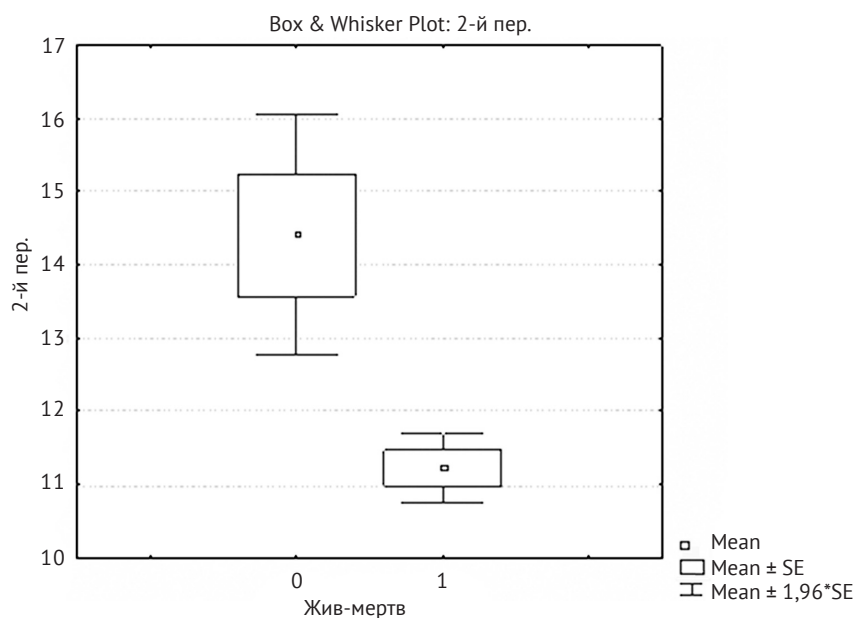


Рис. 4. Средняя длительность второго периода родов у пациенток основной и контрольной групп

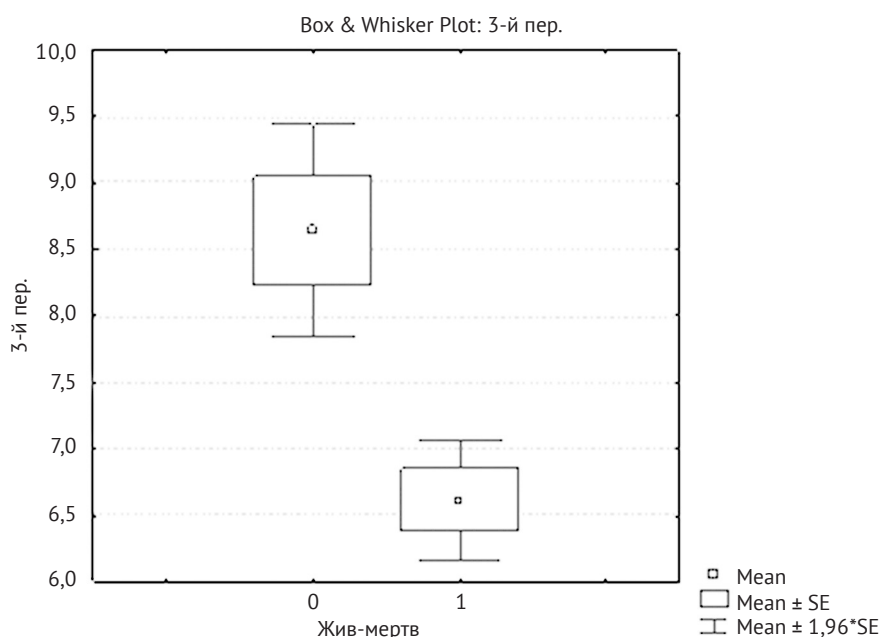


Рис. 5. Средняя длительность третьего периода родов у пациенток основной и контрольной групп

мированием у них патологии отделения плаценты и выделения последа, которое часто формируется на фоне воспалительного процесса. Средняя длительность третьего периода родов у пациенток основной и контрольной групп и стандартное отклонение представлены на рисунке 5.

Оперативные пособия в родах у пациенток основной и контрольной групп представлены в таблице 4.

При сравнении частоты оперативных вмешательств в конце беременности и в родах у пациен-

ток основной и контрольной групп было выявлено, что большинство манипуляций (длительная перидуральная анестезия, перинеотомия, наложение акушерских щипцов, наложение вакуум-экстрактора, предоставление медикаментозного сна-отдыха) выполняются в обеих группах с одинаковой частотой, которая достоверно не различается.

В основной группе достоверно выше частота выполнения амниотомии в связи с необходимостью проводить родовозбуждение при наличии антенатальной гибели плода. Кесарево сечение достоверно

Таблица 4

Оперативные пособия в родах у пациенток основной и контрольной групп

Показатели	Основная группа (n = 283)	Группа сравнения (n = 357)	Значимость различия
Родовозбуждение и родостимуляция	16 (5,2 %)	38 (10,6 %)	$p < 0,05$
Кесарево сечение	87 (28,3 %)	152 (42,6 %)	$p < 0,05$
Ручное/инструментальное обследование полости матки	32 (10,4 %)	14 (3,9 %)	$p < 0,05$
Длительная перидуральная анестезия	1 (0,33 %)	2 (0,56 %)	$p > 0,05$
Медикаментозный сон-отдых	3 (1,0 %)	3 (0,84 %)	$p > 0,05$
Перинеотомия/эпизиотомия	26 (8,5 %)	25 (7 %)	$p > 0,05$
Амниотомия	72 (23,5 %)	44 (12,3 %)	$p < 0,05$
Наложение акушерских щипцов	2 (0,7 %)	–	$p > 0,05$
Наложение вакуум-экстрактора	3 (1,0 %)	6 (1,7 %)	$p > 0,05$
Гемотрансфузия	8 (2,6 %)	–	$p < 0,05$

чаще выполнялось в контрольной группе, что можно объяснить большим количеством хронической соматической и генитальной патологии, в том числе вторичного бесплодия и беременностей, наступивших в результате процедуры ЭКО в контрольной группе. Ручное и инструментальное обследование полости матки в 2,5 раза чаще проводилось роженицам основной группы, что можно объяснить более частым формированием нарушений прикрепления плаценты у данных пациенток вследствие воспалительного процесса. Вследствие исходной анемии, патологии третьего периода родов, более высокой частоты преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты у пациенток основной группы достоверно чаще была проведена гемотрансфузия.

ВЫВОДЫ

1. Перинатальная гибель плода достоверно чаще происходит у женщин с различными аномалиями костного таза: общеравномерносуженный таз встречается у пациенток данной группы в 1,5 раза чаще, а поперечносуженный таз более чем в 3 раза чаще, чем в контрольной.
2. Соотношение плодов мужского и женского пола в обеих группах не различаются, таким образом, расхожее мнение о преимущественной перинатальной гибели мальчиков и «большой живучести» девочек в нашем исследовании подтверждения не получило.
3. Перинатальная гибель значимо чаще происходит при преждевременных родах. Срок беременности на момент родоразрешения в основной группе был достоверно ниже и составлял в среднем 33–34 недели против 38–39 недель в группе сравнения.
4. Роды в тазовом предлежании в основной группе происходят в 2 раза чаще, чем в группе сравнения.

5. Длительность первого периода родов у рожениц с перинатальными потерями достоверно меньше, что может быть связано как с наличием у них преждевременных родов, так и быстрых и стремительных (в том числе «дорожных») родов.
6. Длительность второго периода родов у рожениц основной группы достоверно больше, чем в контрольной группе, что приводит к более частому рождению у них детей с родовой травмой.
7. Длительность третьего периода родов у рожениц основной группы также достоверно больше, что связано с повышенной частотой перенесенных внутриматочных манипуляций, в частности осложненных, что ведет к нарушению отделения плаценты и выделения последа.
8. Большинство акушерских манипуляций (длительная перидуральная анестезия, перинеотомия, наложение акушерских щипцов, наложение вакуум-экстрактора, предоставление медикаментозного сна-отдыха) выполняются в обеих группах примерно с одинаковой частотой.
9. При наличии перинатальной гибели плода в родах чаще, чем в контрольной группе, были применены амниотомия, ручное обследование полости матки, гемотрансфузия у родильницы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Смертность детского населения России. – М.: Литтерра, 2010. [Baranov AA, Al'bitskiy VYu. Mortality of the child population of Russia. Moscow: Litterra; 2010. (In Russ.)]
2. Володин Н.Н., Сухих Г.Т. Базовая помощь новорожденному – международный опыт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. [Volodin NN, Sukhikh GT. Basic help for a newborn is international experience. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. (In Russ.)]

3. Доброхотова Ю.Э., Чернышенко Т.А., Аушева А.А. Реабилитация репродуктивной функции у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе // Журнал акушерства и женских болезней. – 2006. – Т. 55. – № 1. – С. 91–94. [Dobrokhotova YuE, Chernyshenko TA, Ausheva AA. Rehabilitation of reproductive function in women with a history of undeveloped pregnancy. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney*. 2006;55(1):91-94. (In Russ.)]
4. Лисицын Ю.П. Здоровье и страхование здоровья в XX веке. – М.: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, 2001. [Lisitsyn YuP. Health and health insurance in the XX century. Moscow: Federal'nyu fond obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya; 2001. (In Russ.)]
5. Наумчик Б.И. Дифференцированный подход к диагностике, лечению и акушерской тактике у беременных с СЗРП: ближайшие и отдаленные результаты: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. [Naumchik BI. A differentiated approach to diagnosis, treatment and obstetric tactics in pregnant women with NWFP: immediate and long-term results. [dissertation] Moscow; 2001. (In Russ.)]
6. Стародубов В.И., Цыбульская И.С., Суханова Л.П. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России // Современные медицинские технологии. – 2009. – № 2. – С. 11–16. [Starodubov VI, Tsybul'skaya IS, Sukhanova LP. Maternal and child health as a priority problem of modern Russia. *Sovremennyye meditsinskiye tekhnologii*. 2009;(2):11-16. (In Russ.)]
7. Суханова Л.П. Здоровье новорожденных детей России. – М.: Канон+РООИ, 2007. [Sukhanova LP. Health of newborn children in Russia. Moscow: Kanon+ROOI; 2007. (In Russ.)]
8. Суханова Л.П., Глушенкова В.А., Кузнецова Т.В. Эволюция акушерской патологии в России // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2010. – № 4. – С. 27–32. [Sukhanova LP, Glushenkova VA, Kuznetsova TV. Evolution of obstetric pathology in Russia. *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii*. 2010;(4):27-32. (In Russ.)]
9. Фролова О.Г., Гудимова В.В., Саламадина Г.Е. Региональные аспекты перинатальной смертности // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 5. – С. 84–88. [Frolova OG, Gudimova VV, Salamadina GE. Regional aspects of perinatal mortality. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2010;(5):84-88. (In Russ.)]
10. Фролова О.Г., Чумакова О.В., Байбарина Е.Н., и др. Организационные аспекты выхаживания детей с экстремально низкой массой тела // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2008. – Т. 53. – № 5. – С. 4–9. [Frolova OG, Chumakova OV, Baybarina EN, et al. Organizational aspects of nursing children with extremely low body weight. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii*. 2008;53(5):4-9. (In Russ.)]
11. Цыбульская И.С., Суханова Л.П., Глушенкова В.А. Проблемы перинатальной смертности в России // Мenedzher здравоохранения. – 2007. – № 9. – С. 49–54. [Tsybul'skaya IS, Sukhanova LP, Glushenkova VA. Problems of Perinatal Mortality in Russia. *Menedzher zdravookhraneniya*. 2007;(9):49-54. (In Russ.)]

◆ Информация об авторах

Лидия Алексеевна Иванова — канд. мед. наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии. ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург. E-mail: lida.ivanova@gmail.com.

Елена Владимировна Титкова — канд. мед. наук, ассистент, кафедра акушерства и гинекологии. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: lida.ivanova@gmail.com.

◆ Information about the authors

Lidiya A. Ivanova — MD, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology. S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg, Russia. E-mail: lida.ivanova@gmail.com.

Elena V. Titkova — MD, PhD, Assistant Professor, Department of Obstetrics & Gynecology. St Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia. E-mail: lida.ivanova@gmail.com.