

Ж.К. ЕЛЕВШИНА, К. БЕКМАМБЕТОВА, А. ЕРГЕШБАЕВА, В. ЕМЕЛЬЯНОВА, А. ЗАЦАРИНСКАЯ,  
Г. МИРСЕИТОВА, Н. ХАРЛАМОВА

*Кафедра интернатуры и резидентуры по акушерству и гинекологии Каз НМУ им. Асфендиярова*

### ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Актуальность. Перенашенная беременность на сегодняшний день является одной из актуальных проблем в акушерстве, в связи с высокой частотой патологических процессов как со стороны родового акта, так и со стороны плода, что приводит к повышению перинатальной смертности. Частота перенашивания составляет 1,4-14%, в среднем 8% [1,2]. Перинатальная смертность при переносимой беременности достигает 19%, а неонатальная заболеваемость-29%, что в 6 раз выше, чем при доношенной беременности. Это связано с низкой устойчивостью плода к гипоксии вследствие повышенной зрелости структур головного мозга плода и уменьшения поступления к нему кислорода из-за морфо-функциональных инволютивных изменений в плаценте [1,3]. В связи с чем чрезвычайно важным для определения акушерской тактики является оценка особенностей кардиотокографии плода и плодово-маточно-плацентарного кровотока.

Перенашивание беременности означает запоздалое возникновение родовой деятельности. Различают истинное (биологическое) перенашивание беременности и мнимое (хронологическое) перенашивание или пролонгированную беременность. Истинно переносимая беременность продолжается более 10-14 дней после ожидаемого срока родов (290-294дня) и заканчивается рождением ребенка с признаками биологической перзрелости, что и определяет высокий риск формирования у него антенатального дистриесс синдрома и затрудненной неонатальной адаптации [2,3]. При ее развитии часто наблюдаются нарушения сократительной активности матки, что приводит к увеличению оперативных вмешательств и к внутриутробному страданию плода. Переносимую беременность правильно рассматривать как патологическое явление, обусловленное влиянием различного вида факторов [2,3].

Этиологическим фоном могут быть перенесенные детские инфекционные заболевания (ветряная оспа, корь, краснуха и т.д.), инфантилизм, различные экстрагенитальные заболевания, нарушения менструальной функции [3].

Также играют роль перенесенные аборты, воспалительные заболевания внутренних половых органов, которые вызывают изменения в нервно-мышечном аппарате матки; различные эндокринные заболевания. Различают истинное (биологическое) перенашивание беременности и мнимое (хронологическое) перенашивание или пролонгированную беременность [4].

Течение беременности, предшествующее перенашиванию, нередко осложняется ранним токсикозом, угрозой прерывания беременности, гестозом, фетоплацентарной недостаточностью и другими заболеваниями. В родах при переносимой беременности очень высокая частота осложнений: родовое излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, кровотечения, высокий риск оперативного родоразрешения [5].

Цель исследования: изучение течения беременности, особенности гемодинамики и течения периода новорожденности при переносимой беременности.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 52 истории родов и истории развития новорожденного при сроках гестации более 40 недель по данным архивного материала НЦАГИП за 2005-2010 годы. Диагноз уточнялся после родов на основании выявления признаков переносимости у новорожденного.

По данным проведенного анализа при переносимой беременности возраст женщин колебался от 18 до 40 лет. Средний возраст женщин составил 26,5 лет. Первородящие старшего возраста составили - 8,6%, повторнородящие - 63,3%, многорожавшие - 1,4%.

Анализ экстрагенитальной патологии выявил наличие хронических заболеваний у 67,3% женщин. Наиболее часто встречалась патология щитовидной железы-31,7%, инфекции мочевыводящих путей - 30,4%, детские инфекции в анамнезе - 15,7%. Из гинекологических заболеваний воспаление органов малого таза отмечается у 18,9%, нарушения менструально-овариального цикла - у 5,4% женщин. Запоздалые роды в анамнезе наблюдались у 4,5% женщин.

Из гинекологического анамнеза обращает внимание высокая частота абортов - 28,8%, невынашивания - 19,9% и перенесенного бесплодия - 5,4%.

Течение беременности осложнилось у 78,3% женщин: угроза - прерывания - у 21,4%, хронической фетоплацентарной недостаточностью - у 9,3%, патологией околоплодных вод (многоводием) - у 8,2%. Из экстрагенитальных заболеваний во время беременности наиболее часто наблюдалась анемия - 29,7%, гестационный пиелонефрит - 3,8%. Антенатальная гипоксия плода наблюдалась - у 23,5% беременных, крупный плод - у 21,5%.

При поступлении беременным была проведена кардиотокограмма (КТГ). Анализ интерпретировался по данным показателя страдания плода (ПСП). По данным КТГ ПСП=1,0 (норма) диагностирован у 55,8% беременных, ПСП до 1,5 (легкой степени) у 21,7% беременных, ПСП до 2,0 (средней степени) - у 17,94% и свыше 2,0 (тяжелой степени) - у 6,7% беременных.

Анализ протоколов доплерометрических исследований маточно-плацентарного кровотока при переносимой беременностью выявил, что показатели в обеих маточных артериях были в пределах нормы. При анализе доплерометрии плодово-плацентарного кровотока были выявлены патологические изменения. Известно, что патологические КСК в артериях пуповины плода характеризуются снижением конечной диастолической скорости кровотока, что свидетельствует о значительном повышении периферического сосудистого сопротивления плодовой части плаценты и выражается в увеличении индексов сосудистой резистентности выше нормативных значений [6]. По данным ретроспективного исследования у пациенток с переносимой беременностью наблюдалось достоверное изменение СДО (3,27), ИР (0,73) и ПИ (1,05). Анализ проведенных исследований показал, что при оценке КСК в артерии пуповины плода наиболее характерно повышение СДО и ИР.

В отличие от артерии пуповины патологические КСК в среднемозговой артерии характеризуются не снижением, а повышением диастолической скорости кровотока, поэтому при страдании плода отмечается снижение численных значений индексов сосудистого сопротивления в мозговых сосудах [5,7]. В нашем ретроспективном исследовании СДО составил 1,89, ПИ составил 1,32, ИР - 0,78.

Таким образом, с учетом полученных результатов доплерометрических исследований у беременных с переносимой беременностью установлены нарушения гемодинамики в плодово-плацентарном бассейне кровообращения. Так при оценке КСК в артерии пуповины наиболее характерно повышение СДО и ИР.

При оценке КСК в среднемозговой артерии напротив характерно снижение СДО и ПИ. При переносимой беременности нарушения плодового кровотока наблюдаются в 60%, из них в 26,67% эти нарушения сочетанные.

При сроке беременности 40-41 неделя и более индукция родов проводилась у 11,7% рожениц, у 7,6% - по поводу перенашивания, у 4,6% - по поводу гипоксии плода, из них роды закончившиеся операцией кесарево сечение - 3,7%. Родостимуляция проводилась у 21,5%, родовозбуждение - у 12,9%. Из осложнений в родах наиболее часто наблюдалось излитие околоплодных вод - 41,9%, слабость родовой деятельности - 19,3%, дефект последа наблюдался у 16,1%, кровотечение в периоде родов - у 3,2%.

Оперативное родоразрешение наблюдалось в 14,5% родов, наиболее частой причиной является угрожающая гипоксия плода 8,3%. В асфиксии родились 27,4% новорожденных, из них в асфиксии легкой степени - 11,2%, в асфиксии средней степени тяжести - 9,6%, в асфиксии тяжелой степени - 6,5%.

Течение периода новорожденности у 12 новорожденных - 19,3% протекало на фоне гипоксически-ишемической энцефалопатии, в 7 случаях - 11,3% наблюдалась кефалогематома.

Также результатами данного исследования были подтверждены многочисленные исследования о влиянии срока беременности на течение периода новорожденности. Проведенным анализом подтверждено, что при сроке беременности более 41 недели нарушается состояние плода, увеличивается количество новорожденных рожденных в асфиксии и ухудшается течение периода новорожденности.

Таким образом, диагностика состояния плода при сроке беременности более 41 недель имеет важное значение для выбора сроков и методов родоразрешения с целью улучшения перинатальных исходов.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Тимохина Е.В. Переношенная беременность // Клинические лекции по акушерству и гинекологии. 2004.- С.90-107.
- 2 Чернуха Е.А. Переношенная и пролонгированная беременность. – М.: ГЭОТАР–Медия, 2007. –207 с.
- 3 Большакова Е.Е. Прогнозирование перинатальных исходов и акушерская тактика при перенашивании беременности: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.01. – М., 1998. – 23 с.
- 4 Резниченко Г.И. Дифференциальная диагностика, тактика ведения и прогнозирование исхода родов при переношенной и пролонгированной беременности: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.01. – Киев, 1999. – 21 с.
- 5 Тимохина Т.Ф., Баев О.Р. Переношенная беременность: диагностика, тактика ведения и методы родоразрешения // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003. – Т. 2, № 2. – С. 37–43.
- 6 Медведев М.В., Курьяк А., Юдина Е.В. Допплерография в акушерстве. – М., 1999. – 157 с.

**Ж.К. ЕЛЕВСИНОВА, К. БЕКМАМБЕТОВА, А. ЕРГЕШБАЕВА, В. ЕМЕЛЬЯНОВА, А. ЗАЦАРИНСКАЯ,  
Г. МИРСЕИТОВА, Н. ХАРЛАМОВА**  
ҚАЗІРГІ ЗАМАН АКУШЕРЛІГІНДЕГІ КҮНІ АСҚАН ЖҮКТІЛІК

**Түйін:** осылайша, жүктілік уақыты 41 аптадан ұзақ болғанда жатырдағы баланың күйіне диагностика жасау перинатальдық салдарды жақсарту мақсатында босандыру мерзімдері мен әдістерін таңдау үшін аса маңызды деп түсініледі.

**Түйінді сөздер:** мерзімінен асқан жүктілік, перинатальды диагностика.

**ZH.K. YELEVSINOVA, K. BEKMAMBETOVA, A. YERGESHBAYEVA, V. YEMELYANOVA, A. ZATSARINSKAYA,  
G. MIRSEITOVA, N. KHARLAMOVA**  
PROLONGED PREGNANCY IN MODERN OBSTETRICS

**Resume:** Thus, diagnostics of fetus condition at gestation age of more than 41 weeks is important for selection of delivery dates and methods in order to improve perinatal results.

**Keywords:** Prolonged pregnancy, perinatal diagnostics.