

АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У МНОГОРОЖАВЩИХ ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

ANOMALIES OF PATRIMONIAL ACTIVITY AT THE MULTIGIVING BIRTH WOMEN IN THE REPUBLIC OF DAGESTAN

**M. Aligadzhiev
Sh. Radjabova**

Summary. It is shown, that among anomalies activity of delivery at multiparity women initial and secondary weakness of patrimonial forces, weakness of labours prevail. In summary: low parameters of efficiency of conservative correction anomalies activity of delivery and high frequency surgical delivery convinces in necessity of applications in obstetrics practice of new methods of preventive maintenance and treatment of anomalies activity of delivery at multiparity women.

Keywords: Multiparous women, anomalies of patrimonial activity, perinatal risk.

Алигаджиев Магомед Алигаджиевич

Ассистент, Дагестанский научный центр РАМН,
Дагестанская Государственная Медицинская академия
Федерального Агентства здравоохранения и социального
развития РФ
jnus@mail.ru

Раджабова Шарипат Шамильевна

К.м.н., grand PhD ассистент, Дагестанский научный
центр РАМН, Дагестанская Государственная Медицинская
академия Федерального Агентства здравоохранения
и социального развития РФ

Аннотация. Многорожавшие женщины, по определению ВОЗ, относятся к группе универсального риска. С целью изучения нарушения родовой деятельности у многорожавших женщин использованы современные методы: интерография, доплерометрия плодово-маточно-плацентарного кровотока, кардиотокография. Исследования проведены у многорожавших женщин в динамике родов. Полученные данные позволяют понять патогенез нарушений родовой деятельности у многорожавших женщин и разработать эффективную систему ее регуляции.

Ключевые слова: Многорожавшие женщины, аномалии родовой деятельности, перинатальный риск.

Общепризнано, что многорожавшие женщины — группа высокого риска по развитию гестационных осложнений [3,4,5,6,1,9]. Уровень ПС у многорожавших составляет 35,7%; показатель мертворождаемости — 16,9%; показатель ранней неонатальной смертности — 18,7%; показатель перинатальной заболеваемости- 215,9% [4].

По шкале перинатального риска В.Е.Радзинского, С.А.Князева, И.Н.Костина (2011), паритет 4–7 родов имеет 1 балл, паритет 8 и более — 2 балла [7], поэтому считают, что паритет родов сам по себе не столь опасен для матери и плода в сравнении с другими факторами, при этом оптимальный способ определения риска — дополнение балльной шкалы риска новыми факторами и регулярная реструктуризация, или обновление, шкалы риска, так как предсказать объективность и сохранность какого-либо фактора риска в будущем затруднительно.

Отмечено, что среди многорожавших немалый удельный вес занимают женщины в возрасте 40 лет и более (9,4%) [3, 4]. Считают, что проживание в сельской местности, низкий уровень жизни, интенсивный труд на дому, однообразный рацион питания, отсутствие возможности уделить должное внимание своему здоровью, частые беременности и роды накладывают отпечаток на

здоровье многодетных матерей [1, 6]. Многорожавшие имеют низкий индекс здоровья [1, 3, 4, 2]. Часто встречается анемия на фоне дефицита различных микроэлементов, в том числе железа, развившемся после предыдущих беременностей [3].

В тоже время ряд авторов считают, что у первородящих, включая поздний репродуктивный возраст, выше риск развития ПЭ, они имеют более высокие показатели циркулирующей растворимой fms- подобной тирозинкиназы-1 (sFlt1) и соотношения sFlt1/плацентарного фактора роста (PlGF), что приводит к ангиогенному дисбалансу [6, 1, 3]. Исследователи предполагают, что полученные результаты могут быть одним из объяснений эпидемиологического наблюдения, что бездетность является фактором риска развития ПЭ.

Многорожавших относят к группе высокого риска по развитию гестационных осложнений из-за экстрагенитальных заболеваний (хроническая артериальная гипертензия, хронические заболевания почек, варикозная болезнь, избыточный вес) и гестационного диабета [1,4,6,9]. Различия в прибавке веса за гестацию между первородящими и многорожавшими практически отсутствуют, при этом некоторые исследователи полагают, что больше набирают вес первородящие [6,9]. Существуют

ет также мнение, что по сравнению с многорожавшими женщинами у первородящих выше риск развития гестационной артериальной гипертензии [9]. Многорожавшие женщины имеют риск развития дилатационной кардиомиопатии, являющейся причиной преждевременных родов, гибели плода и других неблагоприятных перинатальных исходов [6]. Для многорожавших женщин характерен короткий интергенетический интервал. Известно, что для полного восстановления организма женщины после очередной беременности необходимо от 3 до 5 лет [2]. При несоблюдении этого интервала беременность наступает на фоне дефицита микроэлементов, железа, что отражается на течении гестации и перинатальном исходе [4,3].

По данным проведенного в Дагестане исследования, многорожавшие женщины составили половину от умерших из-за послеродовых атонических кровотечений [2, 3, 4]. Частота акушерских кровотечений у многорожавших женщин почти в 2 раза превышает аналогичный показатель у перво- и повторнородящих, при этом ведущее место занимали кровотечения в родах и послеродовом периоде (54,9%) [3]. По мнению авторов, у многорожавших женщин в 1,3 раза чаще встречаются кровотечения на фоне нарушения сократительной способности матки и почти в 2 раза чаще кровотечения объемом более 1000 мл, по сравнению с перво- и повторнородящими. Акушерские кровотечения — «управляемые» причины, с возможностью их прогнозирования и профилактики у многорожавших женщин, для чего рекомендуют активную тактику ведения третьего периода родов с профилактическим введением утеротонического препарата окситоцина 5 ЕД внутривенно или 10 ЕД в/м сразу после рождения ребенка [4]. У многорожавших женщин отмечают частые неблагоприятные перинатальные исходы. При анализе перинатальной заболеваемости новорожденных от многорожавших женщин поражение центральной нервной системы встречалось у 88%, респираторные и сердечно-сосудистые нарушения — у 45%, инфекционные заболевания — у 35%, задержка роста плода — у 20%, врожденные аномалии развития — у 2,2%, геморрагические и гемолитические нарушения — у 4,4%, родовые травмы — у 1,5% [4].

Таким образом, для многорожавших женщин по сравнению с перво- и повторнородящими характерен отягощенный экстрагенитальный анамнез, осложненное течение беременности, родов и послеродового периода.

Одним из частых осложнений родов является послеродовое кровотечение, что, несмотря на внедрение активной тактики ведения 3-го периода родов, обуславливает 28 необходимость дальнейшего изучения патогенетических механизмов развития данного осложнения гестации у беременных женщин и разработку мер про-

филактики, особенно в позднем репродуктивном возрасте. Контраверсии данной проблемы состоят в том, что в РИ встречаются многорожавшие женщины с хорошим уровнем здоровья. И, на удивление, а может быть, естественно, с хорошим перинатальным исходом. Возможно, негативный эффект мультипаритета переоценен, так как чаще всего его рассматривают в не совсем «благоприятных» географических ареалах, этнопопуляциях, конфессиональных группах. Последнее характерно для РИ: конфессия, географические особенности, обычаи, репродуктивное поведение, статус женщины, уровень медицинского обеспечения.

Общие сведения об аномалиях родовой деятельности

К аномалиям сократительной деятельности матки (СДМ) относятся отклонения от нормы таких показателей как базальный тонус матки, определяющий частоту и силу схваток. Аномалии сократительной деятельности во время родов приводят к нарушению механизма раскрытия шейки матки, продвижению плода по родовому каналу.

Частота аномальной родовой деятельности составляет от 10 до 30% от общего числа родов и является основной причиной гипоксически-травматического повреждения плода, разрывов родовых путей, акушерских кровотечений. Каждое третье кесарево сечение производят в родах по поводу аномалий родовой деятельности.

Частота аномальной родовой деятельности проявляется слабостью родовой деятельности по отношению ко всем родам (10%), реже наблюдается дискоординация родовой деятельности (1–3%) и еще реже — чрезмерно сильная родовая деятельность (менее 1%).

В нашей стране принята следующая классификация аномалий родовой деятельности:

- ◆ патологический прелиминарный период;
- ◆ первичная слабость родовой деятельности;
- ◆ вторичная слабость родовой деятельности;
- ◆ чрезмерно сильная родовая деятельность, приводящая к быстрым и стремительным родам;
- ◆ дискоординация родовой деятельности

Эффективность родовой деятельности определяет процессы раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу, которые, в свою очередь, ассоциированы с внутриамниотическим (внутримиотральным) давлением и сопротивлением нижнего полюса матки (нижний сегмент, внутренний зев, шейка матки). Сопротивление это может быть высоким из-за спастического состояния мышечных тканей и слабым, что может вызвать быстрые и стремительные роды [1,6].

Факторы, способствующие развитию аномальной родовой деятельности

Акушерские факторы:

- ◆ преждевременное излитие околоплодных вод (дородовое и раннее);
- ◆ размеров головки плода и таза матери (клинически узкий таз);
- ◆ перерастяжение матки (многоводие, крупный плод);
- ◆ многоплодная беременность;
- ◆ преждевременные и запоздалые роды;
- ◆ тазовые предлежания пода;
- ◆ препятствия к раскрытию шейки матки и продвижению пода, функционально неполноценный плодный пузырь.

Факторы, связанные с патологией репродуктивной системы:

- ◆ инфантилизм; гипоплазия, мальформация сосудов матки;
- ◆ аномалии развития матки (седловидная, двурогая);
- ◆ многократные роды (>3);
- ◆ поздний возраст первородящей (>35 лет);
- ◆ нейроэндокринные заболевания;
- ◆ операции на матке (наличие рубца);
- ◆ миома матки, аденомиоз;
- ◆ генетическая предрасположенность.
- ◆ Общесоматические заболевания, хронические инфекции, интоксикации, метаболический синдром, сахарный диабет, системные заболевания соединительной ткани.
- ◆ Плодные факторы (ЗРП, хроническая гипоксия, пороки развития, плацентарная недостаточность)
- ◆ Ятрогенные факторы: неадекватная корригирующая терапия, чрезмерное применение обезболивающих и спазмолитических средств; родовозбуждение при недостаточно зрелой шейке матки.

Все указанные факторы разделены условно, поскольку во время беременности и родов организмы матери и плода соединены плацентой в единую функциональную систему множеством гормональных, гуморальных и нейрогенных связей.

При аномалиях родовой деятельности в матке происходит дезорганизация проводящей системы, построенной на щелевых контактах с межклеточными каналами. Нарушение в проводящей системе и смещение центра образования и генерации электрических импульсов («водитель ритма» схваток) вызывает некоординированную, асинхронную родовую деятельность, когда отдельные зоны миометрия сокращаются и рас-

слабляются в разном ритме и в разные временные отрезки, что сопровождается резкой болезненностью схваток и отсутствием эффекта. Роды практически останавливаются.

При слабости родовой деятельности имеет место снижение цАМФ, угнетение цикла трикарбоновых кислот, повышение содержания в миоцитах лактата и пирувата. В патогенезе слабости родовой деятельности играет роль снижение образования α -адренорецепторов, ослабление функции адренергического механизма миометрия, снижение эстрогенного баланса. Уменьшение «плотности» специфических α - и β -адренорецепторов делает миометрий малочувствительным к утеро-тоническим веществам. При аномалиях родовой деятельности в матке накапливаются недоокисленные продукты нарушенного обмена, изменяется система тканевого дыхания — аэробный гликолиз заменяется неэкономным анаэробным. Быстро истощаются запасы гликогена и глюкозы. Нарушение кровотока в миометрии, которое сочетается с гипотонической и/или гипертонической дисфункцией матки, иногда приводит к столь глубоким метаболическим расстройствам, что может произойти разрушение синтеза α - и β -адренорецепторов. Развивается столь упорная инертность матки, что многократная и длительная родостимуляция становится абсолютно безуспешной.

Характеристика ИССЛЕДОВАНИЯ

Около 40% родов в мире приходится на женщин, в анамнезе которых пять и более родов. Республика Дагестан — регион с сохранившейся тенденцией многодетности [1, 2]. Одним из наиболее частых и тяжелых осложнений родов у многорожавших женщин (МРЖ) являются аномалии родовой деятельности (АРД) [1–4]. Аномалии родовой деятельности вызывают затяжное течение родов, повышенную частоту акушерского травматизма матери и плода, нередко патологическую кровопотерю в последовом и раннем послеродовом периодах [3–8]. Цель нашего исследования — определение частоты и характера АРД у МРЖ, изучение исходов гестации для матери и плода.

Проведен клинико-статистический анализ родов у 60 МРЖ с АРД. Все беременные подвергнуты обследованию в соответствии с отраслевыми стандартами в акушерстве и неонатологии, включая дополнительные методы исследования: ведение партограммы в родах, наружная гистерография, кардиотокография.

Проводился сравнительный анализ выбора тактики ведения родов и коррекции при аномалиях родовой деятельности у многорожавших женщин.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст у обследованных женщин составил от 30 лет и старше (от 20 до 45 лет). Средний возраст менархе у МРЖ составил $12,4 \pm 1,3$ года. Нарушения менструальной функции в ювенильном и репродуктивном периодах наблюдались у 3 пациенток из группы. Средний возраст вступления в брак составил $19,9 \pm 2,8$ года. В процессе исследования установлено, что 74% МРЖ — сельские жительницы с низким уровнем жизни. При оценке качества жизни учитывался средний доход на одного человека в семье, условия быта, взаимоотношения в семье. Следует отметить, что женщины, проживающие в труднодоступных местах (высокогорных аулах), своевременно не получали квалифицированную медицинскую помощь, в частности из-за того, что не всегда соблюдался принцип этапности оказания акушерской помощи. Это объясняет позднее поступление беременных в стационар и тяжесть их состояния.

Максимальное число родов в группе составило — 10, беременностей — 15. Интервал между родами составил в среднем $1,9 \pm 0,12$ года — данный показатель указывает на короткий интергенетический интервал, что крайне неблагоприятно влияет на течение беременности и родов у многорожавших женщин. По поводу гинекологической патологии (вульвовагиниты, воспалительные заболевания матки и придатков, патология шейки матки, функциональные кисты яичников) лечились 16 пациенток из 60 МРЖ, несмотря на то, что воспалительные заболевания матки и придатков отмечались у большинства женщин, что показывает неорганизованность гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Оперативное лечение произведено 4 (15%) пациенткам. Показанием к оперативному вмешательству явились кисты яичников, старый разрыв промежности.

Количество беременностей составило 270, число родов 205 из них от 3 до 5 родов в анамнезе составило 32 (64,7%), от 6 до 8 родов — 14 (28,3%), более 9 родов — 4 (8,2%). Наиболее частым осложнением акушерского анамнеза у обследованных женщин явились: угроза прерывания беременности — 22,6, невынашивание беременности — 16,7%. Количество искусственных абортов — 19, акушерские кровотечения — 6,9, аномалии родовой деятельности — 10%. Особое внимание заслуживает состояние МРЖ при наступлении беременности, в частности, наличие патологических процессов, в основе которых лежат сосудисто-гипоксические, токсико-иммунологические и метаболические нарушения [9].

Среди осложнений беременности упорно лидирует гестоз — 58, нефропатия 1–2 легкой и средней тяжести — 32, нефропатия тяжелой степени — 24, преэклампсия — 2%. Довольно высокая частота гестоза у многорожавших

женщин обусловлена часто встречающейся у них соматической патологией, снижением адаптационных возможностей организма после неоднократных родов, способствует возникновению целого ряда осложнений [9]. Частота угрозы прерывания беременности — 19 (38%). При распределении МРЖ по сроку беременности при родоразрешении выявлено, что роды при сроке 38–40 нед. наступили у 32 (64%), 41–42 нед. — 7 (14%) пациенток; преждевременные роды в сроке 25–32 нед. — 3 (6%), 33–37 нед. — 8 (16%) обследованных МРЖ. Роды через естественные родовые пути произошли у 38 (76%), индуцированные роды отмечены у 34 (68%) рожениц. Показанием к индукции родов явились первичная и вторичная слабость родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод при незрелой шейке матки.

Родовозбуждение во всех случаях проводилось внутривенным капельным введением окситоцина и простагландинов. В результате исследования оперативное родоразрешение отмечено у 12 (24%) МРЖ. Показаниями к операции кесарева сечения были: неэффективность консервативной коррекции аномалий родовой деятельности у 9 (23,3%) пациенток, острая внутриутробная гипоксия плода — 4 (6,6%), ПОНРП — 3 (3,3%). Извлечение плода путем вакуум-экстракции произведено у 1 роженицы по показаниям — упорная слабость потуг, неподдающаяся консервативной коррекции.

Сравнительное изучение частоты аномалий родовой деятельности у МРЖ указывает на преобладание дисфункции сократительной деятельности матки по гипотоническому типу — первичная, вторичная слабость родовой сил и слабость потуг. Чаще всего к причинам данной патологии относятся: частые роды, короткий интергенетический интервал, истощение энергетических ресурсов матки в родах, снижение эстрогенной насыщенности организма, ожирение и слабость брюшного пресса [1, 8, 9].

Аномалиям родовой деятельности обычно предшествуют преждевременное излитие околоплодных вод у 7 (14%) пациенток, раннее излитие околоплодных вод — 9 (18%), ПОНРП составила 2% случаев, послеродовые кровотечения — у 13 (21,1%), ручное обследование полости матки — 16 (26,6%) случая. Наши исследования подтверждают, что акушерские кровотечения являются одним из наиболее частых осложнений послеродового и послеродового периода у МРЖ. Среди причин акушерских кровотечений одно из ведущих мест принадлежит аномалиям родовой деятельности матки.

Всего живых детей родилось — 57, средняя масса новорожденных варьировала от 1,3 до 4,7 кг; 39 детей родились доношенными, 10 — недоношенными. При оценке состояния новорожденных по шкале Апгар выявлено, что в 5–6 баллов оценены 14 новорожденных (28%), 3–4

балла — один (2%). Структура выявленной заболеваемости у новорожденных: гипоксия — 75%; асфиксия — 66,6; респираторный дистресс-синдром — 10,9; поражение ЦНС — 6,5; внутричерепное кровоизлияние — 2,1; родовая травма — 2,1; гипотрофия — 26,5; аспирационный синдром — 14 (28%).

Интранатальная гибель плода возникла в 3 (5%) случаях. Причиной гибели оказалось внутрижелудочковое кровоизлияние. Необходимо подчеркнуть, что АД неизменно сопровождается нарушением маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока. В свою очередь это вызывает снижение тонуса, изменение двигательной активности, гипоксию и асфиксию плода, что и характеризует высокий показатель данных осложнений в наших исследованиях.

Таким образом, сравнительное изучение частоты аномалий родовой деятельности у многорожавших женщин указывает на преобладание дисфункции сократительной деятельности матки по гипотоническому типу — первичная слабость родовой деятельности, вторичная слабость родовых сил и слабость потуг. Причины АД у МРЖ заключаются в частых родах, коротких интергенетических интервалах, слабости брюшного пресса, ожирении и истощении энергетических ресурсов матки в родах, снижении эстрогенной насыщенности организма. Низкие показатели эффективности коррекции АД и высокая частота оперативного родоразрешения убеждает в необходимости внедрения в акушерскую практику новых методов профилактики и лечения аномалий родовой деятельности у многорожавших женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асатова М.М., Гафарова Д.Х. // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. 1999. — № 2. — С. 85–90.
2. Сидорова И. С. Физиология и патология родовой деятельности. М., 2000.
3. Айламазян, Э.К. Демографическая ситуация и развитие перинатальной психологии в современной России / Айламазян Э.К., Добряков И.В. // Журнал акушерства и женских болезней. — 2013. — т. LXII. — № 1. — С. 10–15.
4. Бапаева, Г.Б. Проблема акушерских кровотечений у многорожавших женщин / Г.Б. Бапаева, С.Н. Кулбаева, З.А. Керимбаева // ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ДАМЫТУ ЖУРНАЛЫ. — 2012. — № 3 (64). — С. 100–105.
5. Бегова, С.В. К вопросу эффективности и обоснованности профилактики тромботических осложнений у многорожавших женщин в Республике Дагестан / С.В. Бегова, Б.А. Бегов // В сборнике: Репродуктивная 131 медицина: новые тенденции и неразрешенные вопросы Материалы Всероссийской научной Интернет-конференции с международным участием. Сервис виртуальных конференций Рах Grid; составитель Д.Н. Синяев. — 2014. — С. 13–16.
6. Вильчук, К.У. Современные организационные и неонатальные технологии в РНПЦ «Мать и дитя» / К.У. Вильчук, Т.В. Гнедко // Охрана материнства и детства. — 2012. — № 19. — Т. 1. — С. 23–28.
7. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 704 с
8. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. — 4 е изд., перераб. и доп. / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 1024 с.
9. Костин, И.Н. Стратегия перинатального риска — арифметика, спасающая жизнь / И.Н. Костин // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2012. — № 4. — С. 5–16.

© Алигаджиев Магомед Алигаджиевич (jnus@mail.ru), Раджабова Шарипат Шамильвна.
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»