

УДК 618.5:[618:616.1/.8]

Особенности анамнеза, клинического течения беременности у рожениц со слабостью родовой деятельности в срочных родах

Тесакова М. Л.¹, Терехович М. А.^{1,2}, Чубанова А. О.²

¹Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь;

²Учреждение здравоохранения «Клинический родильный дом Минской области»,
г. Минск, Республика Беларусь

Реферат. Целью проведенного исследования явилось изучение особенностей акушерско-гинекологического и соматического анамнеза, клинического течения беременности у рожениц со слабостью родовой деятельности в срочных родах. Произведен ретроспективный анализ 58 историй родов со слабостью родовой деятельности в сроке гестации 37–42 недели, произошедших в 2020 г. в УЗ «Клинический родильный дом Минской области». В результате исследования было установлено, что слабость родовой деятельности чаще осложняет первые роды и нет существенной роли возраста роженицы в возникновении слабости родовой деятельности. Наиболее часто встречающейся экстрагенитальной патологией у рожениц со слабостью родовой деятельности являются эндокринные заболевания. Риском развития слабости родовой деятельности являются инфекционные осложнения и анемия во время беременности. Вероятность развития слабости родовой деятельности, связанная с гинекологическим статусом, увеличивают заболевания шейки матки в анамнезе.

Ключевые слова: слабость родовой деятельности, эндокринные заболевания, инфекционные осложнения беременности, анемия, заболевания шейки матки.

Введение. Охрана здоровья матери и ребенка является важнейшей задачей государства и осуществляется всеми его структурами на всех уровнях. Завершающим этапом беременности являются роды, от правильности ведения которых во многом зависит как состояние матери, так и состояние новорожденного, в связи с чем из года в год разрабатываются и внедряются новые высокотехнологичные методы исследования для более высокоэффективного ведения беременности и родов.

Необходимое условие для физиологического течения родов — развитие регулярной родовой деятельности, соответствующей определенным параметрам. До сих пор проблема аномалии сократительной деятельности матки остается актуальной и не до конца решенной и по-прежнему является одной из основных причин возникновения осложнений в родах и послеродовом периоде как у женщин, так и у новорожденных. Одним из видов аномалий сократительной деятельности матки является слабость родовой деятельности.

Слабостью родовой деятельности называют состояние, при котором интенсивность, продолжительность и частота схваток недостаточны, в связи с чем сглаживание шейки матки, раскрытие шейечного канала и продвижение плода при его соответствии тазу происходят замедленными темпами [1–3]. Различают первичную и вторичную слабость родовой деятельности.

Первичная слабость родовой деятельности характеризуется короткими, редкими, слабыми, малоэффективными схватками с самого начала развития родовой деятельности, которые остаются таковыми в течение первого периода родов. Слабость родовой деятельности, при которой первоначальные схватки имеют нормальную частоту, силу и продолжительность и ослабевают со временем, называется вторичной слабостью родовой деятельности [4].

Согласно клиническому протоколу «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии», утвержденному постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 17 от 19 февраля 2018 г., диагноз «первичная слабость родовой деятельности» правомерен при скорости раскрытия шейки матки менее 1 см/ч в течение 2 ч до раскрытия



маточного зева 6 см, а диагноз «вторичная слабость родовой деятельности» устанавливается при скорости раскрытия шейки матки менее 1 см/ч в течение 2 ч после 6 см раскрытия маточного зева.

Частота встречаемости аномалий родовой деятельности, по данным литературы, чрезвычайно различна — от 9 до 33 % родов, а у первородящих — до 60 %. [1] Скорее всего это связано с тем, что нет единых достоверных критериев диагностики, с разнообразием клинических проявлений и сложностью дифференциальной диагностики. По мнению Е. А. Чернухи (1999), слабость родовой деятельности осложняет 5 % родов, а, по данным 2002 г., каждое третье кесарево сечение производят по поводу аномалий родовой деятельности.

Факторами риска развития слабости родовой деятельности являются: имеющиеся в анамнезе указания на слабость родовой деятельности у матери, родных сестер; патологические состояния матки — миома матки, аденомиоз, хронический эндометрит; перерастяжение матки за счет многоводия, многоплодия, крупного плода; поздний (30 лет и старше) или юный (младше 18 лет) возраст первородящей; наличие вегетативно-обменных нарушений (ожирение, гипофункция щитовидной железы и коры надпочечников, гипоталамический синдром); особенности расположения плаценты (дно, передняя стенка матки); структурная несостоятельность миометрия (аборты, кесарево сечение, большое количество родов — 4 и более); та или иная степень диспропорции размеров плода и таза роженицы (анатомически или клинически узкий таз); хроническая фетоплацентарная недостаточность; неудовлетворительное состояние плода [2, 3].

Каковы бы ни были причины, приводящие к слабости родовой деятельности, с практической точки зрения важно выделять клинические маркеры, позволяющие с высокой долей вероятности прогнозировать развитие гипотонической дисфункции миометрия.

Таким образом, актуальность изучения факторов риска развития слабости родовой деятельности позволит прогнозировать неблагоприятные исходы родов как для матери, так и для плода, снизить материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность.

Цель работы — изучение особенностей акушерско-гинекологического и соматического анамнеза, клинического течения беременности у рожениц со слабостью родовой деятельности в срочных родах.

Материалы и методы. В группу исследования вошли 58 рожениц со слабостью родовой деятельности в срочных родах (37–42 недели гестации), родоразрешенных в 2020 г. в УЗ «Клинический родильный дом Минской области».

Цель работы — изучение акушерско-гинекологического и соматического анамнеза, течения беременности у рожениц со слабостью родовой деятельности в срочных родах.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistika 8 и стандартного приложения Microsoft Office Excel (2010), с помощью анализатора долей (p %), медианы (Me). Общее межгрупповое различие качественных признаков для малых выборок определяли с помощью точного критерия Фишера. Статистически значимыми считались результаты при значении $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Группу исследования составили 58 рожениц со слабостью родовой деятельности в срочных родах, которых разделили на 2 подгруппы: 45 рожениц с первичной слабостью родовой деятельности и 13 рожениц с вторичной слабостью родовой деятельности.

Возраст рожениц в группе исследования составил от 17 до 36 лет, средний возраст рожениц — 26,6 лет, средний возраст рожениц с первичной слабостью родовой деятельности — 28 лет, с вторичной слабостью родовой деятельности — 24,2 года ($p < 0,05$).

По паритету родов в группе исследования первородящие роженицы составили 44 случая (75,9 %), повторнородящие — 14 случаев (24,1 %). По паритету родов в группе рожениц с первичной слабостью родовой деятельности первородящие составили 34 женщины (75,6 %), повторнородящие — 11 женщин (24,4 %); с вторичной слабостью родовой деятельности первородящие составили 10 женщин (76,9 %), повторнородящие — 3 (23,1 %).

Средний возраст менархе в группе исследования составил 13 лет.

При анализе репродуктивного анамнеза не имеется статистически значимых различий между группой рожениц с первичной и вторичной слабостью родовой деятельности. Медицинский аборт в анамнезе имели 3 роженицы с первичной слабостью родовой деятельности, что не встречалось у рожениц с вторичной слабостью родовой деятельности ($p = 1,0$). Самопроизвольное прерывание беременности было у 6 рожениц с первичной слабостью родовой деятельности и у одной роженицы с вторичной слабостью родовой деятельности ($p = 1,0$). Неразвивающаяся беременность в анамнезе была у 4 рожениц с первичной слабостью родовой деятельности и не встречалась у рожениц с вторичной слабостью родовой деятельности ($p = 1,0$). Внематочной беременностью закончилась предыдущая

беременность у одной роженицы с первичной слабостью родовой деятельности, что не встречалось у рожениц с вторичной слабостью родовой деятельности ($p = 1,0$).

При изучении гинекологического анамнеза в группах рожениц с первичной и вторичной слабостью родовой деятельности статистически значимых различий не получено. Структура гинекологической патологии представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Гинекологические заболевания у рожениц с первичной и вторичной слабостью родовой деятельности в срочных родах

Патология	Роженицы с первичной слабостью родовой деятельности	Роженицы с вторичной слабостью родовой деятельности	Результаты межгруппового сравнения
Заболевания шейки матки	9	5	0,2677
Миома матки	3	1	1,0000
Кисты яичников	3	0	1,0000
Эндометриоз	0	1	0,2241
Хронический аднексит	0	0	0,0001
Патология эндометрия	2	0	1,0000

При изучении течения беременности выявлено, что угроза прерывания беременности в различные сроки встречалась у 13 рожениц с первичной слабостью родовой деятельности и 7 рожениц с вторичной слабостью родовой деятельности ($p = 0,1912$). Течение беременности осложнилось анемией у 21 роженицы с первичной слабостью родовой деятельности и 9 рожениц с вторичной слабостью родовой деятельности ($p = 0,2115$). Острые респираторные инфекции осложнили течение беременности у 21 роженицы с первичной слабостью родовой деятельности и у 4 рожениц с вторичной слабостью родовой деятельности ($p = 0,3578$). Кольпит имел место у 23 рожениц с первичной слабостью родовой деятельности и у 5 рожениц с вторичной слабостью родовой деятельности ($p = 0,5341$). Воспалительные заболевания мочевыделительной системы, осложнившие течение беременности, были диагностированы у 9 рожениц с первичной слабостью родовой деятельности и у двух рожениц с вторичной слабостью родовой деятельности ($p = 1,0$). Синдром задержки плода был диагностирован у одной роженицы с первичной слабостью родовой деятельности, что не встречалось у рожениц с вторичной слабостью родовой деятельности ($p = 1,0$). Маловодие наблюдалось с одинаковой частотой у рожениц с первичной и вторичной слабостью родовой деятельности и составило по одному случаю ($p = 0,4011$). Многоводие имело место у двух рожениц с первичной слабостью родовой деятельности и не встречалось у рожениц с вторичной слабостью родовой деятельности ($p = 1,0$). Течение беременности у 5 рожениц с первичной слабостью родовой деятельности и у одной роженицы с вторичной слабостью родовой деятельности осложнилось развитием гипертензивных расстройств, ассоциированных с беременностью ($p = 1,0$). Гестационный сахарный диабет имел место у 5 рожениц с первичной слабостью родовой деятельности и не встречался у рожениц с вторичной слабостью родовой деятельности ($p = 0,5773$).

Анатомически узкий таз встречался у 6 рожениц с первичной слабостью родовой деятельности и у двух рожениц с вторичной слабостью родовой деятельности ($p = 1,0$).

При анализе соматических заболеваний было установлено, что наиболее часто встречающейся патологией у рожениц со слабостью родовой деятельности являлись заболевания эндокринной системы — 18 случаев (31 %), сердечно-сосудистой системы — 7 случаев (12 %), ЛОР-органов — 7 случаев (12 %). Структура соматической патологии в группах исследования представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Соматическая патология у рожениц с первичной и вторичной слабостью родовой деятельности в срочных родах

Патология	Роженицы с первичной слабостью родовой деятельности	Роженицы с вторичной слабостью родовой деятельности	Результаты межгруппового сравнения
Патология щитовидной железы	9	4	0,4599
Ожирение	4	1	1,0
Заболевания сердечно-сосудистой системы	5	2	0,6478
Заболевания желудочно-кишечного тракта	3	0	1,0



Окончание табл. 2

Патология	Роженицы с первичной слабостью родовой деятельности	Роженицы с вторичной слабостью родовой деятельности	Результаты межгруппового сравнения
Заболевания мочевыделительной системы	3	2	0,3107
Заболевания ЛОР-органов	6	1	1,0
Заболевания костно-мышечной системы	2	0	1,0
Неврологические заболевания	3	0	1,0

Заключение. На основании результатов проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

- Слабость родовой деятельности чаще осложняет первые роды. Эта тенденция характерна как для первичной, так и для вторичной слабости родовой деятельности.
- Слабость родовой деятельности встречается в различной возрастной группе женщин. Не выявлено существенной роли возраста в возникновении слабости родовой деятельности.
- Наиболее часто встречающейся экстрагенитальной патологией у рожениц со слабостью родовой деятельности являются эндокринные заболевания.
- Риском развития слабости родовой деятельности являются инфекционные осложнения беременности: воспалительные процессы мочевыводящих путей, кольпиты, острые респираторные инфекции и анемия во время беременности.
- Вероятность развития слабости родовой деятельности, связанная с гинекологическим статусом, увеличивают заболевания шейки матки в анамнезе.
- При анализе акушерско-гинекологического и соматического анамнеза, течения беременности у рожениц с первичной и вторичной слабостью родовой деятельности не имеется статистически значимых различий, что, вероятнее всего, свидетельствует об единых механизмах развития гипотонической дисфункции миометрия.

Таким образом, дальнейшее изучение причин развития слабости родовой деятельности, факторов, приводящих к ее возникновению, позволит своевременно разработать шкалу их оценки для минимизации неблагоприятных исходов и осложнений для матери и плода.

Литература

1. Подтетенев, А. Д. Регуляция родовой деятельности: учеб.-метод. пособие / А. Д. Подтетенев, Т. В. Братчикова, Г. А. Котайш; под ред. В. Е. Радзинского. — М.: РУДН, 2003. — 54 с.
2. Сидорова, И. С. Руководство по акушерству / И. С. Сидорова, В. И. Кулаков, И. О. Макаров. — М.: Медицина, 2006. — 1130 с.
3. Чернуха, Е. А. Родовой блок. Руководство для врачей / Чернуха Е.А. — 3-е изд., перераб., испр. и доп. — М.: Триада-Х, 2005. — 712 с.
4. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой [и др.]. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 1088 с.

Features of anamneses, clinical course of pregnancy in women in labor with weakness of labor activity in urgent labor

Tesakova M. L.¹, Terekhovich M. A.^{1,2}, Chubanova A. O.²

¹*State Educational Institution «The Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education», Minsk, Republic of Belarus;*

²*Health Care Institution «Clinical Maternity hospital of the Minsk region», Minsk, Republic of Belarus*

The research was aimed to study the features of the obstetric and gynecological and somatic history, clinical course of pregnancy in women in labor with weakness of labor activity in urgent labor. As a result of the



study, it is established that weakness of labor activity often complicated the first birth and there is no significant role of the woman's age in the occurrence of the weakness of labor activity. Endocrine diseases are the most common extragenital pathology in women in labor with weakness of labor activity. Infectious complications and anemia during pregnancy are a risk of developing laborweakness. A history of cervical diseases increases the likelihood of laborweakness associated with gynecological status.

Keywords: weakness of labor activity, endocrine diseases, infectious complications during pregnancy, anemia during pregnancy, cervical diseases.

Поступила 23.06.2021