



## СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ

У.Г. ШОКИРОВА, С.П. ПАХОМОВ, А.С. УСТЮЖИНА

Кафедра акушерства и гинекологии Белгородского государственного национального исследовательского университета (НИУ «БелГУ»), г. Белгород, Россия

**Аннотация:** несмотря на усилия многих поколений акушеров-гинекологов, единого мнения об этиологии и патогенезе слабости родовой деятельности до сих пор не существует. В данной работе представлен анализ течения первой половины беременности, лабораторные показатели крови и мочи у женщин со слабостью родовой деятельности.

**Ключевые слова:** *слабость родовой деятельности, аномалии родовой деятельности, течение беременности*

### WEAKNESS OF LABOR ACTIVITY: THE CHARACTER OF THE COURSE OF THE FIRST HALF OF PREGNANCY

U.G. SHOKIROVA, S.P. PAKHOMOV, A.S. USTYUZHINA

Department of Obstetrics and Gynecology of the Belgorod National Research University (Belgorod)

**Abstract.** Despite the efforts of many generations of obstetricians and gynecologists, there is still no consensus on the etiology and pathogenesis of weakness of labor activity. This paper presents an analysis of the course of the first half of pregnancy, laboratory indicators of blood and urine of women with the weakness of labor activity.

**Keywords:** *weakness of labor activity, anomalies of labor activity, course of the pregnancy*

#### АКТУАЛЬНОСТЬ

Репродуктивное здоровье в демографической политике России занимает важный аспект и зависит от уровня материнской, младенческой смертности и качества системы родовспоможения.

Слабость родовой деятельности повышают показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [4; 5; 8; 9], что говорит об актуальности изучения данной проблемы.

Развитие слабости родовой деятельности в родах может отрицательно повлиять на состояние здоровья матери и плода. Слабость родовой деятельности является фактором риска послеродовых гипотонических кровотечений, послеродовых гнойно-септических заболеваний, гипоксии и гибели плода [5; 7]. В 70–80% случаев слабость родовой деятельности развивается у первородящих, соматически здоровых женщин [1; 6].

Согласно данным нескольких авторов [3; 8; 9; 11], слабость родовой деятельности среди показаний к кесареву сечению занимает одно из первых мест и может привести к высокой частоте перинатальных осложнений и потере, а в

будущем – к проблемам с последующей беременностью и большим проблемам с репродуктивным здоровьем.

Несмотря на большое количество работ, посвященных аномалии родовой деятельности, до сих пор нет достаточно эффективных способов прогнозирования и ранней диагностики данной патологии.

#### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследованием являлось проведение системного анализа течения беременности, изучение клинических и лабораторных данных, влияющих на развитие слабости родовой деятельности у женщин.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период с 2014 по 2018 гг. на базе Белгородского перинатального центра областной клинической больницы Святителя Иоасафа всего обследовано 388 женщины, которые были отобраны методом случайной выборки и разделены на 2 группы.

Группу I составили женщины, у которых роды осложнились слабостью родовой деятельности (N=248).



**Критерии включения:** срок беременности от 37 до 42 недель; одноплодная беременность; живорожденные дети; наличие признаков слабости в родах; информированное согласие пациенток на обследование и лечение.

**Критерии исключения:** анатомически узкий таз II–IV ст., анемия II–III ст.; тяжелые экстрагенитальные заболевания; тяжелые эндокринные заболевания; любое острое воспалительное заболевание; высокая лихорадка (температура  $\geq 38^{\circ}$  по Цельсию).

Группу II составили женщины, у которых роды протекали без осложнений (контрольная, N=140).

**Критериями включения в контрольную группу был:** срок беременности от 37 до 42 недель; одноплодная беременность; живорожденные дети; отсутствие признаков аномалий родовой деятельности; информированное согласие пациенток на обследование и лечение.

**Критериями исключения в контрольной группе:** анатомический узкий таз II–IV ст., анемия II–III ст., тяжелые экстрагенитальные заболевания; тяжелые эндокринные заболевания; любое острое воспалительное заболевание; высокая лихорадка (температура  $\geq 38^{\circ}$  по Цельсию).

База данных создавалась и подвергалась первичной обработке в среде Excel–2010 (Microsoft). Многомерный статистический анализ проводился в стандартных прикладных про-

граммных пакетах: Excel-2010 (Microsoft Office 2010) и Statistika 5.5 (Statsoft).

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

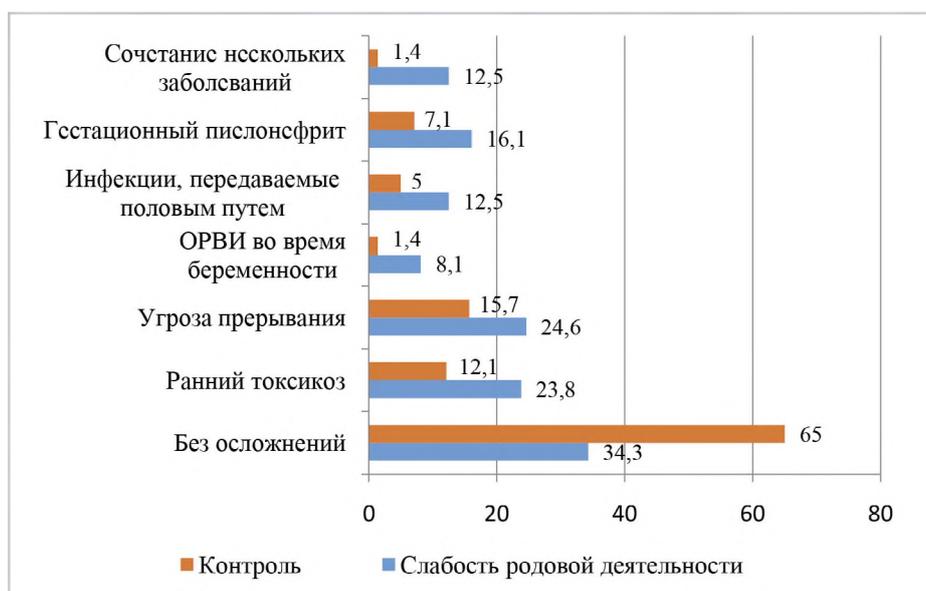
Одной из задач настоящего исследования являлось установление особенностей течения первой половины беременности у женщин со слабостью родовой деятельности.

### ОСЛОЖНЕНИЯ

В результате анализа (см. рисунок) было установлено, что количество женщин, первая половина беременности которых протекала без осложнений, в основной группе было меньше, чем в контрольной ( $34,27 \pm 2,56\%$  соответственно  $65 \pm 4,03\%$ ,  $p < 0,05$ ). Частота токсикоза беременности у женщин первой группы составляла  $23,79 \pm 2,3\%$ , что почти в 2 раза больше, чем в контрольной –  $12,14 \pm 2,76\%$ , ( $p < 0,05$ ).

У женщин со слабостью родовой деятельности достоверно чаще, чем в контрольной группе, отмечалась угроза прерывания беременности ( $24,6 \pm 2,32\%$  случаев соответственно  $15,71 \pm 3,08\%$ ,  $p < 0,05$ ). Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) у женщин со слабостью родовой деятельности, в первой половине беременности встречались в  $12,50 \pm 1,78\%$  случаев, а в контрольной группе –  $5,00 \pm 1,84\%$  ( $p < 0,05$ ).

Острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ) во время беременности перенесли  $8,06 \pm 1,47\%$  женщин первой группы и  $1,43 \pm 1,0\%$



Осложнения первой половины беременности (%)



контрольной ( $p < 0,05$ ). НЦД по гипертоническому типу встречалась у  $5,24 \pm 1,20\%$  женщин группы со слабостью родовой деятельности и  $1,43 \pm 1,00\%$  контрольной ( $p < 0,05$ ).

У женщин группы со слабостью родовой деятельности обострение пиелонефрита было отмечено в  $16,13 \pm 1,98\%$  случаев, соответственно  $7,14 \pm 2,18\%$  случаев в контрольной группе ( $p < 0,05$ ).

Сочетание нескольких осложнений первой половины беременности достоверно чаще отмечалось у беременных первой группы в сравнении с беременными контрольной группы ( $12,50 \pm 1,78\%$  соответственно  $1,43 \pm 1,0\%$ ,  $p < 0,05$ ).

Достоверных отличий между изучаемыми группами при изучении других отдельных видов нозологических форм не было выявлено.

**Клинический анализ крови.** При изучении клинических показателей крови на сроке 20 недель беременности было установлено, что у женщин со слабостью родовой деятельности уровень гемоглобина достоверно был ниже, чем в контрольной группе и составлял  $116,26 \pm 10,14$  г/л соответственно  $121,58 \pm 12,97$  г/л ( $p < 0,05$ ).

Снижение эритроцитов отмечалось у женщин группы со слабостью родовой деятельности по сравнению с группой контроля ( $3,82 \pm 0,36 * 10^{12}/л$  соответственно  $3,95 \pm 0,46 * 10^{12}/л$ ,  $p < 0,05$ ). У женщин основной группы также был снижен цветной показатель и составлял  $0,89 \pm 0,07$ , а в контрольной группе был  $0,93 \pm 0,07$ , ( $p < 0,05$ ). Также выявлено более низкое содержание тромбоцитов у женщин со слабостью родовой деятельности, чем в контрольной группе ( $241,48 \pm 57,57 * 10^9/л$  соответственно  $293,96 \pm 57,68 * 10^9/л$ ,  $p < 0,05$ ). У женщин со слабостью родовой деятельности выявлено повышение содержания моноцитов по сравнению с контрольной группой ( $4,96 \pm 2,09 * 10^9/л$  соответственно  $3,81 \pm 2,30 * 10^9/л$ ,  $p < 0,05$ ).

**Биохимические показатели крови.** При изучении биохимических показателей крови было установлено, что у женщин со слабостью родовой деятельности уровень билирубина был снижен до  $10,07 \pm 3,89$  мкмоль/л по сравнению к беременным из контрольной группы, у кото-

рых он составил  $11,54 \pm 4,55$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ). Также у женщин основной группы отмечалось снижение креатинина, и его уровень составил  $63,67 \pm 10,13$  мкмоль/л., а в контрольной –  $69,90 \pm 6,99$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ). Повышение концентрации глюкозы отмечалось у женщин группы со слабостью родовой деятельности по сравнению с группой контроля ( $4,35 \pm 0,62$  ммоль/л, соответственно  $4,04 \pm 0,84$  ммоль/л ( $p < 0,05$ )).

**Показатели коагулограммы.** При изучении показателей коагулограммы на сроке 20 недель беременности у женщин со слабостью родовой деятельности отмечалось достоверное снижение уровня фибриногена до  $3,57 \pm 1,13$  г/л по отношению к женщинам контрольной группы  $3,86 \pm 1,07$  г/л ( $p < 0,05$ ). У женщин группы со слабостью родовой деятельности достоверно было выше значение АЧТВ ( $33,05 \pm 4,02$  секунд соответственно  $31,08 \pm 3,79$  секунд,  $p < 0,05$ ). Уровень МНО достоверно был выше у женщин основной группы и составил  $1,02 \pm 0,08$ , чем в контрольной группе, у которых он составил  $0,99 \pm 0,13$  ( $p < 0,05$ ). У женщин основной группы показатель ПТИ также достоверно был выше, чем в контрольной группе и составил  $95,31 \pm 7,62\%$ , соответственно  $92,52 \pm 6,85\%$  ( $p < 0,05$ ).

**Показатели общего анализа мочи.** В общем анализе мочи беременных было установлено, что плотность мочи достоверно была выше у женщин основной группы и составила  $1017,55 \pm 3,99$ , против  $1014,89 \pm 3,17$  в контрольной ( $p < 0,05$ ). Уровень белка мочи у женщин в группе со слабостью родовой деятельности достоверно был ниже, чем в контрольной ( $0,01 \pm 0,04$  г/л против  $0,03 \pm 0,04$  г/л,  $p < 0,05$ ). Содержание лейкоцитов в моче достоверно было меньше у женщин основной группы и составляло  $1,09 \pm 2,50$  в поле зрения, а в группе контроля  $2,57 \pm 3,05$  в поле зрения ( $p < 0,05$ ). По другим показателям общего анализа мочи на сроке 20 недель беременности достоверных отличий у женщин изучаемых групп не выявлено.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, по результатам проведённого нами исследования можно заключить, что



беременность женщин, у которых в родах развилась клиническая картина слабости родовой деятельности, характеризовалась определенными особенностями.

Количество женщин с неосложнённым течением первой половины беременности в группе со слабостью родовой деятельности было достоверно меньше. В первой половине беременности у женщин основной группы отмечалась большая частота токсикоза, угрозы прерывания беременности, ИППП, НЦД по гипертоническому типу, обострение пиелонефрита и сочетание нескольких осложнений.

При изучении лабораторных показателей женщин со слабостью родовой деятельности имело место снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, цветного показателя крови, тромбоцитов и увеличение содержания моноцитов.

В биохимических показателях крови отмечалось достоверное снижение креатинина и билирубина по сравнению с контрольной группой. Но концентрация глюкозы крови у женщин данной группы была выше, чем в кон-

трольной группе. При сравнительном анализе показателей коагулограммы было выявлено достоверное снижение концентрации фибриногена и повышение показателей ПТИ, АЧТВ и МНО.

В общем анализе мочи отмечалось достоверное повышение плотности мочи, снижение уровня белка и содержание лейкоцитов в моче по сравнению с контрольной группой.

Результаты, полученные нами по Белгородской области, совпадают с данными отечественной и мировой литературы [2; 10] и добавляют новые знания для дальнейшего изучения данного состояния.

### ВЫВОД

Беременные женщины, у которых в дальнейшем роды осложнились слабостью родовой деятельности, уже в первой половине беременности имели некоторые клинические и лабораторные особенности, которые можно использовать при построении индивидуального прогноза данного осложнения родов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян ЭК. Акушерство: учебник. 10-е издание. Москва, ГЭОТАР-Медиа. 2019. с. 450–467.
2. Дмитриева СЛ, Хлыбова СВ. Нарушения сократительной деятельности матки как одна из актуальных проблем в современном акушерстве (обзор литературы). *Вятский медицинский вестник*. 2011; 1: 28–36.
3. Зефирова ТП, Железова МЕ, Яговкина НЕ. Аномалии родовой деятельности: механизмы формирования и факторы риска. *Практическая медицина*. 2010; 4 (43): 44–48.
4. Об утверждении концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента Российской Федерации № 1351 от 09.10.2007.
5. Радзинский ВЕ. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца. Москва, 2011; 285 с.
6. Радзинский ВЕ, Фукс АМ. Акушерство: учебник. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2016, с. 496–511.
7. Савельева ГМ, Сухих ГТ, Серова ВН, Радзинский ВЕ. Акушерство. Национальное руководство. 2-е изд. перераб. и доп. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1088 с.
8. Сидорова ИС. Физиология и патология родовой деятельности. *«Медицинское информационное агентство»*, 2006; 240 с.
9. Abildgaard H, Ingerslev MD, Nickelsen C, Secher NJ. Cervical dilation at the time of cesarean section for dystocia - effect on subsequent trial of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013; 92(2):193–7. doi: 10.1111/aogs.12023.
10. Maaløe N, Sorensen B, Onesmo R, Secher N, Bygbjerg I. Prolonged labour as indication for emergency caesarean section: a quality assurance analysis by criterion-based audit at two Tanzanian rural hospitals. *BJOG* 2012; 119:605–613.
11. Ragusa A, Gizzo S, Noventa M, Ferrazzi E, Deiana S, Svelato A. Prevention of primary caesarean delivery: comprehensive management of dystocia in nulliparous patients at term. *Arch Gynecol Obstet*. 2016; 294(4): 753–61. doi: 10.1007/s00404-016-4046-5.



СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

**Шокирова Умеда Гайбуллоевна**, ассистент кафедры акушерства и гинекологии НИУ «БелГУ», Россия, 308009, г. Белгород, ул. Победы, 85.

e-mail: umeda.sh@mail.ru, тел.: +79155645658

**Пахомов Сергей Петрович**, чл.-корр. РАЕН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии НИУ «БелГУ», Россия, 308009, г. Белгород, ул. Победы, 85.

e-mail: rachomw@yandex.ru, тел.: +79092012335

**Устюжина Александра Сергеевна**, врач акушер-гинеколог, ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа», гинекологическое отделение, 308023, г. Белгород, ул. Некрасова 8/9.

e-mail: alexandrashevchenko@yandex.ru



АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

**Шокирова Умеда Гайбуллоевна**, ассистент кафедры акушерства и гинекологии НИУ «БелГУ», Россия, 308009, г. Белгород, ул. Победы, 85.

e-mail: umeda.sh@mail.ru,

тел.: +79155645658

*Поступила: 09. 01. 2021*

*Принята в печать: 11. 01. 2021*