

Ю. А. Шишко

ФАКТОРЫ РИСКА РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА ПЛОДА

Научный руководитель ассист. С. А. Павлюкова

Кафедра акушерства и гинекологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

***Резюме.** Представлена клинико-статистическая оценка факторов риска, приводящих к развитию родового травматизма плода. Проанализированы факторы риска, гестационные и перинатальные исходы при развитии кефалогематомы.*

***Ключевые слова:** родовой травматизм, факторы риска, кефалогематома.*

***Resume.** Clinical and statistical estimation of the risk factors that lead to the development of the birth trauma of the fetus was presented. The risk factors, gestational and perinatal outcomes in the development of kefalogematoma were analyzed.*

***Keywords:** birth trauma, risk factors, kefalogematoma.*

Актуальность. Родовой травматизм занимает важное место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности. Согласно литературным данным, примерно 2% новорожденных получают во время родов травматические повреждения, которые в дальнейшем могут приводить к нарушению физического здоровья и интеллектуального развития [1].

В понятие «родовой травмы» включают повреждения органов и тканей плода, возникающие в ходе родового акта в результате взаимодействия между изгоняющими родовыми силами и эластичностью тканей, адаптационными способностями и реактивностью плода [2].

Различают родовую травму мягких тканей (кожа, подкожная клетчатка, мышцы), костной системы, внутренних органов, центральной и периферической нервной системы [3].

Цель: клинико-статистическая оценка факторов риска, приводящих к развитию родового травматизма плода.

Задачи:

1. Изучить структуру и частоту родовых травматических повреждений в УЗ «1 ГKB» с 1 января 2014 года по 31 декабря 2014 года.

2. Установить факторы риска родового травматизма плода.

Материал и методы. В ходе научной работы был проведен ретроспективный анализ 91 истории новорожденных и историй родов женщин, которые были родоразрешены в УЗ «1 ГКБ» в 2014 году. У 65 из них диагностирована родовая травма плода (основная группа), 26 составили контрольную группу.

Результаты и их обсуждение. Доля родовых травматических повреждений в УЗ «1 ГКБ» за период с 1 января 2014 года по 31 декабря 2014 года составила 142 случая, что составило 2,8% от всех родов (5071). При этом кефалогематома была диагностирована в 73 случаях (51,4%), перелом ключицы - в 62 случаях (43,7%), разрыв селезенки – в 1 случае (0,7%), парез Эрба-Дюшена – в 5 случаях (3,5%), неврит лицевого нерва – в 1 случае (0,7%).

Наиболее часто кефалогематома у новорожденных локализовалась на обеих теменных (36,6%), правой теменной (31,7%) и на левой теменной костях (29,3%), реже на затылочной кости (2,4%).

В связи с большей долей родовой травмы мягких тканей в структуре родового травматизма, для последующей клинико-статистической оценки факторов риска, приводящих к развитию родового травматизма плода, проанализированы факторы риска, гестационные и перинатальные исходы при развитии кефалогематомы.

Основную группу составили: 35 (54%) первородящих женщин, 5 (7,9%) возрастных первородящих и 30 (46%) повторнородящих. Контрольную группу составили: 15 (57,7%) первородящих женщин, 4 (15,3%) возрастных первородящих и 11 (42,3%) повторнородящих.

В ходе проведенного исследования было установлено, что макросомия плода в основной группе встречалась в 2 раза чаще, чем в группе контроля (38,5% против 19,2%, $p < 0,05$). Гипотрофия плода встречалась в 7 (10,8%) случаях в основной группе против 1 (3,8%) случая в контрольной. Узкий таз у рожениц основной группы наблюдался в 1,8 раз чаще, чем в группе контроля (29% против 15,4%, $p < 0,05$).

Достоверных различий по неправильному положению и предлежанию плода в основной и контрольной группах обнаружено не было. Поперечное положение плода несколько чаще отмечалось в основной группе по сравнению с контрольной (15,4% против 7,7%). Тазовое предлежание также несколько чаще имело место в основной группе - 7,7% против 3,8% случаев.

Среди осложнений беременности у матерей основной группы в 2,4 раза чаще зарегистрирована ХФПН (36,9% против 15,4%, $p < 0,01$). При этом нарушение фетоплацентарного кровотока достоверно чаще наблюдалось в основной группе по сравнению с группой контроля (21,5% против 3,8%, $p < 0,001$).

Угроза прерывания беременности в 2,2 раза чаще встречалась в основной группе, чем в группе контроля (33,8% против 15,4%, $p < 0,05$).

Поздний гестоз встречался в основной группе в 2,2 раза чаще, чем в контроле

(43% против 19,2%, $p < 0,05$). ГСД был установлен лишь у 8 (12,3%) женщин основной группы. В основной группе отмечена тенденция к увеличению частоты нарушений жирового обмена (18,5% против 7,7%, $p < 0,01$). Анемии в основной группе встречались в 2,3 раза чаще, чем в группе контроля (35,4% против 15,4%, $p < 0,05$).

Такая патология как многоводие несколько чаще отмечалась в основной группе по сравнению с контрольной (7,7% против 3,8%).

Достоверных различий по способу родоразрешения выявлено не было: через естественные родовые пути в основной группе были родоразрешены 84,6% женщин против 80,8% в контроле, путем операции кесарево сечение - 15,4% женщин против 19,2% в группе контроля.

Достоверно чаще в основной группе среди осложнений родов отмечались: преждевременное излитие околоплодных вод (32,3% против 15,4%, $p < 0,05$) и первичная слабость родовой деятельности (12,3% против 3,8%, $p < 0,05$). Отслойка нормально расположенной плаценты наблюдалась только в основной группе в 3,1% случаев.

Только в основной группе наблюдались затяжные роды (>18 часов) – 1,5% случаев и стремительные роды (<4 часов у первородящих и <2 часов у повторнородящих) – 6,2% случаев.

Необходимо отметить, что длительный безводный период (>24 часов) несколько чаще отмечался в основной группе по сравнению с контрольной (10,8% против 3,8%). Родостимуляция окситоцином или простагландинами чаще производилась в основной группе, чем в группе контроля (12,3% против 3,8%).

Оперативные вмешательства в родах, в виде эпизиотомии, в основной группе выполнялись чаще, чем в группе контроля (46,1% против 19,2%). Наложение вакуум-экстрактора, в связи со слабостью родовой деятельности, производилось только в основной группе в 3,1% случаев.

Проведенный анализ данных по состоянию детей при рождении, показал, что оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте у новорожденных основной группы была достоверно ниже, чем у детей в контрольной группе ($p < 0,05$).

Асфиксия тяжелой степени (0-3 балла по шкале Апгар) наблюдалась у 1,5% детей основной группы, которые в дальнейшем нуждались в проведении искусственной вентиляции легких сразу после рождения. Асфиксия средней степени тяжести (4-7 баллов по шкале Апгар) наблюдалась чаще у новорожденных основной группы (6,2% против 3,8%).

Течение раннего неонатального периода у детей основной группы характеризовалось рядом патологических синдромов и состояний. Неонатальная желтуха в 1,9 раза чаще отмечалась у новорожденных основной группы (21,5% против 11,5 %, $p < 0,05$). Отмечена тенденция к увеличению частоты церебральной ишемии (9,2% против 3,8%). ВЖК наблюдалось только в основной группе – у 3,1%

новорожденных. Достоверно чаще в основной группе встречался респираторный дистресс-синдром новорожденных (15,3% против 3,8%, $p < 0,05$). (пневмонии - 9,2% , аспирационный синдром - 3,1%, ателектаз - 1,5% и болезнь гиалиновых мембран - 1,5%).

Выводы:

1 Наибольшую долю в структуре родовых травматических повреждений составляет кефалогематома (51,4%), которая чаще всего локализуется на обеих теменных костях или на одной из них (правой или левой). Несколько реже встречается перелом ключицы (43,7%).

2 Такие осложнения беременности как макросомия плода, узкий таз, ХФПН, нарушение фето-плацентарного кровотока, угроза прерывания беременности, поздний гестоз, ГСД, нарушение жирового обмена и анемии являются факторами риска развития кефалогематомы.

3 Среди осложнений родов факторами риска развития кефалогематомы являются: преждевременное излитие околоплодных вод, первичная слабость родовой деятельности, стремительные роды и оперативные вмешательства в родах.

4 Неонатальный период у новорожденных с кефалогематомой чаще всего осложнялся неонатальной желтухой, респираторным дистресс-синдромом и церебральной ишемией.

Y. A. Shishko

THE RISK FACTORS OF THE BIRTH TRAUMA OF THE FETUS

Tutor Assistant S. A. Pavlyukova

*Department of Obstetrics and Gynecology,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Родовая травма: акушерские и перинатальные аспекты: [руководство] / Е.Н. Кравченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 240 с. – (Библиотека врача-специалиста).
2. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1200 с. — (Серия «Национальные руководства»).
3. Акушерство: учеб. / В. И. Дуда. - Минск: РИПО, 2013. - 576 с.