

© Н. С. Брынза¹, В. В. Грибоедова⁵,
А. Г. Трушков⁶, Т. Ф. Степанова³,
А. С. Корначев², Н. В. Башмакова⁴

¹ Департамент здравоохранения администрации Тюменской области;

² МЛПУ «Родильный дом №2», г. Тюмень;

³ Институт краевой патологии, г. Тюмень

⁴ ФГУ Уральский НИИ охраны материнства и младенчества, Екатеринбург

⁵ Тюменский фонд обязательного медицинского страхования.

⁶ Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ЧАСТОТОЙ ОСЛОЖНЕНИЙ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ АГРЕССИВНОГО ВЕДЕНИЯ РОДОВ, ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА И СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНОЙ ТАКТИКОЙ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

УДК: 618.4-07:618.33

■ Целью исследования явилось изучение взаимосвязи между частотой осложнений, характерных для агрессивного ведения родов, и возникновением у рожениц плацентарной недостаточности, внутриутробной гипоксии плода или слабости родовой деятельности в зависимости от тактики родовспоможения. Результаты исследования показали, что наличие данных состояний не является абсолютной предпосылкой к расширению применения агрессивных методов родовспоможения. Главную роль в росте агрессии играет метод организации лечебно-диагностического процесса. В контрольной группе рожениц приоритет отдавался инвазивным методам ведения родов, сочетающимся с мощной медикаментозной поддержкой. В опытной группе тактика реализации семейно-ориентированных технологий обеспечивала более щадящий подход к ведению родов, вне зависимости от наличия слабости родовой деятельности и внутриутробной гипоксии плода.

■ **Ключевые слова:** семейно-ориентированные технологии; слабость родовой деятельности; внутриутробная гипоксия плода; плацентарные нарушения; агрессивное ведение родов.

Актуальность исследования

Вековой опыт развития службы родовспоможения позволил создать современные принципы оказания перинатальной помощи, основополагающим звеном которых является предотвращение осложнений для матери и ребенка. Накопление научных знаний и их применение в широкой акушерской практике привело к многократному снижению материнской и перинатальной смертности, ограничило риск для здоровья, связанный с периодом беременности и родов. Однако результаты многочисленных исследований, публикуемые в настоящее время, свидетельствуют о потенциальной опасности любого вмешательства в родах, а также необходимости клинического подтверждения любой применяемой методики [1]. Кроме того, в настоящее время акушерская помощь должна удовлетворять потребности женщины и ее семьи.

Профилактика и эффективное лечение осложнений, возникающих в течение родов и оказывающих негативное влияние на здоровье матери и ребенка, является приоритетной задачей при разработке методов оптимизации процесса родовспоможения в акушерской практике в настоящее время. Результаты рандомизированных клинических исследований, базирующихся на принципах доказательной медицины, позволяют аргументированно утверждать о том, что агрессивная тактика в родах не сопровождается снижением количества осложнений. Агрессивные технологии в акушерстве — это небезопасные методы, которые используются рутинно, зачастую необоснованно при физиологическом развитии беременности и течении нормальных родов. При физиологическом течении родов к агрессивным технологиям можно отнести раннюю амниотомию, внутривенное введение простагландинов и окситоцина, рутинную эпизиотомию. При использовании активного ведения родов заметно увеличивается количество медикаментозных, инструментальных и хирургических вмешательств, что способствует увеличению затрат на родовспоможение и увеличивает риск для матери и новорожденного [16, 18, 22].

Действительно, длительное течение родов в настоящее время считается ведущей акушерской проблемой, так как является тяжелым испытанием для роженицы и сопровождается высокой частотой родоразрешения путем кесарева сечения. Особенно часто

затянувшиеся роды и аномалии родовой деятельности встречаются у первородящих женщин [12]. Более 70% родов с затянувшимся первым периодом заканчиваются проведением операции кесарева сечения, что обуславливает 15% всех экстренных операций родоразрешения в Великобритании [20].

Результаты рандомизированного исследования, проведенного в Великобритании и оценившего 2000 родов, продемонстрировали отсутствие отличий в частоте кесарева сечения при активном ведении родов и селективном назначении родоусиления. Нельзя исключить, что хорошие показатели клиник, использовавших активное ведение родов, были обусловлены введением качественного аудита и клинических протоколов [8, 28]. Другим эффектом активного ведения родов является сокращение их продолжительности, что оспаривается некоторыми исследователями, так как при активном ведении родов диагноз начавшихся родов может быть поставлен раньше [17, 28]. Несмотря на появление большого количества доказательств преимущества физиологического ведения неосложненных родов, исследование целесообразности применения активного ведения родов как комплексного мероприятия и отдельных вмешательств продолжается [4, 24].

Установлено, что рутинное проведение амниотомии, применяемое при активном ведении родов, по-видимому, влияет на частоту кесарева сечения, способствуя ее увеличению [7, 19]. Показано также, что рутинное использование амниотомии приводит к значимому увеличению частоты кесарева сечения, которое часто обусловлено патологическим состоянием плода и выпадением петель пуповины [7]. К преимуществам применения амниотомии можно отнести сокращение продолжительности родов и снижение частоты патологической оценки новорожденного по шкале Апгар на 5-й минуте ниже 7 баллов [6, 7]. Частота кесарева сечения после амниотомии во многом зависит от зрелости родовых путей, что диктует необходимость соблюдения четкого протокола диагностики родов и времени проведения амниотомии [26]. Существуют свидетельства учащения регистрации патологического сердцебиения плода в родах при применении данной методики и несмотря на то, что нарушение сердцебиения не взаимосвязано напрямую с рождением новорожденных с низкой балльной оценкой, оно может послужить поводом для оперативного родоразрешения [19]. Одним из опасных осложнений ранней амниотомии является выпадение петель пуповины, что может являться причиной проведения операции кесарева сечения или даже интранатальной гибели плода [23].

Таким образом, выводы работ, исследующих преимущества и недостатки рутинного приме-

нения активного ведения родов, нередко противостоят друг другу. Результаты многочисленных клинических исследований, посвященных данному вопросу, позволяют заключить, что в настоящее время нет убедительных доказательств явных преимуществ проведения рутинной амниотомии, а значит ее применение должно быть дифференцировано и обусловлено клинической ситуацией [7].

Результаты метаанализа, включившего более 37 тысяч женщин, продемонстрировали, что применение непрерывной кардиотокографии в сравнении с периодической аускультацией не влияет на показатели перинатальной смертности, что наблюдается как среди рожениц низкого риска, так и имеющих факторы риска для перинатальной смерти плода. По результатам 9 рандомизированных клинических исследований было отмечено уменьшение частоты неонатальных судорог, что является единственным положительным эффектом применения непрерывной кардиотокографии [5, 25]. Однако были выявлены отрицательные эффекты от применения непрерывной кардиотокографии, включавшие значительное увеличение частоты кесарева сечения и применения вакуум-экстрактора или акушерских щипцов [2, 3, 5]. Таким образом, при выборе метода наблюдения за сердечной деятельностью плода необходимо учитывать результаты клинических исследований демонстрирующих, что наблюдение за плодом в родах с помощью кардиотокографии не может рассматриваться как более качественный метод по сравнению с периодической аускультацией и не должен предлагаться рутинно [1, 21, 25].

В связи с развитием технологий родовспоможения актуальным является вопрос о критическом сроке для рутинной индукции родов и ее безопасности для матери и новорожденного. Качественные исследования, посвященные данному вопросу [13, 27], позволили доказать снижение риска перинатальной гибели плода при рутинной индукции родов после наступления 41-й недели [11]. При этом не было обнаружено повышения частоты проведения кесарева сечения при рутинной индукции родов в этом сроке. Учитывая то, что различные методы индукции родовой деятельности имеют разные результаты эффективности и безопасности, при их выборе в каждом конкретном случае учитывалась степень созревания шейки матки. Показано, что при степени зрелости по индексу Бишоп менее или равного 6 баллам рациональная рутинная индукция не приводит к увеличению частоты кесарева сечения. При этом был зарегистрирован отчетливый эффект снижения частоты кесарева сечения при индукции родов после 41-й недели у первородящих, чего не наблюдалось у повторнородящих.

На основании результатов данных исследований сделан вывод о том, что преимущества рутинного родовозбуждения до 41-й недели в настоящее время не доказаны, а поэтому при отсутствии иных показаний индукция родов не должна активно использоваться в процессе родовспоможения. Таким образом, опираясь на результаты исследований, есть основания утверждать, что использование агрессивной тактики родовспоможения не приводит к снижению риска развития осложнений, а, следовательно, требует дифференцированного подхода при ее применении.

Анализ внедрения в широкую акушерскую практику семейно-ориентированных технологий, предусматривающих комплекс организационных, медицинских и информационных методов, основанных на использовании эффективных методов ведения беременности и родов, свидетельствует о позитивном влиянии данных подходов на профилактику осложнений. Данный способ родовспоможения включает активное участие самой женщины и ее семьи в подготовке к материнству, контроль за процессом родов с помощью партограммы ВОЗ, поощряет поддержку семьи на всех этапах процесса родов, активный образ поведения женщины во время схваток, а также ранний контакт матери и новорожденного «кожа-к-коже». Особенностью семейно-ориентированных технологий является ограничение излишнего использования неприятных и ограничительных процедур, включающих ограничение приема пищи и воды в процессе схваток, непрерывный электронный мониторинг сердечной деятельности плода, а также ограничение инвазивных методов родовспоможения, таких как эпизиотомия, амниотомия и необоснованная индукция родов.

Установленным фактом является то, что семейно-ориентированные технологии способствуют снижению процента осложнений, приводящих к оперативному родоразрешению. Метаанализ исследований, посвященных поддержке в родах, убедительно продемонстрировал статистически значимое снижение частоты кесарева сечения и оперативных родов при использовании сопровождения. При этом достоверное снижение возможности кесарева сечения было обнаружено в том случае, если сопровождение в родах производилось по выбору женщины и сопровождающиеся не являлись сотрудниками лечебного учреждения. Эффект от поддержки в родах значительно усиливался, если поддержка начиналась до активных родов, что выражалось в статистически значимом снижении необходимости обезболивания, повышении количества спонтанных вагинальных родов и уменьшении необходимости оперативного родоразрешения [14, 15].

Одним из способов, рекомендованных для эффективного контроля в процессе родов при использовании семейно-ориентированных технологий и обеспечивающих наилучшую информацию о ходе родов, является партограмма, рекомендованная ВОЗ. Внедрение партограммы позволяет быстро отображать клиническую информацию, с помощью которой можно наглядно и быстро представить картину протекающих родов. Главное достоинство современной партограммы заключается в том, что она является не только хорошим средством отображения клинической ситуации, но и регламентирует постановку диагноза и диктует проведение обоснованных вмешательств [9].

Одной из основных задач использования партограммы является профилактика затянувшихся родов. Внедрение линии бдительности и линии действия позволяет при наблюдении за ходом родов дать четкие рекомендации по тактике ведения родов и определить моменты необходимости или нежелательности родоусиления [10]. При этом оптимальным можно считать использование стандартной партограммы с 4-часовым интервалом как регламентирующую роды с использованием меньшего количества медикаментов и инвазивных вмешательств, а также способствующую оптимизации тактики их ведения как для матери, так и для новорожденного.

Цель исследования

Изучение взаимосвязи между частотой осложнений, характерных для агрессивного ведения родов, и как следствие этого присоединения внутрибольничных инфекций и возникновения патологического состояния плода в зависимости от тактики родовспоможения.

Материалы и методы

Объектом исследования являлись 5305 женщин фертильного возраста с самопроизвольными родами, родоразрешение которых проводилось на базе МЛПУ «Родильный дом №2» Тюмени, специализирующегося на оказании помощи роженицам со срочными физиологическими родами, участвующего в реализации регионального проекта «Мать и дитя», основой которого являлось активное внедрение в лечебных учреждениях Тюменской области семейно-ориентированных технологий родовспоможения.

В ходе исследования были сформированы две группы женщин со срочными самопроизвольными родами. Первая (опытная) группа состояла из 3368 женщин, которым медицинская помощь осуществлялась на основе семейно-ориентированных технологий в период 2006 г. и 1-го квартала 2007 г. Средний возраст в данной группе наблюдения со-

ставил $24,1 \pm 3,8$ лет. Вторая (контрольная) группа включала в себя 1937 пациенток, родивших в период 1993–2003 и 2005 гг. с применением рутинных методов родовспоможения, не предполагавших использование семейно-ориентированных технологий. Средний возраст женщин в этой группе исследования составлял $25,3 \pm 2,7$ лет. Исследуемые группы женщин по социальному статусу, возрасту, гестационному сроку беременности и акушерскому анамнезу были однородны и сопоставимы между собой по анализируемым параметрам.

Для сбора информации была разработана клиничко-статистическая карта, включающая в себя сведения о динамическом наблюдении беременности в женской консультации, сроке поступления в стационар для родоразрешения, патологических состояниях, сопутствующих и осложнивших беременность и роды, объемах и стоимости диагностических, лечебных, оперативных, анестезиологических манипуляций, оказанных женщине и ее ребенку во время родов и послеродовом периоде, количестве и структуре назначенных медикаментов, массе тела рожденного ребенка и состоянии его здоровья.

Анализ полученных данных проводился с использованием статистического пакета SPSS (версия 14.0), предназначенного для выполнения научных исследований, отвечающих всем требованиям доказательной медицины. Данные, представленные дискретными переменными, анализировались с помощью таблиц сопряженности, применяемых для расчета относительного риска, который выражается отношением распространенности (встречаемости) исследуемого явления в контрольной и опытной группе пациенток. Гипотеза о равенстве относительного риска встречаемости отвергалась в том случае, когда величина данного показателя не равна 1, а его 95% доверительный интервал не включал в себя 1.

Данные, представленные интервальными переменными, анализировались с помощью методов вариационной статистики, позволяющих оценить форму распределений исследуемых выборок, визуализировать выбросы, измерить медиану, среднее, стандартное отклонение, стандартную ошибку, внутригрупповые дисперсии, межквартильный размах, рассчитать доверительные интервалы. В случае ненормального распределения использовался расчет критерия равенства дисперсий Ливиня. Исходя из значений критерия Ливиня, проводились расчеты t-критерия для независимых выборок, который был использован для оценки различия средних значений исследуемых явлений. Для обнаружения наличия ассоциативной взаимосвязи между различными параметрами использовался критерий ассоциации (фи).

Для всех проведенных исследований различия считались достоверными при двустороннем уровне значимости менее 0,05.

Результаты и их обсуждение

В ходе оценки частоты возникновения осложнений самопроизвольных родов у рожавших женщин контрольной и опытной группы установлено, что у женщин контрольной группы относительный риск возникновения осложнений самопроизвольных родов выше, чем у пациенток опытной группы. Показано, что процесс оказания медицинской помощи рожавшим женщинам контрольной выборки по сравнению с женщинами из опытной группы характеризовался более интенсивным применением агрессивных методов ведения родов в сочетании с широким использованием медикаментозных средств. Основные различия между опытной и контрольной группой рожавших женщин в частоте осложнений самопроизвольных родов были представлены состояниями, возникающими в результате широкого применения инвазивных методов родовспоможения, таких как неудачные попытки стимуляции родов, разрывы промежности, шейки матки, родовые травмы, кровотечения, задержка последа, осложнения, связанные с проведением анестезии во время родов, акушерские оперативные вмешательства и другие процедуры, включая искусственный разрыв плодных оболочек, послеродовые лихорадки и инфекции. Кроме того, спектр различий между анализируемыми группами женщин включал и плацентарные нарушения (нулевой и отрицательный диастолический компонент при доплерометрии), внутриутробную гипоксию плода (патологическая ЧСС плода, патологическая и сомнительная КТГ, ацидоз после рождения плода), патологию пуповины, а также осложнения, связанные с неправильным предлежанием плода, аномалиями органов таза, стремительными родами. Относительный риск возникновения этих состояний в контрольной группе женщин был от 1,3 до 3,1 раза больше, чем у рожавших женщин опытной группы.

При этом в контрольной выборке продолжительность родов как впервые, так и у повторно рожавших женщин была достоверно короче, а длительность пребывания в стационаре больше, чем у пациенток из опытной группы. При сравнении частоты возникновения различных патологических состояний, которые сопутствовали самопроизвольным родам или осложняли их течение, было показано, что достоверных свидетельств обоснованности активного ведения родов у женщин контрольной группы нет. Напротив, индуцирование родовой деятельности у пациенток этой выборки способствовало достоверному увеличению риска осложнений, возникновение которых

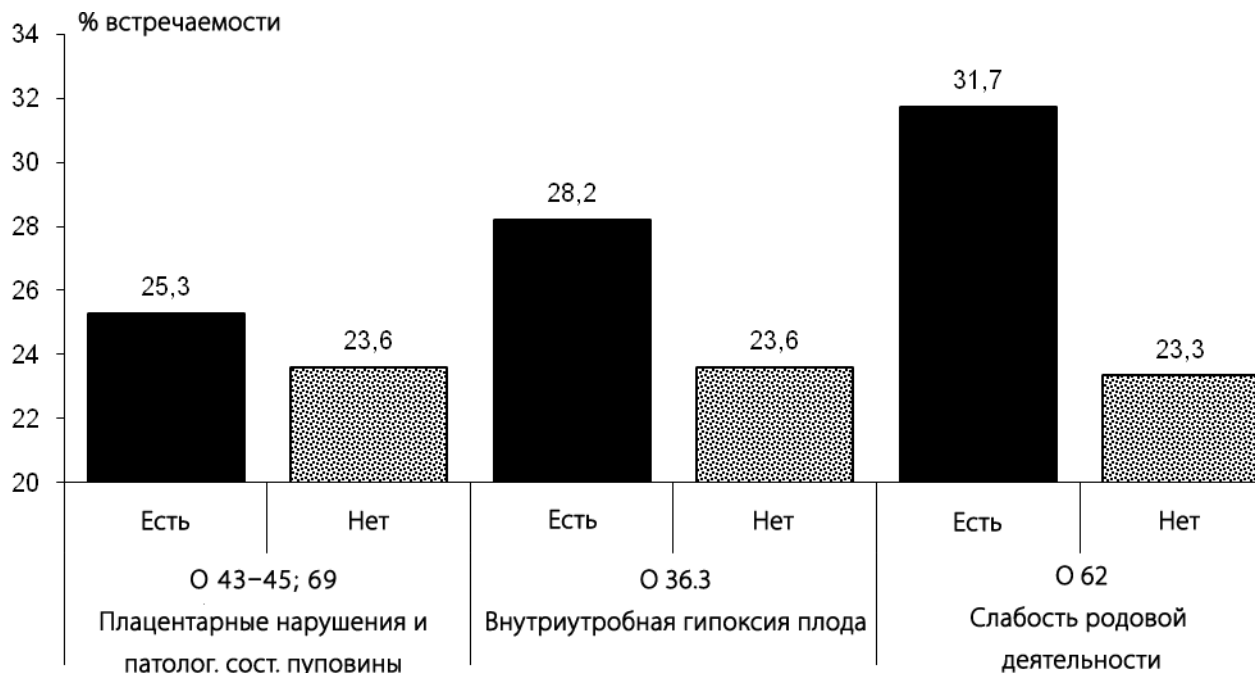


Рис. 1. Частота встречаемости осложнений, связанных с агрессивным ведением родов, у рожениц в зависимости от наличия плацентарных нарушений, внутриутробной гипоксии плода и слабости родовой деятельности

обусловлено широким применением инвазивных методов родовспоможения.

Известно, что возникновение в процессе родов таких состояний, как плацентарные нарушения, внутриутробная гипоксия плода требуют использования оперативных методов родоразрешения, слабость родовой деятельности предполагает использование более агрессивных методов родовспоможения с целью эффективного предотвращения дальнейших осложнений. В ходе исследования установлено, что у рожениц с внутриутробной гипоксией плода и слабостью родовой деятельности шансы возникновения осложнений, связанных с агрессивным ведением родов с последующим присоединением инфекций, характерных для послеродового периода, достоверно выше, чем у женщин, не имевших подобных состояний (рис. 1). Представленные данные свидетельствуют о том, что при отсутствии у рожениц плацентарных нарушений, внутриутробной гипоксии плода и слабости родовой деятельности частота агрессивного ведения родов с последующим присоединением инфекционных осложнений колеблется в пределах от 23,3 до 23,6%. В случае развития у рожениц плацентарных нарушений и патологических состояний пуповины величина данного показателя возрастает до 25,3%. При появлении внутриутробной гипоксии плода частота осложнений, связанных с агрессивными технологиями родовспоможения, возрастает до 28,2%, а при слабости родовой деятельности до 31,7%. Подтверждением данной зависимости яв-

ляется существование статистически значимых ассоциативных взаимосвязей, определяемых по мере ассоциации Фи, между агрессивным ведением родов с последующим присоединением инфекционных, патологического состояния плода и со слабостью родовой деятельности.

При оценке отношения шансов установлено, что у рожениц с внутриутробной гипоксией плода и слабостью родовой деятельности шансы агрессивного ведения родов с последующим присоединением инфекционных осложнений достоверно выше, чем у женщин, не имевших подобных состояний. Следовательно, внутриутробная гипоксия плода и особенно слабость родовой деятельности могут являться предпосылками к росту агрессии и последующему возникновению внутрибольничных инфекций среди рожениц.

Однако для окончательного суждения о значимости данных предпосылок в обосновании необходимости использования инвазивных методов родовспоможения был проведен сравнительный анализ влияния данных состояний на частоту развития осложнений, связанных с агрессией в родах в опытной и контрольной группе рожениц (рис. 2). Результаты анализа убедительно демонстрируют то, что лечебно-диагностический процесс, реализуемый роженицам контрольной выборки по сравнению с пациентками из опытной группы, характеризуется более высокой степенью агрессивности вне зависимости от наличия или отсутствия у женщин плацентарных нарушений, патологического состояния плода (внутриутроб-

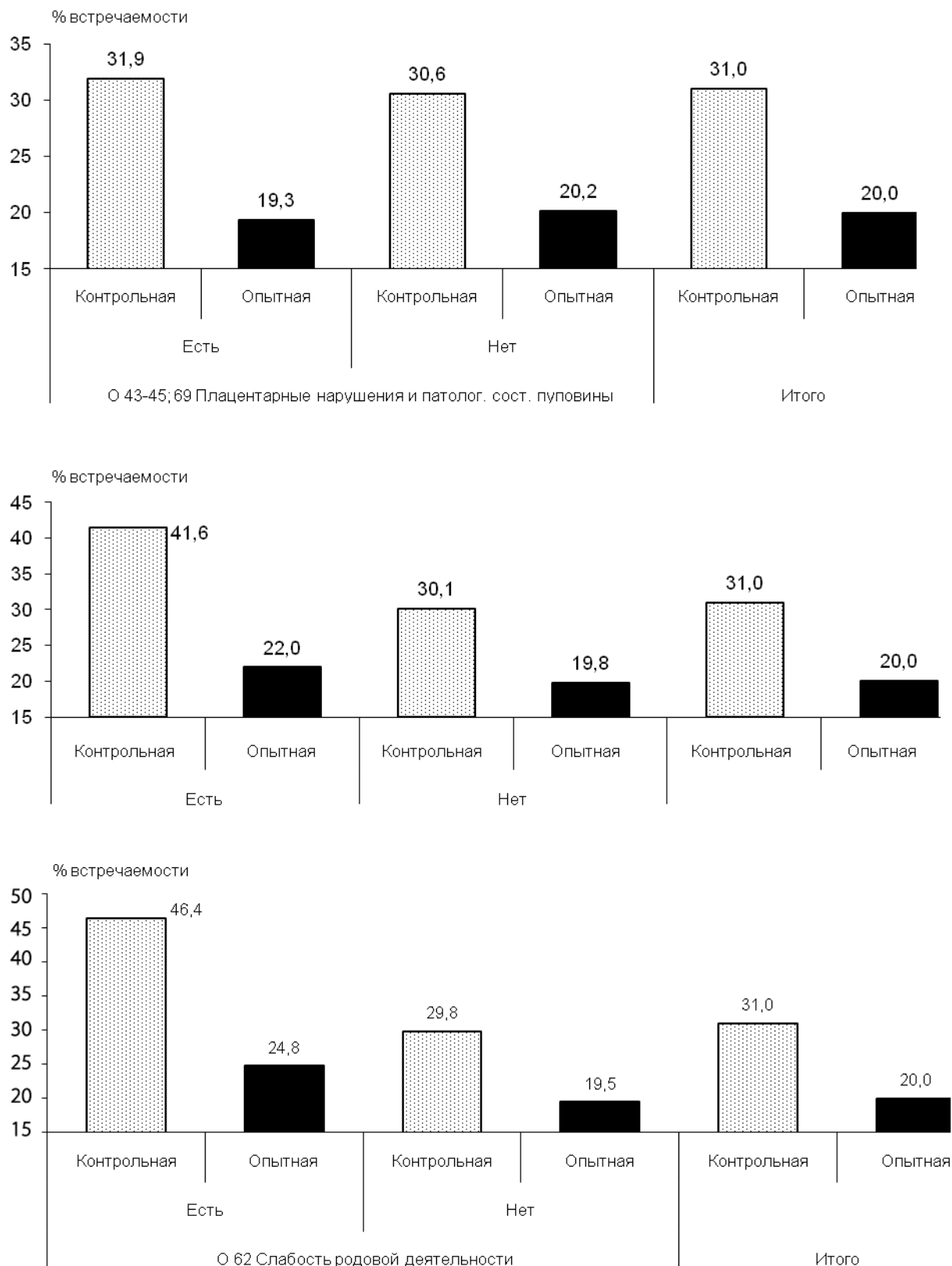


Рис. 2. Частота встречаемости осложнений, связанных с агрессивным ведением родов, у рожениц опытной и контрольной группы в зависимости от наличия плацентарных нарушений, внутриутробной гипоксии плода и слабости родовой деятельности

ной гипоксии) и слабости родовой деятельности. Полученные результаты свидетельствуют о том, что шансы встречаемости состояний, обусловлен-

ных агрессивией в родах у рожениц, имевших и не имевших плацентарных нарушений, были одинаковыми в обеих исследуемых выборках женщин.

Таблица 1

Отношения шансов встречаемости у рожениц опытной и контрольной группы осложнений, характерных для агрессии в родах, и наличия у них плацентарных нарушений, внутриутробной гипоксии плода, слабости родовой деятельности

Группы состояний, осложнившие самопроизвольные роды у рожениц, исследуемых групп	Значение	95 % доверительный интервал		
		Нижняя	Верхняя	
Плацентарные нарушения и патологические состояния пуповины (Контрольная/Опытная)	Есть	1,95	1,52	2,51
	Нет	1,74	1,50	2,03
Внутриутробная гипоксия плода (Контрольная/Опытная)	Есть	2,53	1,67	3,82
	Нет	1,75	1,53	2,00
Слабость родовой деятельности (Контрольная/Опытная)	Есть	2,62	1,72	4,01

Данный факт в значительной мере свидетельствует об отсутствии взаимосвязи между плацентарными нарушениями и состояниями, обусловленными инвазивными методами родовспоможения.

В отличие от этого при внутриутробной гипоксии плода у женщин контрольной выборки шансы возникновения осложнений, связанных с агрессивным ведением родов, были в 1,65 раза выше, чем у пациенток этой выборки, не имевших данного осложнения. Причем имеющиеся различия были статистически значимыми. У рожениц опытной группы подобная зависимость между внутриутробной гипоксией плода и осложнениями, обусловленными инвазивными методами родовспоможения, отсутствовала. Следовательно, организация лечебно-диагностического процесса оказания медицинской помощи роженицам при использовании семейно-ориентированных технологий позволяла персоналу родильного дома избегать агрессии при ведении самопроизвольных родов и связанной с этим внутриутробной гипоксией плода.

При возникновении слабости родовой деятельности шансы возникновения состояний, связанных с агрессивным ведением родов, в обеих исследуемых выборках женщин были достоверно выше, чем у пациенток, не имевших подобного осложнения. Однако у рожениц контрольной выборки сила связи между анализируемыми группами состояний, судя по величине отношения шансов, была в 1,5 раза выше, чем в опытной группе.

Аналогичные результаты получены и при расчете отношения шансов встречаемости среди рожениц исследуемых выборок состояний, связанных с агрессией в родах (табл. 1). Оказалось, что независимо от наличия или отсутствия плацентарных нарушений, внутриутробной гипоксии плода и слабости родовой деятельности шансы агрессивного ведения родов и появления инфекционных осложнений в контрольной выборке были от 1,5 до 4,0 раза выше, чем в опытной группе. Таким образом, главная отличительная черта организации лечебно-диагностического процесса в контрольной выборке рожениц свя-

зана не с особенностями течения у них родов, а с корпоративной культурой их ведения, которая по сравнению с пациентками из опытной выборки отличалась большей агрессией.

Таким образом, результаты анализа свидетельствуют о том, что в контрольной выборке рожениц, независимо от наличия или отсутствия у женщин плацентарных нарушений, внутриутробной гипоксии плода или слабости родовой деятельности, частота встречаемости состояний, характеризующих агрессивное ведение родов, была значительно выше, чем у пациенток из опытной выборки. В обеих исследуемых выборках связь между плацентарными нарушениями и состояниями, возникающими при агрессивном ведении родов, отсутствовала. В контрольной выборке рожениц имелась выраженная зависимость между внутриутробной гипоксией плода и ситуацией, обусловленной агрессивным ведением родов, в то время как у женщин опытной группы подобной зависимости не обнаружено. В обеих исследуемых выборках имелась связь между слабостью родовой деятельности и агрессивностью ведения родов. При этом в контрольной группе степень связи между этими состояниями была заметно выше, чем у рожениц опытной группы. Следовательно, организация лечебно-диагностического процесса в опытной группе позволяла в 1,5 раза снизить степень агрессии при возникновении слабости родовой деятельности.

Таким образом, проведенное исследование показало, что плацентарные нарушения, внутриутробная гипоксия плода и слабость родовой деятельности не являются абсолютными предпосылками к росту агрессии и последующему возникновению внутрибольничных инфекций среди рожениц. Установлено, что главную роль в росте агрессии играет корпоративная культура организации лечебно-диагностического процесса. В контрольной выборке эта культура была ориентирована на агрессивную медицинскую помощь, в то время как в опытной группе тактика реализации лечебно-диагностического процесса обеспе-

чивала более щадящий подход к ведению родов, вне зависимости от наличия слабости родовой деятельности и внутриутробной гипоксии плода.

Выводы. Результаты проведенного исследования продемонстрировали, что плацентарные нарушения, внутриутробная гипоксия плода и слабость родовой деятельности не являются абсолютными предпосылками к расширению применения агрессивных методов родовспоможения.

Установлено, что главную роль в росте агрессии играет корпоративная культура организации лечебно-диагностического процесса. В контрольной группе родильниц приоритет отдавался инвазивным методам ведения родов, сочетающимся с мощной медикаментозной поддержкой, что не оказывало существенного влияния на снижение частоты осложнений. В опытной группе тактика реализации семейно-ориентированных технологий в лечебно-диагностическом процессе обеспечивала более щадящий подход к ведению физиологических самопроизвольных родов, вне зависимости от наличия слабости родовой деятельности и внутриутробной гипоксии плода.

Литература

1. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / Энкин М. и др. — СПб.: Петрополис, 2003. — 270 с.
2. A french randomized controlled trial of ST-segment analysis in a population with abnormal cardiotocograms during labor / Vayssiere C. [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2007. — Vol. 97, N3. — P. 299–306.
3. A randomised clinical trial on cardiotocography plus fetal blood sampling versus cardiotocography plus ST-analysis of the fetal electrocardiogram (STAN) for intrapartum monitoring / Westerhuis M. E. [et al.] // BMC Pregnancy Childbirth. — 2007. — Vol. 26, N7. — P. 13–18.
4. *Albers L. L.* The evidence for physiologic management of the active phase of the first stage of labor // J. Midwifery Womens Health. — 2007. — Vol. 52, N 3. — P. 207–215.
5. *Alfirevic Z., Devane D., Gyte G. M.* Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour // The Reproductive Health Library: Cochrane Review. — 2007. — Issue 10. — P. 110.
6. Amniotomy for shortening spontaneous labour / Fraser W. [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. — 2000. — Vol. 2. — P. 161–168.
7. Amniotomy for shortening spontaneous labour / Fraser W. [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. — 2007. — Vol. 18, N 3. — P. 123–128.
8. *Buist R.* Commitment to low intervention rates with audit of outcomes is important // BMJ. — 1997. — Vol. 314. — P. 606–612.
9. *Chhabra S., Gandhi D., Jaiswal M.* Obstructed labour — a preventable entity // J. Obstet. Gynaecol. — 2000. — Vol. 20, N 2. — P. 151–153.
10. Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: a randomized controlled trial / Khan G. Q. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1997. — Vol. 177. — P. 770–774.
11. *Crowley P.* Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term: The Cochrane Library. Issue 1. — Chichester: John Wiley Sons, Ltd., 2006. — P. 370.
12. Dystocia in nulliparous women / Shields S. G. [et al.] // Am. Fam. Physician. — 2007. — Vol. 75, N 11. — P. 1671–1678.
13. Early amniotomy increases the frequency of early heart rate abnormalities / Gofnet F. [et al.] // Br. J. Obstet. Gynecol. — 1997. — Vol. 104. — P. 548–552.
14. Effect of early augmentation of labour with amniotomy and oxytocin in nulliparous women: a meta-analysis / Fraser W. [et al.] // Br. J. Obstet. Gynecol. — 1998. — Vol. 105. — P. 189–192.
15. Evaluation of different policies for the management of labour / Breart G. [et al.] // Early Human Development. — 1992. — Vol. 29. — P. 309–312.
16. *Gagnon A., Waghorn K., Covell C.* A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor // Birth. — 1997. — Vol. 24. — P. 71–7.
17. *Impey L., Hobson J., O'Herlihy C.* Graphic analysis of actively managed labor: prospective computation of labor progress in 500 consecutive nulliparous women in spontaneous labor at term // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 183, N2. — P. 438–443.
18. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada / Liu S. [et al.] // Canadian Journal of Public Health. — 2000. — Vol. 91. — P. 46–49.
19. *Li N., Wang Y., Zhou H.* Effects of routine early amniotomy on labor and health status of foetus and neonate: a meta-analysis // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. — 2006. — Vol. 41, N 1. — P. 16–19.
20. *Mayor S.* 23% of babies in England are delivered by caesarean section // BMJ. — 2005. — Vol. 330. — P. 806–812.
21. *Nardin J. M.* Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic monitoring (EFM) for fetal assessment during labour: RHL commentary // The WHO Reproductive Health Library. — 2007. — Vol. 10. — P. 128.
22. *Odendaal E. S., Steyn D. W., Odendaal H. J.* Obstetric causes for delivery of very-low-birth-weight babies at Tygerberg Hospital // South African J. of Obstet. and Gynecol. — 2003. — Vol. 9, N 1. — P. 16–20.
23. Risk factors and perinatal outcomes associated with umbilical cord prolapsed / Dilbaz B. [et al.] // Arch. Gynecol. Obstet. — 2006. — Vol. 274, N 2. — P. 104–107.
24. *Svärdby K., Nordström L., Sellström E.* Primiparas with or without oxytocin augmentation: a prospective descriptive study // J. Clin. Nurs. — 2007. — Vol. 16, N 1. — P. 179–184.
25. *Thacker S. B., Stroup D., Chang M.* Withdrawn: Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor // Cochrane Database Syst. Rev. — 2007. — Vol. 18, N 3. — P. 61–68.
26. The impact of early amniotomy on mode of delivery and pregnancy outcome / Sheiner E. [et al.] // Arch. Gynecol. Obstet. — 2000. — Vol. 264, N 2. — P. 63–67.

27. The safety of newborn early discharge. The Washington State experience / Liu L. L. [et al.] // JAMA. — 1997. — Vol. 278. — P. 293–298.
28. Thornton J. G., Lilford R. J. Active management of labour; current knowledge and research issues // BMJ. — 1994. — Vol. 309. — P. 366–369.

Статья представлена А. Г. Савицким,
ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта,
Санкт-Петербург

INTERRELATION BETWEEN FREQUENCY OF COMPLICATIONS,
CHARACTERISTIC FOR AGGRESSIVE CONDUCTING SORTS
BY OCCURRENCE INTRA-UTERINE HYPOXIA THE FRUIT AND
WEAKNESS OF PATRIMONIAL ACTIVITY AT PATIENTS WITH
VARIOUS TACTICS OF OBSTETRIC AID

Brynza N. S., Griboedova V. V., Trushkov A. G.,
Stepanova T. F., Kornachev A. S., Bashmakova N. V.

■ **Summary:** the purpose of research was studying interrelation between frequency of complications, characteristic sorts for aggressive conducting and occurrence of placental insufficiency, intra-uterine hypoxia or weakness of patrimonial activity depending on tactics of obstetric aid. Results of research have shown, that presence of the given conditions is not the absolute precondition to expansion of application of aggressive methods of obstetric aid. The leading role in growth of aggression is played with a method of the organization of medical — diagnostic process. In control group the priority was given invasive to methods of conducting the sorts, combined with powerful medicamentous support. In skilled group tactics of realization family — guided technologies provided more sparing approach to conducting sorts, without dependence from presence of weakness of patrimonial activity and intra-uterine hypoxia.

■ **Key words:** family-guided technologies; weakness of patrimonial activity; intra-uterine hypoxia; placental infringements; aggressive conducting sorts.

■ Адреса авторов для переписки

Брынза Наталья Семеновна — к. м. н., доцент ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава, первый заместитель директора Департамента здравоохранения Тюменской области.

625000 г. Тюмень, ул. Челюскинцев, д. 8, Областной перинатальный центр.

E-mail: tgma@tgma.info

Трушков Александр Геннадьевич — к. м. н., доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава.

625023, г. Тюмень, Энергетиков, 26, Областной перинатальный центр.

E-mail: tgma@tgma.info

Грибоедова Валерия Викторовна — заместитель начальника отдела медицинской помощи населению Тюменского фонда обязательного медицинского страхования.

625000, Тюмень, ул. Советская, 65, корпус 2.

E-mail: tfoms@tfoms.ru

Корначев Александр Сергеевич — д. м. н., профессор, заместитель главного врача по эпидемиологическим вопросам роддома №2 г. Тюмени.

625048, Тюмень, ул. Холодильная, д. 58

Степанова Татьяна Федоровна — главный врач Института краевой патологии, г. Тюмень.

625026, Тюмень, ул. Республики, д. 147.

E-mail: tniikip@tmn.ru

Башмакова Надежда Васильевна — д. м. н., профессор, главный акушер-гинеколог УРФО, ФГУ Уральский НИИ охраны материнства и младенчества, Екатеринбург.

620028, Свердловская область, г. Екатеринбург, Репина ул., 1.

Brynza Natal'ya Semyonovna — the first deputy director of Department of public health services of the Tyumen area, c. m. s., the senior lecturer.

625000, Tyumen, Chelyuskincev st., 8.

E-mail: tgma@tgma.info

Trushkov Aleksandr Genadievich — the chief of the course of obstetrics and gynecology, c. m. s., the senior lecturer.

625023, Tyumen, Energetikov st., 26.

E-mail: tgma@tgma.info

Griboedova Valeriya Viktorovna — the deputy chief of a department of medical aid to the population of the Tyumen fund of obligatory medical insurance.

625000, Tyumen, Sovetskaya st., 65, bild. 2.

E-mail: tfoms@tfoms.ru

Kornachev Aleksandr Sergeevich — the assistant to the head physician on epidemiological questions of a maternity home № «Tyumen, MD., the professor.

625048, Tyumen, Holodilnaya st., 58.

Stepanova Tatyana Fyodorovna — the head physician of Institute of a regional pathology, Tyumen.

625026, Tyumen, Respubliki st., 147.

E-mail: tniikip@tmn.ru

Bashmakova Nadezda Vasilievna — the chief of obstetrical service, The Ural scientific research institute of protection of motherhood and infancy, Ekaterinburg, MD., the professor.

620028, Ekaterinburg, Repina st., 1