

ИНТРАНАТАЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

С. А. КНЯЗЕВ

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии.

Российский университет дружбы народов.

Ул. Миклухо-Маклая, д.8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Проведено исследование перинатальных исходов на основе 620 историй родов с целью определения перинатального риска осложнений течения родов: дородового излития вод, аномалий родовой деятельности, хронической и острой гипоксии плода. Произведена попытка построения линейных корреляций изменения перинатального риска в родах. Предложена тактика пересмотра относительных показаний к абдоминальному родоразрешению в зависимости от изменения степени перинатального риска.

Актуальность и цель исследования. В настоящее время большое внимание уделяется прогнозированию исхода родов для матери и плода. Идеальной моделью для определения перинатального прогноза остается шкала перинатального риска с балльной оценкой факторов риска, разработанная в нашей стране О.Г. Фроловой (1976) и Л.С. Персианиновым с соавт. (1976). Количество баллов пренатального риска - это своеобразный коэффициент, отражающий риск возрастания частоты перинатальной патологии при данном факторе риска.

Недостатком данной шкалы является естественное изменение критериев степеней риска. По шкале О.Г. Фроловой и Е.И. Николаевой (1981) к этой группе необходимо отнести всех женщин, имеющих 10 и более баллов перинатального риска. Но за последние 20 лет уровень экстрагенитальной заболеваемости, анемии у беременных возрастает каждый год, фактически в арифметической прогрессии; то же можно отметить и в отношении осложнений беременности, хронической гипоксии плода [2]. Поэтому в настоящее время в определение «высокий риск» при данных критериях можно отнести 70-80% всех беременных с вытекающими из этого последствиями: дородовой госпитализацией, расширением показаний к абдоминальному родоразрешению и т. д.

Проведенное нами ретроспективное исследование 2989 историй родов указывает на новые границы перинатального риска: низкий перинатальный риск до 15 баллов, средний - от 15 до 24 баллов и высокий - от 25 баллов. При высоком перинатальном риске с целью улучшения исходов родов нами рекомендовано плановое или запланированное абдоминальное родоразрешение [3].

Однако наше исследование, как и шкала О.Г. Фроловой и Е.И. Николаевой, было основано на оценке пренатальных факторов риска и не учитывает такой важной составляющей, как интранатальный риск. Течение родов влияет на перинатальный исход в большей степени, чем течение беременности [4]. Такое осложнение в родах, как острая гипоксия плода, напрямую формирует перинатальную заболеваемость. Также нельзя не учитывать, что самостоятельное вступление беременной в роды, биологическая зрелость родовых путей на фоне удовлетворительных адаптационных реакций плода в родах повышают вероятность благоприятного исхода для плода. Поэтому интранатальная составляющая перинатального риска содержит факторы, как повышающие риск, так и факторы, снижающие его [5].

Целью настоящего исследования было определение количественных критериев степени интранатальных факторов перинатального риска, их влияние на сумму пренатальных и интранатальных факторов риска, зависимость частоты перинатальной заболеваемости от степени перинатального риска.

Материал и методы исследования. По принципу «копия-пара» изучено 620 историй родов, проведенных через естественные родовые пути, произошедших в крупном современном родоauxiliary учреждении на базе многопрофильной

больницы, из которых в 310 случаях имели место осложнения родов (1 группа), в других 310 осложнений родов не было (2 группа - контрольная). Каждая «копия-пара» имела одинаковую степень пренатального риска. Частота перинатальной заболеваемости относительно баллов пренатального риска в двух группах сравнивалась. Для определения степени перинатального риска всем женщинам производился подсчет баллов перинатального риска и сравнение цифр, полученных на догоспитальном этапе и в стационаре.

Для точного определения числового выражения факторов интранатального риска проводилось сопоставление динамики частоты перинатальной заболеваемости с уже определенными факторами пренатального риска и построение линейной зависимости между степенью пренатального риска и частотой перинатальной заболеваемости.

Сопоставлялась частота перинатальной заболеваемости по следующим интранатальным факторам перинатального риска: родовое излитие вод при отсутствии спонтанной регулярной родовой деятельности в течение последующих 2 часов - 32 случая, дискоординация родовой деятельности - 42 случая, слабость родовой деятельности - 15 случаев, аномалии вставления головки плода - 10 случаев, роды на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода - 7 случаев, острая гипоксия плода - 30 случаев. Также анализировалось сочетание двух различных факторов интранатального риска: родовое излитие вод и дискоординация родовой деятельности - 10 случаев, родовое излитие вод и слабость родовой деятельности - 7 случаев, родовое излитие вод и хроническая гипоксия плода - 11 случаев, дискоординация родовой деятельности и слабость родовой деятельности - 9 случаев, дискоординация родовой деятельности и хроническая гипоксия плода - 9 случаев, слабость родовой деятельности и хроническая гипоксия плода - 8 случаев.

Как факторы, снижающие перинатальный риск, нами были выбраны: наступление спонтанной родовой деятельности на фоне биологической зрелости родовых путей (80 случаев) и своевременное излитие светлых околоплодных вод (40 случаев).

Результаты исследования. В нашем исследовании подбирались только те случаи родового излития вод, при которых спонтанная родовая деятельность не наступала в последующие два часа, в связи с чем у женщин первой группы проводилось родовозбуждение энзапостом или окситоцином. Наибольшее число наблюдений получилось по такому интранатальному фактору перинатального риска, как аномалии родовой деятельности (32% от всех наблюдений). У рожениц 1-й группы с целью лечения дискоординации родовой деятельности проводилось регионарное обезболивание - перидуральная анестезия, обезболивание наркотическими анальгетиками, предоставление медикаментозного сна.

Лечение слабости родовой деятельности проводилось назначением внутривенной капельной инфузии окситоцина. В 1-й группе 5 родов (33%) осложнились гипоксией плода на фоне введения окситоцина. Впрочем, гипоксия имела невыраженный характер, нарушения сердечного ритма представляли собой ранние децелерации до 90-100 ударов в минуту, и при рождении этих детей оценка по шкале Апгар составила 7/8 баллов в 4 случаях и 6/8 баллов в одном.

Аномалии вставления головки представлены задним видом затылочного вставления. Отсутствие в нашем исследовании других аномалий вставления головки плода вызвано сложностью подбора «копии-пары». При прочих различных видах асинклитизма проводилось абдоминальное родоразрешение по поводу клинически узкого таза или острой гипоксии плода, родов через естественные родовые пути не было. Большинство женщин имело низкую или реже среднюю степень пренатального риска.

Острая гипоксия плода была диагностирована на основании данных кардиотокографии и изменении характера околоплодных вод. У рожениц первой группы острая гипоксия плода диагностировалась во втором периоде родов, когда имелась возможность для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути. В 22

случаях (66%) было обвитие пуповины вокруг шеи плода, в 1 случае произошла частичная отслойка нормально расположенной плаценты и родоразрешение было проведено путем наложения акушерских щипцов. В 7 случаях (21%) причину острой гипоксии плода установить не удалось. Во всех случаях у рожениц первой группы производилась эпизио- или перинеотомия с целью укорочения потужного периода.

Спонтанная регулярная родовая деятельность, как правило, возникала на фоне биологической зрелости родовых путей. Это отражено во время наблюдения беременной в отделении патологии беременных. Если же родовая деятельность начиналась вне лечебного учреждения, то у рожениц данной группы была удовлетворительная динамика открытия шейки матки в родах, что отражено в данных партограммы.

Своевременное излитие светлых околоплодных вод на фоне регулярной родовой деятельности у рожениц происходило как внутри, так и вне лечебного учреждения. В последнем случае характер вод определялся контрольной подкладной и подтверждался характером задних вод.

Обсуждение. При дородовом излитии околоплодных вод и отсутствием регулярной родовой деятельности с последующим родовозбуждением выявлено незначительное различие между частотой перинатальной заболеваемости в 1-й и 2-й группах. При построении корреляции между частотой перинатальной заболеваемости и количеством баллов перинатального риска все же прослеживается тенденция повышения перинатальной заболеваемости прямо пропорционально сумме баллов перинатального риска. Четко определить числовое выражение этого интранатального фактора перинатального риска можно при большей статистической выборке. В среднем частота перинатальной заболеваемости при дородовом излитии вод в 1,2 раза выше, чем в контрольной группе.

Дискоординация родовой деятельности увеличивает в среднем в 2 раза частоту перинатальной заболеваемости при высокой и средней степенях пренатального риска – и в 1,5 раза при низкой степени риска.

Несколько иное распределение частоты перинатальной заболеваемости наблюдается при слабости родовой деятельности. Во-первых, общая частота перинатальной заболеваемости при данном осложнении ниже, чем при дискоординации родовой деятельности. Во-вторых, результирующая частоты перинатальной заболеваемости при слабости родовой деятельности в 1,5 раза выше результирующей при неосложненных родах. Кривая распределения частоты перинатальной заболеваемости при слабости родовой деятельности приблизительно совпадает с кривой при неосложненных родах, но опережает ее на 6 баллов риска.

Аномалии вставления головки, как фактор интранатального риска, четко, но незначительно повышают частоту перинатальной заболеваемости. Анализ числового определения данного фактора риска лучше проводить отдельно, объединив роды через естественные родовые пути и абдоминальное родоразрешение, с учетом всех исходов и осложнений: клинически узкого таза, разгибательных предлежаний. Тогда на общей частоте перинатальной заболеваемости можно делать определенные выводы.

Хроническая гипоксия плода при средней и низкой степени пренатального риска повышает частоту перинатальной заболеваемости в среднем в 1,2 раза, при высокой степени риска – в 1,6 раза. Результирующая частоты перинатальной заболеваемости в 1,4 раза выше, чем при неосложненных родах. Опережение кривой частоты перинатальной заболеваемости составляет в среднем 5 баллов.

Распределение частоты перинатальной заболеваемости относительно степени пренатального риска при острой гипоксии плода имеет стандартную тенденцию к возрастанию. Однако частота перинатальной заболеваемости при низком, среднем и

высоком пренатальном риске значительно (в 2-3 раза) превышает частоту перинатальной заболеваемости при неосложненных родах.

Спонтанное наступление родовой деятельности при биологической зрелости родовых путей и своевременное излитие светлых околоплодных вод произошло у всех беременных контрольной группы. Поэтому мы объединили эти два фактора в один. Этот фактор не является фактором риска, а скорее фактором положительного прогноза. Шкалу, учитывающую факторы положительного прогноза и отрицательного прогноза – риска, правильнее назвать «шкала перинатального прогноза». Для определения количественной оценки влияния данного положительного фактора на частоту перинатальной заболеваемости надо сопоставить частоту перинатальной заболеваемости при всех интранатальных факторах риска с частотой перинатальной заболеваемости при их отсутствии. Результирующая частоты перинатальной заболеваемости в 1-й группе в 2 раза выше, чем в группе контроля. Следовательно, спонтанное начало родовой деятельности при биологической зрелости родовых путей и своевременном излитии околоплодных вод снижает пренатальный риск в 2 раза.

При сочетании факторов интранатального риска частота перинатальной заболеваемости возрастает одинаково, независимо от того, какие факторы риска сочетаются, в 1,7-2 раза при низкой степени пренатального риска, в 2 - при средней степени и в 1,2 при высокой степени риска. Незначительное повышение частоты перинатальной заболеваемости при высокой степени пренатального риска обусловлено её изначально высокой частотой у данного контингента – 600-800‰.

Исходя из полученных данных, можно рекомендовать простую схему оценки интранатальных факторов риска. При низком интранатальном риске изолированный фактор риска, не являющийся самостоятельным показанием к экстренному родоразрешению, не приводит к значительному повышению частоты перинатальной заболеваемости. Сочетание двух факторов интранатального риска приводит к умеренному повышению частоты перинатальной заболеваемости до 150-300‰. Однако сочетание 3 факторов интранатального риска, вероятно, следует рассматривать, как высокий перинатальный риск. При средней степени пренатального риска наличие одного интранатального фактора риска не приводит к значительному повышению частоты перинатальной заболеваемости. Сочетание двух факторов риска уже должно рассматриваться, как высокий перинатальный риск, так как частота перинатальной заболеваемости достигает значений 600-800‰, характерных для группы высокого риска, для которой рекомендовано абдоминальное родоразрешение. При высоком пренатальном риске в нашем исследовании доказано преимущество абдоминального родоразрешения, поэтому при наличии интранатальных факторов риска это положение остается неизменным.

Литература

1. Кесарево сечение / Под ред. В.И. Краснопольского., В.Е. Радзинского. М: Медицина, 1997. - С. 12-13.
2. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. - М.:Триада-Х, 1997, с. 56-57.
3. Князев С.А. Резервы снижения перинатальной заболеваемости при абдоминальном родоразрешении.// Автореф. дисс. ... канд.мед. наук. М., 2003..
4. Курцер М.А. Перинатальная смертность и пути её снижения. / Автореф. дисс. ... докт.мед. наук. М., 2001.
5. Чернуха Е.А. Родовой блок / /М., Медицина, 1998.

INTRANATAL COMPONENTS OF PERINATAL RISK FACTORS

S.A. KNYAZEV

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology

Peoples' Friendship University of Russia

8, Miklukho-Maklaya st., Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

The research perinatal outcomes is conducted on the basis of 620 histories of childbirth with the purpose of detection perinatal risk of complications of labour. . Tactics of management of kinds with allowance for perinatal of risk is offered at combination of the relative indications. The outlooks of further researches on a problem of a decrease perinatal morbidity and death rate are intended.