

Течение Беременности И Исходы Родов У Женщин С Переношенной Беременностью

1. Исмоилова Мавлюда
Зубайдовна

Received 2nd Oct 2023,
Accepted 19th Oct 2023,
Online 23rd Nov 2023

Abstract: Большой научный и практический интерес в акушерстве представляет перенашивание беременности (ПБ). Актуальность ее объясняется большим числом осложнений в родах, высоким процентом родоразрешающих операций и высокой перинатальной смертностью [].

¹ Бухарский Государственный
мединский институт по имени Абу Али
ибн Сино

В свете достижений современной науки о сущности механизмов возникновения и регуляции сократительной деятельности матки перенашивание беременности начали рассматривать как результат взаимодействия многих факторов, ведущее место в этой сложной цепи принадлежит центральной нервной системе, матке и плоду ().

Переношенную беременность акушера – гинекологи не должны рассматривать как случайную вариацию нормально протекающей беременности, необходимо ее трактовать как патологию гестационного процесса взаимосвязанную состоянием организма матери и плода ().

Частота перенашивания на сегодняшний день составляет 1,5- до 14%. Составляя в среднем до 8% по данным разных авторов (). При ее развития имеется тенденция росту акушерских патологий в родах и заканчивается рождением детей с высоким риском заболеваемости новорожденных и их затрудненной неонатальной адаптации. Для матерей повышается риск развития патологического течения родов : часто роды осложняются нарушением сократительной активности матки, обструктивными родами, дистрессом плода. Учитывая высокие показатели перинатальной смертности, часто порождается вопрос выбора методов индукции родов и подбора ее срока. В решении данных вопросов особое значение приобретает дифференциальная диагностика переношенной и пролонгированной беременности, при которых тактика ведения и родоразрешения должна быть различной. Для выбора адекватной тактики особую роль играет оценка состояния внутриутробного плода и степень готовности шейки матки к родам. Однако после достижения доношенного срока отсутствие данных этих показателей могут привести недооценке готовности организма женщины к родам и выбору не рациональной акушерской тактики ().

Цель исследования: изучить особенностей течения запоздалых родов путем ретроспективного анализа истории родов для определения группы риска пролонгации беременности.

Материалы исследования и результаты.

С целью изучения особенностей течения запоздалых родов мы проанализировали истории запоздалых родов у 100 женщин за 2020-2022 годы. Анализ подвергались истории родов пациенток, поступивших в стационар без родовой деятельности 49 и 51с началом родовой деятельности, родивших новорожденных с явными признаками перенашивания, оцененной на основании синдрома Беллантайна – Рунге. определением биофизического профиля плода.

Статистический анализ результатов производили с использованием критерия Стьюдента, точного метода Фишера, χ^2 (Пирсона), проводили корреляционный анализ с помощью пакета программ Stat Graf и Microsoft excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Возраст беременных в среднем составил $25,7 \pm 7,3$ года (колебался от 18 до 40 лет). В возрасте 30 и более было 22% пациентки. Первородящих было 45%, повторнородящих 55%, СОМАТИЧЕСКИЕ заболевания были отмечены: у 20% - нарушение жирового обмена, 8% - хронический пиело-нефрит в анамнезе, у 96% анемия, у 18%- нарушение функции щитовидной железы.

Гинекологические заболевания в анамнезе были выявлены у 37% беременных, в том числе нарушение овариальной-менструального цикла у 15%, 4% - бесплодие, у 18% - воспалительные заболевания придатков.

При анализе течения беременности у большинства 86% пациенток с перенашиванием беременности выявлены различные осложнения. Токсикоз I половины отмечали у 9% беременных, из них у 4% среднее и тяжелое течения, 5% потребовавшее стационарного лечения. Угроза прерывания беременности была выявлена у 37% женщин: в I триместре – у 23%, во II- у 2% и III- у 12% пациенток.

Анемия была выявлена у 96% беременных. Снижение гемоглобина более 90 г/л было у 24% беременных, колебания уровня гемоглобина от 60 до 90 г/л отмечали у 74% пациенток.

При ультразвуковом исследовании у большинства пациенток были выявлены: III степень зрелости плаценты у 22%, множественные петрификаты в плаценте у 23%, маловодие у 28%. При определении степени зрелости шейки матки по шкале Бишопа: «зрелая» шейка матки была выявлена у 25% обследованных беременных, «недостаточно зрелая» у 36% пациенток и у 39% - «незрелая» шейка матки.

Срок гестации на момент родоразрешения колебался от 41 недели 3 дня до 43 недели 2 дня и составил в среднем 42 недели 2,5 дня.

Из 49 пациенток поступивших без родовой деятельности, 14 беременных были родоразрешены путем операции кесарева - сечения в плановом порядке. Показаниями к операции явились: неподготовленность родовых путей - у 4, крупный плод - у 5, возраст первородящей старше 30 лет - у 2 и длительное бесплодие в анамнезе - у 3.

У остальных 35 беременных поступивших без родовой деятельности по данным истории родов при определении степени зрелости шейки матки по шкале Бишопа «зрелая» шейка матки была выявлена только у 10 (28,5%), «недостаточно зрелая» у 12 (34,2%) и у 13 (37,1%) незрелая шейка матки.

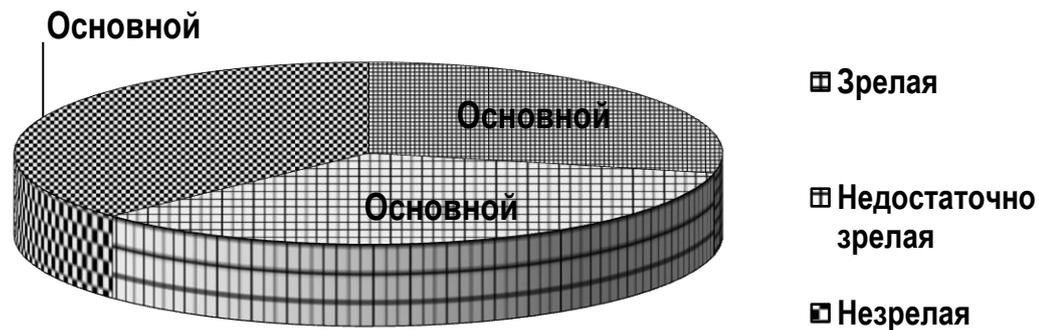


Рис. 3.1. Зрелость шейки матки по шкале Бишопа

Родовая деятельность развилась спонтанно - у 12 (34,3%) пациенток, после амниотомии - у 6 (17,1%).

У остальных 17 (48,6%) было проведено подготовка шейки матки к родам на фоне метаболической терапии. Преиндукция родов проводилась для достижения оптимальной биологической готовности к родам в короткие сроки, использованием препаратов простагландинов Е. Интрацервикальное введение Гландин Е2 у 7 (41,2%) беременных, интравaginaльно у 6 (35,3%) беременных, остальным 4 (23,5%) беременным было применено для индукции родов β -адреноблокаторы. Все 35 беременных были родо-разрешены через естественные родовые пути.

Большое внимание заслуживает анализ осложнения течения родов у с 51 рожениц поступивших в стационар с началом родовой деятельности. Общая частота осложнений составило 72,5%. Наиболее часто встречаемым осложнением была неудовлетворительный прогресс родов - у 25 (56,9%).

Проведено родостимуляция окситоцином от 5 до 10 ед всем роженицам. У 13 (52,0%) утеротоники привели к усилению родовой деятельности, что позволило провести роды через естественные родовые пути. У 12 (48,0%) рожениц данный метод активизации родов оставался не эффективным и родоразрешены оперативным путем.

Из 51 рожениц поступивших с началом родовой деятельности у 10 (19,6%) роды были также завершены абдоминальным путем, из за обструкции в родах.

У оставшихся 16 (31,4%) рожениц роды протекали с положительной динамикой - у 12 (75,0%) что позволило провести через естественные родовые пути. У 2 (12,5%) рожениц был диагностирован в конце II периода родов дистресс плода, в связи, с чем роды завершены наложением акушерских щипцов. У 2 (12,5%) острый дистресс наблюдался в I периоде родов, в связи, с чем родоразрешены путём операции кесарево сечение в экстренном порядке.

Таким образом, при перенашивании беременности во всех случаях понадобилось вмешательство от минимального (амниотомия) вплоть до абдоминального родоразрешения. Во всех случаях проведено преиндукция, либо родостимуляция. Роды осложнились неудовлетворительным прогрессом родов, обструкцией в родах, дистресс плода, что позволяет сделать заключение, что переносная беременность крайне неблагоприятно влияет на течение родовой деятельности и исход родов.

III период родов протекал осложнено у 12% пациенток. Применение метода Кохрейна для активного ведения данного периода родов привело к минимальному кровотечению. У 7 пациентки диагностирован дефект оболочек, у 5 пациентки было гипотоническое кровотечение

в раннем послеродовом периоде, по поводу чего проведено ручное обследование матки и внутривенно введены утеротоники с положительным эффектом.

Таблица 1. Исходы родов в группе ретроспективного исследования (n=100)

Методы родоразрешения	Поступившие без родовой деятельности, n=49		Поступившие с началом родовой деятельности, n=51	
	Число	Процент	Число	Процент
Роды через естественные родовые пути	35	71,4	25	49,0*
Абдоминальное родоразрешение:				
- плановые	14	28,6	0	0
- экстренные	0	0	24	47,1***
Акушерские щипцы	0	0	1	2,0

Примечание: * - различия относительно данных группы поступивших без родовой деятельности значимы (* - $P < 0,05$, *** - $P < 0,001$)

Таким образом, из 100 пациенток с перенашиванием 40,0% родоразрешены абдоминально и свидетельствует о высоком риске исхода родов для матери и для плода, особенно для рожениц, поступивших с началом родовой деятельности. Частота операции кесарева сечения превышала показателей с общей популяцией в 3,5 раза. Родилось всего 100 новорожденных с признаками переносимости: отсутствие серовидной смазки, сухость и шелушение кожных покровов, снижение тургора кожи, плотные кости черепа, узкие швы и роднички. Из них в одном случае ребенок родился без признаков жизни – мертвым. Причиной антенатальной гибели плода явилось хроническая внутриутробная гипоксия плода. Из 99 живорожденных состояние 68% новорожденных расценено как удовлетворительное (оценка по шкале Апгар 8-9 баллов).

В асфиксии средней степени родились 6 (6,0%) новорожденных детей родившихся в состоянии тяжелой асфиксии было 2(2%). Однако, хроническая токсическая гипоксия в связи с перенашиванием наблюдалось у 30 (31,2%) новорожденных, которая проявилось ишемическим поражением ЦНС, синдромом возбуждения у 26,7%, судорожный синдром – у 4,5%. Средняя масса новорожденных составляла $3550,0 \pm 225,0$. В тоже время частота рождения детей с массой более 4000,0 составило 20,0%.

При анализе причин рождения 38 детей с той или иной патологией, проводили индивидуальный анализ течения беременности и родов. 26 детей родились через естественные родовые пути, 12 путем операции кесарева сечения, произведенной в экстренном порядке.

У 26(из 70) детей родившихся самопроизвольно через естественные родовые пути в сроке гестации 42 недель и более при рождении и в раннем неонатальном периоде была выявлена гипоксическо – ишемические поражения ЦНС 1 -3 степени. Из 8 детей родившихся в состоянии асфиксии перед родами начальные признаки внутриутробного страдания плода были отмечены у 2-х. Маловодие было выявлено у 6(из8) пациенток. Все 8 детей родились в результате осложненных родов: неудовлетворительный прогресс родов (5), острый дистресс плода (2), стремительными родами (1). Следует отметить, что у рожениц активация родовой деятельности окситацином проводилась в течение более 3-х часов, что превышает таковые у матерей, дети которых были здоровыми.

1 ребенок (из 8) родился в результате быстрых родов (продолжительность родов составила 5 часов 03 минут). В раннем неонатальном периоде у него было диагностировано гипоксическо-ишемического поражения ЦНС тяжелой степени. Можно предположить, что причинами

поражения ЦНС были хроническая гипоксия плода и чрезмерно сильная родовая деятельность, которая подвергла головку плода механической сдавлению.

В раннем неонатальном периоде умер один новорожденный. Причиной ранней неонатальной смертности явилась родовая черепно-мозговая травма, роженица поступила во втором периоде родов, с крупным плодом, длительным безводным периодом. Роды велись нерационально, своевременно не был решен вопрос абдоминального родоразрешения. Перинатальная смертность составляло 20%, превышает общую популяцию в 1,5 раза.

Таким образом, сопоставляя состояние переношенных детей и течением родов, мы смогли выявить неблагоприятное влияние на плод ряда осложнений в процессе родов. К таковым относятся: неудовлетворительный прогресс родов, длительная активация родов окситоцином (более 2 часов), внутриутробная острая гипоксия плода.

Литература.

1. Bakhadurovna, H. D., & Akmalovna, I. G. (2022). THE ROLE OF MULTIGENIC THROMBOPHILIA IN WOMEN WITH UNFAVORABLE OUTCOMES AFTER EXTRACORPOREAL FERTILIZATION. *ResearchJet Journal of Analysis and Inventions*, 3(1), 44-50.
2. Bakhodirovna, K. D. (2022). Thrombophlebia and Pregnancy, Predicting Perinatal Complications and Optimizing Administration Tactics. *International Journal of Culture and Modernity*, 13, 130-137.
3. Bozorov, A.G., Ikhtiyarova, G.A., & Davlatov, S.S. (2020). Biochemical markers for prediction of premature labor in urogenital infections // *International Journal of Pharmaceutical Research*, 12, – P. 4894–4897. DOI: 10.31838/ijpr/2021.13.01.674.
4. Hafizova, D. B. (2023). EVALUATION OF THE SIGNIFICANCE OF THE G/A POLYMORPHISM OF THE F7 GENE IN THE DEVELOPMENT OF AN UNFAVORABLE IVF OUTCOME IN WOMEN WITH THROMBOPHILIA. *British Medical Journal*, 3(2).
5. Ikhtiyarova, G. A., Dustova, N. K., Aslonova, M. Z., & Nasriddinova, S. I. (2021). Predicting intrauterine retention and fetal death in case of coronavirus infection. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 25(4), 1887-1894. Retrieved from www.scopus.com
6. Ikhtiyarova, G. A., Dustova, N. K., Aslonova, M. Z., & Nasriddinova, S. I. (2021). Predicting intrauterine retention and fetal death in case of coronavirus infection. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 25(4), 1887-1894. Retrieved from www.scopus.com
7. Ikhtiyarova, G. A., Dustova, N. K., Kudratova, R. R., Bakhranova, S. U., & Khafizova, D. B. (2021). Pre-course training of women with reproductive loss of fetus in anamnesis. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 25(1), 6219-6226. Retrieved from www.scopus.com
8. Ikhtiyarova, G. A., Karimova, G. K., & Navruzova, N. O. (2019). KhairullaevCh. K. Ultrasound diagnostics of diabetic fetopathy in pregnant women with metabolic syndrome on the background of diabetes mellitus. *Medicine and sports*2019,(3-4), 56-58.
9. Ikhtiyarova, G. A., Tosheva, I. I., Aslonova, M. J., & Dustova, N. K. (2020). Prenatal rupture of amnion membranes as A risk of development of obstetrics pathologies. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 7(7), 530-535. Retrieved from www.scopus.com
10. Ikhtiyarova, G.A., Aslonova, M.Zh., Kurbanova, Z.Sh., Kalimatova, D.M. (2021) Promising diagnostic tools for endometriosis given the pathogenic role of genetic factors. *Russian Journal of Woman and Child Health*, 4 (1), DOI: 10.32364/2618-8430-2021-4-1-12-16.

11. Ismoilova M.Z. Modern Obstetric Aspects of Prognosis and Management of Post-Term Pregnancy.//International Journal of Health Systems and Medical Sciences, ISSN: 2833-7433 Volume2[No 4] April-2023 , P. 93-97.
12. Ismoilova M.Z. Preeclampsia in Multiparous Women and their Actions of the Body.// International Journal of Health Systems and Medical Sciences, ISSN:2833-7433,Volume 2[No 5] May-2023. P.269-275.
13. Ismoilova M.Z. PREGNANCIE COMPLICATED BY PRETERM DELIVERY AND HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY. // Journey of Advanced Research and Stability, ISSN:2181-2608, Volume:03 Issue:04 /Apr-2023, P. 265-270.
14. Ismoilova, M. Z. (2023). Modern Obstetric Aspects of Prognosis and Management of Post-Term Pregnancy. *INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SYSTEMS AND MEDICAL SCIENCES*, 2(4), 93-96.
15. Ismoilova, M. Z. (2023). Preeclampsia in Multiparous Women and their Actions of the Body.
16. Karimova, G. K., Ikhtiyarova, G. A., & Muminova, N. K. (2021). Early biochemical markers and screening diagnosis of Gestational diabetes mellitus and its prevention during pandemic period. *Journal of Natural Remedies*, 22(1 (1)), 17-26.
17. Karimova, G. K., Navruzova, N. O., & Nurilloeva Sh, N. (2020). An individual approach to the management of gestational diabetes. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(2), 6284-6291.
18. Komilovna, G. K. (2023). Clinical and Anamnestic, Laboratory and Instrumental Indicators of Pregnant Women with Gestational Diabetes. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(5), 390-398.
19. Navruzova, N. O., Karshiyeva, E. E., Ikhtiyarova, G. A., Hikmatova, N. I., Olimova, N. I., & Muminova, N. K. (2021). Clinical and laboratory markers forecasting of cervical diseases and its prevention. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 25(4), 13098-13110. Retrieved from www.scopus.com
20. Tosheva, I.I. (2022) The cytokine system in the second half of physiological pregnancy and during labor. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 13, DOI: 10.47750/pnr.2022.13.S08.406
21. Tosheva, I.I., Ikhtiyarova, G.A. (2020) Pregnancy outcomes in preterm premature rupture of the membranes. *Russian Journal of Woman and Child Health*, 3 (1), DOI: 10.32364/2618-8430-2020-3-1-16-19
22. Tuksanova, D. I. (2022). Dopplerometric Indicators of the Liver in Patients with Mild Pre-Eclampsia. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(4), 51-54.
23. Tuksanova, D. I., Avakov, V. E., Najmutdinova, D. K., Negmatulleeva, M. N., & Akhmedov, F. K. (2013). The correlation features renal and hepatic blood flow in pregnant women with preeclampsia. *International Journal of Applied and Fundamental Research*, (2), 197-197.
24. Исмоилова М.З. Развитие Прогностических Маркер У Женщин Проявляющий Преждевременных Родов С Инфекциями Мочеполовой Системы.// AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIYJURNALI, ISSN:2181-3464, Jild:02, Nashr:05 2023yil. Стр.362-367.
25. Исмоилова, М. З. (2023). Развитие Прогностических Маркер У Женщин Проявляющий Преждевременных Родов С Инфекциями Мочеполовой Системы. *AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI*, 2(5), 362-367.

26. Исмоилова, М. З., & Туксанова, Д. И. (2021). MICROBIOLOGICAL RECOGNITION OF ANTIBODIES TO ANTIGENS OF MICROORGANISMS IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITAL. *УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ*, 2(5).
27. Ихтиярова, Г. А., Каримова, Г. К., Наврузова, Н. О., & Хайруллаев, Ч. К. (2019). Ультразвуковая диагностика диабетической фетопатии у беременных с метаболическим синдромом на фоне сахарного диабета. *Тиббиёт ва спорт*, (3-4), 56-58.
28. Каримова, Г. К. (2022). Гестацион Қандли Диабетда Ҳомиладорлик Ва Туғруқни Олиб Бориш. *AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI*, 1(6), 180-192.
29. Каримова, Г. К. (2022). Гестацион қандли диабетни эрта ташхислашнинг биокимёвий скрининги. *Barqarorlik va yetakchi tadqiqotlar onlayn ilmiy jurnali*, 2(8), 199-212.
30. Каримова, Г. К., & Каримова, Г. К. (2023). Лаборатор-Инструментальные Показатели Беременных С Гестационным Диабетом. *AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI*, 2(10), 1-8.
31. Каримова, Г. К., & Ихтиярова, Г. А. (2021). ПОПУЛЯЦИИ И РАННИЕ ПРЕДИКТОРЫ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ. *Журнал теоретической и клинической медицины*, (6-1), 77-80.
32. Каримова, Г. К., Ихтиярова, Г. А., & Муминова, Н. К. (2021). Ранние биохимические маркеры и скрининг-диагностика гессионального сахарного диабета и его профилактика в период пандемии. *Журнал природных средств правовой защиты*, 22(1), 1.
33. Каримова, Г. К., Ихтиярова, Г. А., & Наврузова, Н. О. (2020). Скрининг диагностика гестационного диабета. *Новый день в медицине*, (1), 220-222.
34. Каримова, Г. К., Наврузова, Н. О., & Нуриллоева, Ш. Н. (2020). Индивидуальный подход к ведению гестационного диабета. *Европейский журнал молекулярной и клинической медицины*, 7(2), 6284-6291.
35. Туксанова, Д. И., Аваков, В. Е., Нажмутдинова, Д. К., Негматуллаева, М. Н., & Ахмедов, Ф. К. (2013). Особенности почечного и печеночного кровотока у беременных с преэклампсией. *Российский вестник акушера-гинеколога*, 13(5), 41-43.
36. Туксанова, Д., Негматуллаева, М., Ахмедов, Ф., & Дустова, Н. (2012). Особенности течения беременности и её исход в зависимости от степени тяжести преэклампсии. *Журнал проблемы биологии и медицины*, (1 (68)), 129-130.
37. Хафизова, Д. Б., & Ихтиярова, Г. А. (2022). Оценка Роли Генетического Полиморфизма Факторов Системы Гемостаза Гена F3 В Развитии Тромбофилии У Женщин Узбекской Популяции. *AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI*, 1(5), 20-28.