

ОЦЕНКА ИСХОДОВ ПРОГРАММИРОВАННЫХ РОДОВ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

Л.С. ОВЕЗОВА, Н.М. СТАРЦЕВА, Ч.Г. ГАГАЕВ

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии

Российский университет дружбы народов

ул. Миклухо-Маклая, д.8, 117198 Москва, Россия

Изучены особенности течения и исходов (в зависимости от степени перинатального риска) 279 программированных родов (ПР) и 323 родов со спонтанным началом родовой деятельности. Протокол ведения ПР включал подготовку шейки матки с помощью ламинарий, родовозбуждение путем амниотомии, ведение родов в дневное время под контролем КТГ, применение утеротонических средств в случае отсутствия родовой деятельности в течение 4 ч после амниотомии. В группах с ПР частота оперативного родоразрешения, акушерской травмы промежности была вдвое меньшей, чем для спонтанных родов, также меньше была кровопотеря в родах. Однако почти в 2 раза чаще, чем в спонтанных родах встречалась бурная родовая деятельность, что требовало коррекции сократительной деятельности матки. Заболеваемость новорожденных от ПР (особенно перинатальное поражение ЦНС) была ниже, чем в случае спонтанных родов, перевод на 2-й этап выхаживания почти в 3 раза реже.

Ключевые слова: программированные роды, перинатальный риск.

Рациональное родоразрешение является одной из актуальных задач перинатального акушерства. В настоящее время не вызывает сомнения, что выбор наиболее оптимального метода ведения родов невозможен без учета степени перинатального риска [1]. Так, по данным Е.А. Чернухи (2001) дифференцированный подход к беременным различной степени риска позволяет снизить уровень перинатальной смертности почти на 30%.

Вместе с тем в настоящее время в условиях низкой рождаемости, перинатальной направленности акушерства наблюдается тенденция к росту абдоминального родоразрешения при высокой степени перинатального риска [1, 2]. Так, по мнению В.И. Краснопольского, Л.С. Логутовой (2000), на данном этапе чрезмерно расширены относительные показания к операции кесарева сечения, в основном за счет отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, возраста первородящих 30 лет и более, рубца на матке.

В сложившейся ситуации современные технологии родоразрешения, в том числе и программированные роды (ПР), проводящиеся при подготовленных родовых путях, в дневное время, при оптимальной организации работы родильного блока, контроле (и возможной регуляции) сократительной деятельности матки, контроле за состоянием роженицы и плода считаются резервом снижения частоты кесарева сечения [5]. Однако ряд исследователей отрицательно относятся к самой идее ПР, считая их "родами для удобства персонала", подчеркивая навязанность для организма матери и плода родовозбуждения [6, 7].

При этом четкие рекомендации, когда же допустима выжидательная тактика (спонтанное начало родовой деятельности), ПР или плановое кесарево сечение по сумме относительных показаний при различной степени перинатального риска в литературе отсутствуют.

Целью настоящего исследования явилась оценка результатов ПР для матери и плода при различной степени перинатального риска.

Контингент, материалы и методы исследования. Объект исследования – 279 пациенток, которым были проведены ПР (проспективный анализ) и 323 со спонтанным началом родовой деятельности (ретроспективный анализ историй родов), а также их новорожденные. Обследуемый контингент был распределен на 6 клинических групп в зависимости от степени перинатального риска (низкая, средняя, высокая): I, II, III соответственно для ПР и IV, V, VI соответственно для спонтанных родов.

Для подсчета количества баллов перинатального риска использовали таблицу оценки перинатальных факторов риска беременной, разработанную О.Г. Фроловой и Е.И. Нико-

лаевой (1981) и регламентированную приказом Министерства здравоохранения СССР № 430. При градации перинатального риска исходили из данных, полученных в исследовании С.А. Князева (2003): низкая степень перинатального риска – менее 15 баллов, средняя – 15-25, высокая ≥ 25 баллов. Оценку степени перинатального риска производили дважды – перед предстоящими родами и интранатально.

Средний возраст беременных в группах с ПР составил 26 (19; 32) лет, в группах со спонтанными родами – 27 (20; 37) лет (здесь и далее приведены медиана (Me), 5, 95%). По мере увеличения степени перинатального риска увеличивалась доля беременных 30 лет и старше. Так в группах с низким перинатальным риском (I и IV) она составила 14,3% и 20,3% соответственно, тогда как в группах высокой степени риска (III, VI) – 43,0% и 36,6% соответственно. Рост и масса тела пациенток с ПР составили 166,0 (155,0; 176,0) см, 77,0 (57,0; 102,7) кг, со спонтанными родами – 165,0 (155,0; 176,0) см и 73,0 (59,0; 98,2) кг соответственно. При увеличении степени перинатального риска пропорционально увеличивалась и частота ожирения среди беременных: в группах с низким перинатальным риском ожирение встречалось у каждой 10-й, при высоком риске – у половины обследованных. Данная закономерность обусловлена характером формирования групп, учитывающим сумму баллов перинатального риска.

Обращал на себя внимание низкий уровень соматического здоровья изучаемого контингента – хроническими экстрагенитальными заболеваниями страдали 200 (71,7%) беременных из групп с ПР и 223 (69,0%) со спонтанным началом родов. Преимущественный вклад в этот показатель внесли женщины с высокой степенью перинатального риска: 72 (91,1%) в группе III, 85 (91,4%) в группе VI. На первом месте в структуре распространенности находились заболевания сердечно-сосудистой системы (преимущественно хроническая артериальная гипертензия: 42 (15,1%) пациенток с ПР и 38 (11,8%) со спонтанными родами), частота встречаемости которых по мере увеличения степени перинатального риска также увеличивалась (более половины беременных с высоким перинатальным риском имели болезни данной системы). Далее следовали заболевания мочевыводящей системы (71 (25,4%) беременных из групп с ПР и 63 (19,5%) со спонтанными родами) и болезни органов дыхания (59 (21,1%) пациенток с ПР и 69 (21,4%) со спонтанными родами). Заболевания эндокринной системы встречались преимущественно в группах с высоким и средним риском – в 92,0% случаев (ПР) и 96,2% (спонтанные).

Уровень репродуктивного здоровья обследованных женщин также был низким. Гинекологические заболевания были выявлены более чем у 2/3 пациенток. На первом месте по частоте встречаемости находились заболевания шейки матки, которые были отмечены у 112 (40,1%) беременных из групп с ПР и 119 (36,8%) – со спонтанными родами.

Структура гинекологической патологии в зависимости от степени перинатального риска отличалась. В группах I и IV основная масса гинекологических заболеваний приходилась на патологию шейки матки и кольпит, в то время как в группах среднего и высокого риска структура заболеваемости была более разнородной. Особенно показательной была большая частота хронических воспалительных заболеваний матки и придатков (хронического аднексита – в 2 раза как при программированных, так и при спонтанных родах: 12,7% в группе I по сравнению с 25,3% в группе III и 14,7% в группе IV по сравнению с 25,8% в VI группе), а также первичного и вторичного бесплодия (в 4 раза при ПР: 3,2% по сравнению с 13,9% в I и III клинических группах соответственно). В группах с высокой степенью риска у каждой 3-4-й пациентки встречались нарушения менструального цикла (аменорея, менометроррагии).

У рожениц с высокой степенью перинатального риска паритет родов был выше, чем в случае низкой и средней степени. Первородящие в группах высокого риска (III и VI) составляли немногим более половины рожениц (43 (54,4%) и 59 (63,4%), тогда как в группах средней степени перинатального риска (II, IV) – 95 (69,3%) и 120 (76,9%) соответственно ($p < 0,05$). Данный факт связан с разным возрастным составом клинических групп разной степени риска, а также характером их формирования, когда высокий паритет

тет, осложненное течение предыдущих родов влияло на градацию перинатального риска. Акушерский анамнез в группах с ПР был отягощен у 117 (41,5%) обследованных искусственными абортами, 44 (15,8%) самопроизвольными абортами, 13 (4,7%) анте/интранатальной гибелью плода, в группах со спонтанным началом родовой деятельности соответственно: 121 (37,5%), 52 (16,1%) и 4 (1,2%) случаев соответственно.

Среди осложнений настоящей беременности в первом и втором триместрах наиболее часто встречался ранний токсикоз (у 99 (35,5%) в группах с ПР и у 79 (24,5%) – со спонтанными родами) и угроза прерывания беременности в I триместре (у 66 (23,7%) и 95 (29,4%) соответственно). Также обращает на себя внимание высокая частота анемии, особенно в третьем триместре, в группах высокого перинатального риска (в III группе – у 32 (40,5%) беременных, в VI – у 34 (36,6%)).

Частота встречаемости гестоза была высокой во всех клинических группах, от 57,1% и 58,2% в группах с низким перинатальным риском (группы I и IV соответственно) до 76,0% и 77,4% - при высокой степени риска (III и VI группы соответственно). С повышением степени перинатального риска наблюдалось изменение структуры самого гестоза – появление более тяжелых форм. Так, если в группах I и IV встречалась нефропатия лишь I степени, то в группах среднего риска (II и V) были случаи нефропатии II степени (4 (2,9%) и 3 (1,9%) соответственно), а в группах высокой степени риска (III и VI) – не только увеличение частоты нефропатии II степени (7 случаев в обеих группах – 8,9% и 7,5% соответственно), но и появление нефропатии III степени (1 и 2 случая соответственно).

Учитывая характер формирования групп, представляется закономерным увеличение частоты хронической плацентарной недостаточности по мере увеличения степени перинатального риска (в группах с высокой степенью в 3-5 раз выше, чем при низком перинатальном риске: 12 (19,0%) и 10 (13,5%) случаев для группы I и III соответственно по сравнению с 44 (55,7%) и 62 (66,7%) в группах III и VI).

Сроки беременности, при которых происходили роды, были практически идентичными как для рожениц с ПР (40,5 (38,5; 41,5) недель), так и спонтанными - 40,0 (38,0; 41,5) недель

Статистически значимых различий между группами с идентичной степенью риска при программированных и спонтанных родах по рассмотренным выше признакам выявлено не было.

ПР чаще проводили по сумме нескольких показаний, а именно:

- профилактика перенашивания – 111 случаев (39,9%),
- хроническая плацентарная недостаточность – 84 (30,1%),
- нефропатия – 82 (29,4%),
- многоводие – 80 (28,7%),
- отягощенный акушерский анамнез – 38 (13,6%),
- крупный плод – 36 (12,9%),
- маловодие – 33 (11,8%),
- возраст первородящей 30 лет и более – 20 (7,2%).

Протокол ведения ПР.

1. Подготовка шейки матки.

При выявлении «незрелой» или «созревающей» шейки матки (0-5 и 6-8 баллов по шкале Bishop соответственно) у беременных с показаниями к индукции родовой деятельности проводили подготовку шейки матки ламинариями (ООО «Сирена», Санкт-Петербург). При необходимости процедуру повторяли максимально до трех раз с интервалом в 24 ч. В ходе подготовки шейки матки у 6 беременных, которым планировалось проведение ПР, самопроизвольно началась родовая деятельность, у 2 произошло родовое излитие околоплодных вод. Данные случаи были исключены из анализа.

Накануне родовозбуждения на ночь назначали седативные средства (реланиум, диазепам) внутримышечно 10,0 мг производства фирмы «Польфа», Польша).

2. Родовозбуждение.

К родовозбуждению приступали при наличии «зрелой» шейки матки и положительного маммарного теста по данным кардиотокографии (КТГ).

Подъем, очистительная клизма – в 6 ч.

Перевод в родовой блок и амниотомия – в 7 ч.

Проводили динамический контроль (включая наружную КТГ) за сократительной деятельностью матки, состоянием плода.

При отсутствии родовой деятельности в течение 4 ч от момента амниотомии начинали родовозбуждение энзапростом-Ф (динопростон, «Санофи-синтелабо», Венгрия), который вводили внутривенно капельно по стандартной методике [3]. При отсутствии родовой деятельности в течение 1,5-2,0 ч приступали к родовозбуждению окситоцином («Гедеон Рихтер А.О.», Венгрия) 5 ЕД внутривенно капельно. Методика введения окситоцина была такой же, как и в случае родовозбуждения энзапростом (скорость введения начиная с 0,005 ЕД/мин, максимально 0,02 ЕД/мин) [3]. Медикаментозное родовозбуждение проводили под обязательным КТГ-контролем. При отсутствии родовой деятельности в течение 2 ч после начала родовозбуждения окситоцином предполагалось родоразрешение путем кесарева сечения. Также применение энзапроста и окситоцина осуществляли при развитии слабости родовой деятельности. Таким образом, в протоколе ПР введение утеротонических препаратов не являлось обязательным звеном.

В случае развития бурной родовой деятельности осуществляли токолиз гинипралом (гексопреналина сульфат, «Никомед») 10 мкг в растворе глюкозы 5% 200 мл со скоростью 0,3 мкг/мин внутривенно капельно.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета стандартных программ Statistica for Windows v.5.5. StatSoft Inc. (США, 1999). Осуществляли стандартные описательные статистические расчеты, для оценки достоверности различий использовали критерии: t – критерий Student, Fisher, Mann-Whitney.

Результаты исследования. Таким образом, в группах с ПР все роженицы к моменту начала родовой деятельности имели «зрелую» шейку матки (9-13 баллов по шкале Bishop). В случае же спонтанного начала родов «зрелая» шейка матки была у 167 (51,7%) рожениц, у остальных – «созревающая» и «незрелая» (79 (24,5%) и 77 (23,8%) соответственно). На этом фоне у 174 (53,9%) обследованных из групп IV-VI произошло родовое и раннее излитие околоплодных вод.

Что касается характера околоплодных вод, то между группами с программированными и спонтанными родами были выявлены статистически значимые различия. Так, в группах с ПР почти в 2 раза реже встречалась хроническая гипоксия плода (в 37 (13,3%) случаях по сравнению с 88 (27,2%) в группах IV-VI).

Поэтому нарастание степени перинатального риска в процессе родов было более выражено в группах со спонтанным началом родовой деятельности, чем в ПР, где количество рожениц, имеющих среднюю степень риска, практически не изменилось (рис. 1). Данные изменения происходили за счет следующих факторов, присоединяющихся к исходным пренатальным: патологического прелиминарного периода, хронической гипоксии плода (излитие околоплодных вод, окрашенных меконием), родового излития вод, хориоамнионита.

Как в группах с ПР, так и спонтанными родами, наибольшие изменения отмечались у женщин с исходно низкой степенью перинатального риска: 11 (3,9%) рожениц с «погранично низкими» значениями суммы баллов перинатального риска перешли в когорту со средней степенью риска (рис. 1). Во всех группах с ПР увеличение степени перинатального риска произошло в 18 (6,5%) случаях, в группах со спонтанными родами – вдвое чаще – 36 (11,1%) случаев.

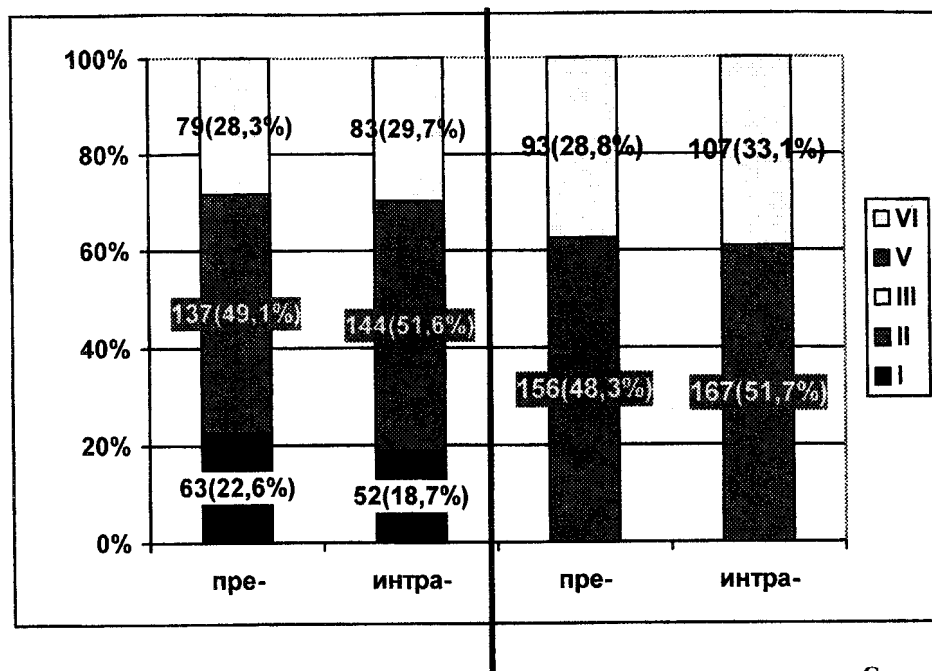


Рис. 1. Изменение степени перинатального риска в процессе родового акта. Слева - ПР, справа - спонтанные; $p < 0,01$ (по критерию Вилкоксона для связанных групп)

Как показал анализ, продолжительность ПР была меньше, чем спонтанных (табл. 1). При этом продолжительность I периода родов у первородящих составила в случае ПР 8,0 (4,4; 11,5) ч, при спонтанных родах – 8,5 (4,9; 13,7) ч (Me, 5, 95%), различия статистически значимы, $p < 0,01$. Для повторнородящих соответственно – 5,3 (2,5; 9,3) и 6,1 (2,8; 9,8) ч ($p = 0,01$).

Таблица 1

Продолжительность родов (per vias naturales)

Клинические группы	n	I период, ч.	II период, мин.	III период, мин.	Безводный промежуток, ч.
Всего программированные	256	6,7 (3,3; 11,3)	20 (10; 30)	10 (5; 20)	7,9 (3,6; 13,0)
Всего спонтанные	273	8,0 (3,8; 13,4)	20 (10; 40)	10 (5; 30)	5,0 (0,3; 12,5)

Примечание: выделенные серым различия с ПР статистически значимы, $p < 0,01$.

Безводный промежуток в группах с ПР был ожидаемо продолжительнее, чем для спонтанных родов (напомним, что методом родовозбуждения в ПР являлась амниотомия). Вместе с тем разброс значений длительности безводного промежутка, включающий и экстремально высокие показатели (более 12 ч) при ПР был намного меньше, чем в спонтанных родах (табл. 1).

Меньшая продолжительность ПР по сравнению со спонтанными обусловлена во многом большей частотой бурной родовой деятельности после родовозбуждения (табл. 2).

Аномалии родовой деятельности в ПР и спонтанных родах встречались с примерно одинаковой частотой: у каждой 5-й роженицы и каждой 4-й соответственно (табл. 2). Однако структура этого осложнения родового акта была различной. В группах со спон-

танным началом родовой деятельности в 2 раза чаще, чем в ПР развивалась слабость родовой деятельности, в то время как ПР чаще осложнялись гиперактивностью сократительной деятельности матки.

Таблица 2

Аномалии родовой деятельности

№ п/п	Клинические группы	I слабость	II слабость	Бурная родовая деятельность	Дискоординация родовой деятельности	Всего
I	Низкая степень риска	-	-	9 (14,3%)	1 (1,6%)	10 (15,9%)
II	Средняя степень риска	12 (8,8%)	-	21 (15,3%)	3 (2,2%)	36 (26,3%)
III	Высокая степень риска	3 (3,8%)	1 (1,3%)	9 (11,4%)	-	13 (16,5%)
	Всего программированные	15 (5,4%)	1 (0,4%)	39 (14,0%)	4 (1,4%)	59 (21,2%)
IV	Низкая степень риска	6 (8,1%)	5 (6,8%)	4 (5,4%)	2 (2,7%)	17 (23,0%)
V	Средняя степень риска	22 (14,1%)	3 (1,9%)	13 (8,3%)	3 (1,9%)	41 (26,2%)
VI	Высокая степень риска	7 (7,5%)	1 (1,1%)	10 (10,8%)	5 (5,4%)	23 (24,8%)
	Всего спонтанные	35 (10,8%) ¹	9 (2,8%)	27 (8,4%) ²	10 (3,1%)	81 (25,1%)

Примечание: ^{1,2} – различия с объединением групп «всего программированные» статистически значимы:
¹ – $p=0,02$, ² – $p=0,03$.

У 39 (14,0%) пациенток из групп с ПР после родовозбуждения путем амниотомии развилась бурная родовая деятельность, в связи с чем 35 из них был начат токолиз гинипралом (10 мкг в растворе глюкозы 5% 200 мл со скоростью 0,3 мкг/мин. внутривенно капельно). Достичь нормализации родовой деятельности удалось у 20 рожениц. И все же у 19 (6,8%) пациенток из I – III групп роды были быстрыми (у 18) и стремительными (у 1 роженицы). Быстрые роды произошли преимущественно у повторнородящих женщин – 17 (6,1%), по сравнению с первородящими – 2 (0,7%).

В случае же спонтанных родов лечение бурной родовой деятельности проводили лишь у 2 рожениц (из 27) путем введения гинипрала и папаверина внутривенно капельно. В результате у 4 (1,2%) рожениц произошли стремительные роды, у 23 (7,2%) – быстрые. Причем, как видно из табл. 2, в группах IV-VI параллельно увеличению степени перинатального риска происходило увеличение частоты бурной родовой деятельности, то есть плод интранатально оказывался в крайне неблагоприятных условиях.

Утеротоники, как средства родостимуляции, почти вдвое чаще применяли в спонтанных родах, чем в ПР. В случае же ПР их чаще использовали для родовозбуждения (при отсутствии родовой деятельности в течение 4 ч после амниотомии). По достижении нормальной родовой деятельности введение энзапроста прекращали. Поэтому время введения утеротонических средств в ПР оказалось меньше, чем в группах со спонтанными родами (табл. 3).

Из утеротонических препаратов в ПР применяли энзапрост – в 10 (3,6%) случаях, окситоцин – в 14 (5,0%), комбинацию энзапроста и окситоцина – 2 (0,7%), в спонтанных – 11 (3,4%), 21 (6,5%), 5 (1,5%) соответственно.

Что касается оперативной активности, то в группах с ПР частота абдоминального родоразрешения была почти в 2 раза ниже, чем при спонтанном начале родовой деятельности (табл. 4).

Таблица 3
Применение утеротонических средств в ПР и спонтанных родах

Клинические группы	n	Родовозбуждение	Родостимуляция	Всего	Продолжительность введения, ч (Ме, 5, 95%)
Всего программированные	279	11 (3,9%)	15 (5,4%)	26 (9,3%)	3,5 (2,0; 5,0)
Всего спонтанные	323	8 (2,4%)	29 (9,0%)	37 (11,5%)	4,0 (1,7; 10,0) ¹

Примечание: различия с ПР статистически значимы, $p=0,04$.

Таблица 4
Частота оперативного родоразрешения

N	Клинические группы	n	Кесарево сечение	Акушерские щипцы
II	Низкая степень риска	63	5 (7,9%)	-
II	Средняя степень риска	137	11 (8,0%)	1 (0,7%)
III I	Высокая степень риска	79	7 (8,9%)	1 (1,3%)
	Всего программированные	279	23 (8,2%)	2 (0,7%)
I V	Низкая степень риска	74	9 (12,2%)	5 (6,8%)
V	Средняя степень риска	156	24 (15,4%)	4 (2,6%)
V I	Высокая степень риска	93	17 (18,3%)	3 (3,2%)
	Всего спонтанные	323	50 (15,5%) ¹	12 (3,7%)

Примечание: ¹ — различия с объединением групп «всего программированные» статистически значимы, $p<0,01$.

Как следует из табл. 4, в группах I-III (ПР) по мере увеличения степени перинатального риска не происходило параллельного увеличения частоты кесарева сечения, в то время как в группах со спонтанным началом родов такая тенденция отмечалась. Применение акушерских щипцов при ПР также потребовалось гораздо реже, чем при спонтанных, и показаниями к этой операции в одном случае явилась острая гипоксия плода, в другом — нефропатия II степени. В структуре показаний к акушерским щипцам при спонтанных родах следует отметить острую гипоксию плода (8 случаев), слабость потуг (1 случай), преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты (2), нефропатию II степени (1).

Структура показаний к операции кесарева сечения для программированных и спонтанных родов значительных отличий не имела (рис. 2). В пользу более взвешенного подхода к плану ведения родов в группах с ПР говорят следующие факты.

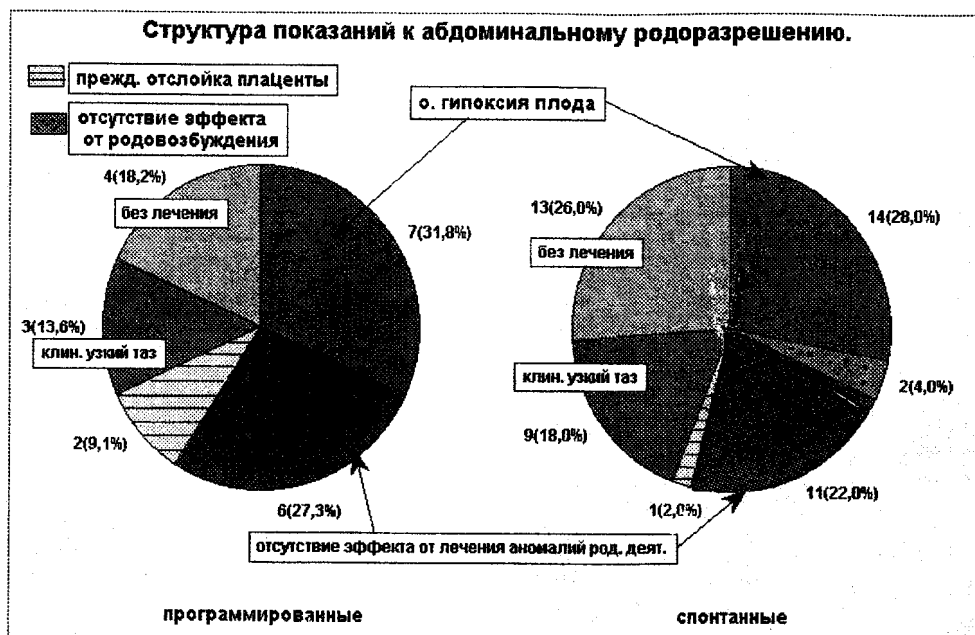


Рис. 2. Структура показаний к операции кесарева сечения для ПР и спонтанных родов

Несколько чаще в группах IV-VI оперировали по сумме относительных показаний при выявлении аномалий родовой деятельности, не предпринимая попыток к коррекции сократительной деятельности матки. Также среди показаний в группах со спонтанным началом родовой деятельности чаще, чем при ПР встречался клинически узкий таз.

Таблица 5

Материнский травматизм в родах per vias naturales, % от общего количества родов per vias naturals

Клинические группы	n	Эпизиотомия/ перинеотомия	Разрыв промежности (I, II ст.)	Разрыв шейки матки (I, II ст.)
Всего программированные	256	72 (28,1%)	20 (7,8%)	32 (12,5%)
Всего спонтанные	273	108 (39,6%) ¹	16 (5,9%)	53 (19,4%) ³

Примечание: различия с объединением групп «всего программированные» статистически значимы
1,2 – $p=0,01$; 3 – $p=0,04$.

Травмы мягких родовых путей (акушерская травма промежности, разрывы шейки матки) встречались значительно реже в группах с ПР, чем со спонтанными (табл. 5). Кроме того, среди показаний к эпизиотомии острая гипоксия плода фигурировала более чем в 2 раза реже: в 14 (19,4%) случаях в ПР и 46 (43,0%) в спонтанных родах.

Также в группах I-III, по сравнению со спонтанным началом родовой деятельности, меньше был и объем кровопотери в родах через естественные родовые пути, почти в 3 раза реже осложнения III периода родов, связанные с патологией прикрепления плаценты (полное или частичное плотное), дефект последа (табл. 6). Кроме того, как в группах с программированными, так и спонтанными (особенно) родами, по мере нарастания сте-

пени перинатального риска наблюдалось увеличение объема теряемой крови и частоты патологического течения III и раннего послеродового периодов (табл. 6).

Таблица 6

Кровопотеря в родах *per vias naturals*

N п/п	Клинические группы	n	Гипотониче- ское кровоте- чение	Патология прикрепления плаценты, дефект последа	Общая кровопотеря, мл (Me, 5, 95%)
I	Низкая степень риска	58	1 (1,7%)	1 (1,7%)	200 (150; 300)
II	Средняя степень риска	126	2 (1,6%)	4 (3,2%)	200 (150; 250)
III	Высокая степень риска	72	2 (2,8%)	5 (6,9%)	200 (150; 350)
	Всего программированные	256	5 (1,9%)	10 (3,9%)	200 (150; 300)
IV	Низкая степень риска	65	1 (1,5%)	4 (6,2%)	200 (150; 350)
V	Средняя степень риска	132	5 (3,8%)	12 (9,1%)	200 (150; 400)
VI	Высокая степень риска	76	5 (6,6%)	11 (14,5%)	250 (150; 600)
	Всего спонтанные	273	11 (4,0%)	27 (9,9%)	200 (150; 400)

Примечание: выделено серым – различия с группой соответствующей степени риска (ПР) статистически значимы ($p < 0,05$).

Всего родились 602 живых ребенка: 279 в группах с ПР и 323 – со спонтанным началом родовой деятельности. Средняя масса тела новорожденных от ПР составила 3587 ± 26 г ($M \pm m$), рост – $52,2 \pm 0,1$ см, от спонтанных родов – 3482 ± 28 г и $51,8 \pm 0,1$ см соответственно. В 52 (18,6%) ПР и 61 (18,9%) спонтанных родах дети были крупными. У 39 (14,0%) новорожденных от ПР и 52 (16,1%) от спонтанных родов была выявлена задержка развития плода I-III степени.

При ПР 7 (2,5%) новорожденных родились в состоянии средней тяжести, остальные 272 (97,5%) – в удовлетворительном состоянии. В группах же со спонтанным началом родовой деятельности доля детей, родившихся в удовлетворительном состоянии, была несколько ниже – 303 (93,8%), состояние 16 (5,0%) новорожденных было оценено как средней тяжести и 4 (1,2%) – как тяжелое (различия статистически значимы, $p = 0,04$).

Острая гипоксия плода в ПР встречалась в 25 (9,0%) случаях, что в 2,5 раза реже, чем в спонтанных родах – 74 (22,9%), различия статистически значимы, $p < 0,01$. Оценка новорожденных по шкале Апгар как на 1-й так и на 2-й минуте от ПР была выше, чем в случае спонтанных (табл. 7, рис. 3). При этом в группах со спонтанным началом родовой деятельности по мере увеличения степени перинатального риска оценка по шкале Апгар становилась ниже. Показательно, что в группах I-III эта закономерность отсутствовала.

Таблица 7

Оценка новорожденных по шкале Апгар

N п/п	Клинические группы	n	На 1-й мин.		На 5-й мин.	
			M±m	SD	M±m	SD
I	Низкая степень риска	63	7,7±0,1	0,6	8,4±0,1	0,6
II	Средняя Степень риска	137	7,8±0,0...	0,5	8,5±0,0...	0,6
III	Высокая степень риска	79	7,7±0,1	0,5	8,5±0,1	0,5
	Всего программированные	279	7,7±0,0...	0,5	8,5±0,0...	0,6
IV	Низкая степень риска	74	7,7±0,1	0,5	(8,5±0,1) ²	0,5
V	Средняя степень риска	156	(7,4±0,1) ¹	0,7	8,2±0,0...	0,5
VI	Высокая степень риска	93	7,4±0,1	0,7	(8,2±0,0...) ³	0,5
	Всего спонтанные	323	(7,5±0,0...) ⁴	0,7	(8,3±0,0...) ⁴	0,5

Примечание: различия статистически значимы ¹ - с группой IV ($p=0,01$) и группой II ($p<0,01$); ² - с группами V, VI ($p=0,01$); ³ - с группой III ($p=0,03$); ⁴ - с объединением групп «всего программированные» ($p<0,01$).

Согласно данным табл. 8, у новорожденных от ПР гораздо реже (в 2 раза и более), чем в группах со спонтанными родами, встречались поражения травматического и гипоксического генеза, то есть заболевания, во многом обусловленные характером течения родов: перинатальное поражение ЦНС, кефалогематомы, парез периферических нервов. Кроме того, в группах с ПР не наблюдалось роста частоты данных осложнений по мере увеличения степени перинатального риска, чего нельзя сказать о новорожденных от спонтанных родов.

Дети с пороками развития (дефект твердого неба, пороки сердца, атрезия ануса) встречались с одинаковой частотой при ПР и спонтанных родах: в группах I-III - 4 (1,4%), в группах IV-VI - 5 (1,5%).

Новорожденных с признаками перезрелости родилось 18, из них 4 (1,4%) - от программированных ПР (в 1 случае родовозбуждение в сроке 40,5 недель, в 3 - 41,5-42 недели), 14 (4,3%) - от спонтанных родов в сроках: 3 - 40,5-41,0 неделя, 8 - 41,5-42,0 недели, 3 - 42,5-43,0 недели гестации. Различия в частоте переношенных детей между группами с ПР и спонтанными родами статистически значимы ($p=0,03$). Пациентки, показанием к ПР у которых была профилактика перенашивания беременности (111 беременных, родовозбуждение в сроке 40,5-41,5 недель), родили 3 (2,7%) детей с признаками перезрелости и 2 (1,8%) - с морфофункциональной незрелостью.

На второй этап выхаживания были переведены 2 (2,2%) ребенка от ПР и 23 (7,1%) - от спонтанных родов.

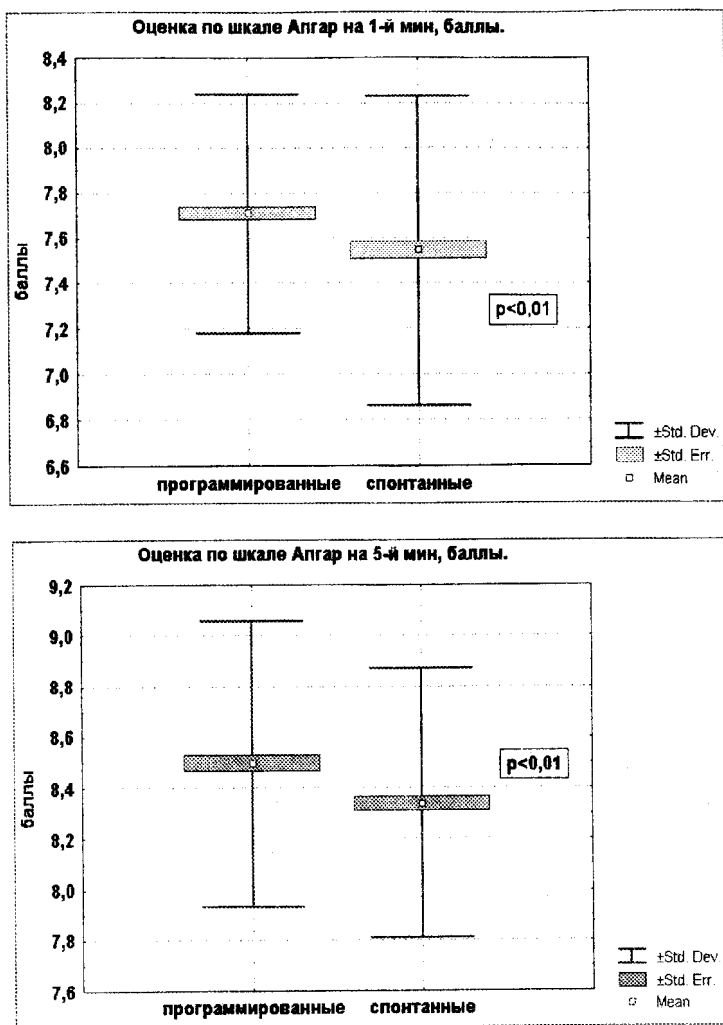


Рис. 3. Оценка новорожденных от ПР и спонтанных родов по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах

Обсуждение результатов. Подготовка “незрелой” и “созревающей” шейки матки является одним из этапов, входящих в протокол ПР. Важность данного этапа определяется значимостью состояния шейки матки, ее “зрелости” для характера сократительной деятельности матки в родах [3]. Как было показано в многочисленных исследованиях, отсутствие «зрелости» шейки матки к моменту начала родов является главенствующим фактором риска слабости и, особенно, дискоординации родовой деятельности [3, 4]. Все роженицы из групп с ПР вступили в роды, имея оценку “зрелости” шейки матки 9-13 баллов по шкале Bishop, в случае же спонтанных родов, доля таких рожениц была чуть больше половины. Показательно, что частота слабости родовой деятельности в группах с ПР была в 2 раза ниже, чем в спонтанных родах.

Вместе с тем, почти в 2 раза чаще, чем в спонтанных родах встречалось такое осложнение родового акта, как бурная родоая деятельность (в подавляющем большинстве случаев у повторнородящих), что требовало коррекции сократительной деятельности матки. В итоге - активное ведение ПР (под контролем КТГ, раннее выявление и коррекция аномалий сократительной деятельности матки) привело к тому, что частота быстрых

Таблица 8

Заболееваемость новорожденных

N п/п	Клинические группы	n	Перина- тальное пораже- ние ЦНС	Кефало- гематома	Перелом ключи- цы	Аспира- ционный синдром	Синдром дыхательн. расстройств	Кожно- геморрагич. синдром	Парез пе- риферич. нервов
I	Низкая степень риска	63	11 (17,5%)	2 (3,2%)	-	1 (1,6%)	-	4 (6,4%)	-
II	Средняя степень риска	137	23 (16,8%)	-	2 (1,5%)	-	-	10 (7,3%)	-
III	Высокая степень риска	79	10 (12,7%)	2 (2,5%)	1 (1,3%)	-	1 (1,3%)	9 (11,4%)	-
Всего программированные		279	44 (15,8%)	4 (1,4%)	3 (1,1%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)	23 (8,2%)	-
IV	Низкая степень риска	74	21 (28,3%)	4 (5,4%)	4 (5,4%)	2 (2,7%)	1 (1,4%)	8 (10,8%)	2 (2,7%)
V	Средняя степень риска	156	58 (37,2%)	13 (8,3%)	1 (0,6%)	4 (2,6%)	1 (0,6%)	20 (12,8%)	-
VI	Высокая степень риска	93	39 (41,9%)	7 (7,5%)	1 (1,1%)	2 (2,2%)	2 (2,2%)	10 (10,8%)	2 (2,2%)
Всего спонтанные		323	118 (36,5%)	24 (7,4%)	6 (1,9%)	8 (2,5%)	4 (1,2%)	38 (11,8%)	4 (1,2%)

Примечание: выделено серым различия с группами соответствующей степеню перинатального риска (ПР) статистически значимы, $p < 0,01$.

и стремительных родов при спонтанном начале родовой деятельности и ПР была сходной.

Следует отметить, что на фоне такого необходимого вмешательства в ПР, даже управления родовым актом перинатальные исходы были лучше, чем в группах со спонтанными родами. А также, говоря об исходах родов для матерей, следует отметить, что в группах с ПР частота оперативного родоразрешения была вдвое меньшей, ниже были показатели акушерского травматизма, меньше кровопотеря в родах.

Особенно важным данные преимущества ПР представляются при высоком перинатальном риске. Выбранная тактика ПР, пожалуй, может являться действенной альтернативой плановому кесареву сечению. Так, в группах с ПР не происходило увеличения частоты абдоминального родоразрешения по мере роста степени перинатального риска, как это наблюдалось при спонтанных родах. Также не происходило снижения оценки по шкале Апгар новорожденных от ПР, в отличие от спонтанных родов.

На наш взгляд, данные показатели обусловлены не только решением организационных, технических проблем, постоянным контролем за сократительной деятельностью матки и состоянием плода в родах, но и предшествующими этапами подготовки ПР. Так, выбор оптимального срока родоразрешения с учетом состояния фетоплацентарного комплекса (по данным КТГ, доплерометрии), профилактика перенашивания беременности привели к тому, что частота хронической гипоксии плода была в ПР вдвое, а острой гипоксии – в 2,5 раза меньшей, чем в спонтанных родах. Поэтому и интранатальное изменение степени риска происходило в ПР в меньшей мере.

Таким образом, метод ПР можно рассматривать как эффективное средство снижения перинатальной заболеваемости, и даже – как альтернативу плановому родоразрешению путем операции кесарева сечения при высоком перинатальном риске (в случае отсутствия абсолютных показаний к кесареву сечению).

Литература

1. Князев С.А. Резервы снижения перинатальной заболеваемости при абдоминальном родоразрешении: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 19 с.
2. Краснопольский В.И., ЛосUTOва Л.С. Альтернативное родоразрешение при наличии относительных показаний к кесареву сечению // Журнал акушерства и женских болезней. – 2000. – т. XLIX. – № 1. – С. 88-94.
3. Подтетенев А.Д., Братчикова Т.В., Котайш Г.А. Регуляция родовой деятельности: Учеб.-метод. пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: Изд-во РУДН, 2003. – 54 с.
4. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки. – СПб.: ЭЛБИ, 2003. – 287 с.
5. Стрижова Н.В., Гайкалова Н.В., Ибрагимов А.А., Филатова Е.М. Оценка результатов программированных родов // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2000. – № 1. – С. 55-57.
6. Чернуха Е. А. Родовой блок. – М.: Триада-Х, 2001. – 533 с.
7. Barrio P., Cortes M., Perez O.M. et al. Gestacion cronologicamente prolongada // Toko-ginecol. Pract. – 1996. – № 606. – P. 16-20.

**MODERN CONCEPTS ON PROGRAMMED LABOR AS ONE OF THE WAYS OF REDUCTION
OF PERINATAL MORBILITY AND MORTALITY**

L.S. OVEZOVA, N.M. STARTSEVA, Ch.G. GAGAEV

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology
Peoples' Friendship University of Russia
8, Miklukho-Maklaya st., Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

Peculiarities of the course and outcomes (depending on extent of perinatal risk) are studied of 279 programmed labor (PL) and 323 labor with spontaneous onset of parturitum. The protocol of programmed labor management comprised: preparation of the womb neck with the aid of laminaria, stimulated delivery by means of amniotomy, labor management at the day time under control of computer tomography, application of uterotonics in case of absence of labor activity for 4 hours after amniotomy. In groups with PL frequency of surgical delivery, obstetric trauma of perineum was twice less than for spontaneous labor, hemorrhage in labor was also less. However, violent parturitum was happen to be almost twice more frequently than in spontaneous labor which required correction of contractile activity of womb. Morbidity of the newborns from PL (especially perinatal lesion of central nervous system) was lower than in case of spontaneous labor, shifting to the second stage of nursing – is almost three times rare.