

шения маточно-плацентарного кровообращения, что в конечном итоге стало причиной преждевременных родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бычков В.И., Образцова Е.Е., Шамарин С.В. Диагностика и лечение хронической фетоплацентарной недостаточности // Акуш. и гин., 1999, № 8, с. 3—5.
2. Духина Т.А. Ультразвуковая доплерометрия в динамике первого триместра беременности / Автореф. дисс. к. м. н. — М., 2001. — 24 с.
3. Кривенко Л.И. Преждевременные роды при хронической плацентарной недостаточности / Автореф. дисс. к. м. н. — Киев, 1991. — 21 с.
4. Михайлов А.В. Патогенез и принципы профилактики патологии развития плода при угрожающих преждевременных родах / Автореф. дисс. д. м. н. — Казань, 1999. — 43 с.
5. Оразмурадов М.А. Плацентарное ложе матки при анемии / Автореф. дисс. к. м. н. — М., 1998. — 21 с.
6. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М. Плацентарная недостаточность при гестозе // Акуш. и гин., 1999. № 1, с. 11—17.

MORPHO-FUNCTIONAL FEATURES OF PLACENTAL SURFACE IN PATIENTS WITH PRETERM LABOR

I.M. ORDIYANTS, F.A. KURBANOVA, M.G. LEBEDEVA

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

The research is aimed at determination of placental surface morpho-functional features in patients with preterm labor. 130 biopsies of placenta and placental surface were taken from patients with preterm labor and intrauterine fetal growth retardation syndrome.

The obtained findings showed that changes in microcirculation in uterine and umbilical arteries can be considered as background of placental insufficiency development, due to primary changes in anatomical and functional structure of placental surface. Histological structure of placental surface differs from placental morphological changes and its investigation is more informative for prediction of fetal wellbeing.

УДК 618.5-089.888.61-06

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ. ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

С.А. КНЯЗЕВ

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Проведено исследование перинатальных исходов на основе многофакторного анализа 2989 историй родов с целью выявления оптимального соотношения частоты кесаревых сечений и показателей перинатальной заболеваемости и смертности. Оценены отдельные показания к абдоминальному родоразрешению, их значимость в совокупности, в соответствии с перинатальным прогнозом. Подчеркнута важность каждого из следующих этапов: пренатальной диагностики, досконального определения перинатального риска, антенатальной охраны плода, оптимизации ведения родов, интенсивного наблюдения и терапии новорожденных групп риска в снижении уровня перинатальной патологии у плодов и

новорожденных. Предложена тактика ведения родов с учетом перинатального риска при совокупности относительных показаний. Намечены перспективы дальнейших исследований по проблеме снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

Актуальность и цель исследования. Несмотря на большое количество публикаций последних лет, не четко определены единые подходы к определению показаний к операции кесарева сечения. До настоящего времени резервом снижения перинатальной заболеваемости и смертности считали расширение показаний к операции кесарева сечения со стороны плода. Либерализация показаний к кесареву сечению и, соответственно, увеличение удельного веса абдоминального родоразрешения вывели на первый план возросшее число осложнений данной операции. Это потребовало поиска оптимальной частоты абдоминальных родоразрешений [1]. В ряде работ рассматриваются вопросы об оптимальном соотношении оперативных и естественных родов, показаниях к абдоминальному родоразрешению с учетом исхода по отношению к здоровью ребенка. В настоящее время наиболее спорными показаниями остаются тазовые предлежания плода, многоплодие, наличие совокупности относительных показаний. С целью снижения перинатальной заболеваемости и смертности при тазовом предлежании рекомендуют расширять показания к оперативному родоразрешению [2, 4], но при этом необходимо следить, чтобы частота абдоминальных родоразрешений не превысила 15—17% — превышение частоты приводит не к ожидаемому снижению перинатальной и материнской смертности, а, напротив, к ее повышению [3].

Наиболее реальным путем снижения частоты оперативных вмешательств без риска для женщины и ребенка в настоящее время остается категория женщин с рубцом на матке. Зачастую показанием к оперативному вмешательству у таких женщин является только рубец на матке, не проводится оценка состояния рубца, не изучаются анамнестические данные причин предыдущей операции, хотя доказано, что до 70% таких женщин могут родить самостоятельно, и ведение у них консервативных родов не повышает показателей перинатальной и материнской смертности.

Целью настоящего исследования было определение путей снижения перинатальной заболеваемости и смертности на основании выделения основных показаний к операции кесарева сечения, выявления частоты и соотношения отдельных и сочетанных показаний к абдоминальному родоразрешению в соответствии с перинатальными исходами.

Материал и методы исследования. Изучено 2989 историй родов, из которых 340 (11,37%) закончились операцией кесарева сечения, 2649 (88,62%) родов были проведены естественным путем. Перинатальная смертность за данный период времени составила 2,7% (8 случаев).

Все показания к абдоминальному родоразрешению были разделены на 2 группы: абсолютные и относительные, каждая группа разбита на подгруппы в зависимости от показания или сочетания наиболее часто встречающихся относительных показаний.

Кесарево сечение в плановом порядке производилось в 143 (42,06%) случаях и 197 (57,94%) — в экстренном порядке. Среди показаний к кесаревым сечениям, произведенным в плановом порядке, преобладала совокупность относительных показаний. Абдоминальные родоразрешения в экстренном порядке предпринимались чаще всего в связи с аномалиями родовой деятельности.

Все показания к оперативному родоразрешению были разделены на группы (табл. 1).

Показания, которые встречались в единичных случаях и оказались непригодны для статистических расчетов, были объединены в одну 7-ю группу.

Изучались следующие параметры: показания к кесареву сечению и перинатальная смертность, перинатальная заболеваемость, их соотношение для каждого показания к оперативному родоразрешению, учтенный и неучтенный риск при определении показаний к операции кесарева сечения, анализ перинатальных

исходов после абдоминальных родоразрешений, произведенных по наиболее часто встречающимся показаниям. Также проводился анализ перинатальных исходов родов у женщин с высоким перинатальным риском или имевших относительные показания к оперативному родоразрешению, но родивших через естественные родовые пути.

Таблица 1

Частота встречаемости показаний к операции кесарева сечения, %

Группа	Показания	Частота
абсолютные:		
1	стойкие аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной коррекции	14,41
2	несостоятельный или неполноценный рубец на матке	6,17
3	тазовое предлежание плода при массе более 3500 г	1,47
4	острая гипоксия плода, не поддающаяся коррекции	5,58
5	преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и предлежание плаценты	3,52
6	анатомически узкий таз 2—3 степени сужения	3,23
7	опухоли или рубцовые изменения мягких родовых путей:	3,23
	— неправильное положение плода	2,35
	— выпадение пуповины	0,88
	— миома матки	1,17
	— неправильное вставление головки	0,88
относительные:		
8	осложненная миопия высокой степени	13,52
9	рубец на матке	8,23
10	отягощенный акушерский анамнез (длительно текущее бесплодие, ЭКО, ante-, интранатальная гибель плода)	7,94
11	тазовое предлежание плода	7,35
12	гипотрофия плода	6,17
13	прогрессирующая или не поддающаяся терапии нефропатия	5,23
14	перенашивание беременности	2,05
15	клинически узкий таз	1,17
16	экстрагенитальная патология	0,29
совокупность показаний:		
17	рубец на матке в сочетании с соматической патологией	3,82
18	гипотрофия плода в сочетании с нефропатией	1,47

Результаты исследования. Перинатальная смертность при экстренном оперативном родоразрешении, предпринятом по абсолютным показаниям, составила 0,03% — 1 смерть произошла от острой асфиксии вследствие выпадения пуповины, женщина не входила в группу высокого риска. К сожалению, перинатальная смертность при данной острой акушерской ситуации остается практически непредотвратимой даже при постоянном мониторинжном наблюдении за плодом при родах. Перинатальная смертность при плановом абдоминальном родоразрешении, предпринятом по относительным показаниям, — 2 случая антенатальной гибели одного плода из двойни вследствие хронической фетоплацентарной недостаточности, гипоплазии плаценты.

Наиболее часто встречающимся относительным показанием к операции кесарева сечения явились миопия высокой степени и отягощенный акушерский анамнез. Частота кесаревых сечений по первому показанию, к сожалению, не

имеет тенденции к снижению и не зависит от работы акушеров-гинекологов. Анализ перинатальных исходов при абдоминальных родоразрешениях, произведенных по второму показанию, показал обоснованность оперативного родоразрешения у данной группы женщин. Все женщины, родоразрешенные путем операции кесарева сечения, имели высокий перинатальный риск. Новорожденных в этой группе отличала низкая перинатальная заболеваемость (не отличавшаяся от таковой у рожденных естественным путем практически здоровыми женщинами), а перинатальной смертности в данной группе не было. Анализ кесаревых сечений, показанием к которым являлся рубец на матке, показал, что по соотношению показаний с показателями перинатального риска данную группу можно разделить на 4 подгруппы:

- рубец на матке в сочетании с относительными показаниями при высоком перинатальном риске (57,14%);
- рубец на матке без дополнительных относительных показаний при высоком перинатальном риске (20,40%);
- рубец на матке в сочетании с относительными показаниями, но низким перинатальным риском (14,30%);
- рубец на матке без дополнительных относительных показаний, при низком перинатальном риске (8,16%).

Случаев перинатальной смертности среди всех групп не было. Перинатальная заболеваемость не превышала аналогичные показатели у практически здоровых женщин. Тазовое предлежание плода послужило показанием к операции кесарева сечения в 31 случае (1,05% от всех родов), а в 67 случаях (2,24% от всех родов) роды были проведены консервативно. Перинатальная смертность при тазовом предлежании плода составила 2 случая, оба при консервативном ведении родов, вследствие развития острой гипоксии плода в родах, роженицы входили в группу высокого перинатального риска. Перинатальной смертности при кесаревом сечении не было. При анализе показателей перинатального риска у всех беременных с тазовым предлежанием плода группа высокого перинатального риска составила 66 женщин, группа невысокого перинатального риска — 32 женщины. Все прооперированные женщины входили в группу высокого перинатального риска. Плановое кесарево сечение по поводу прогрессирующего гестоза производилось у женщин с сопутствующими соматическими заболеваниями, в 47% случаев имела место хроническая фетоплацентарная недостаточность. У 81% женщин сумма баллов перинатального риска была высокой (более 25). Перинатальная смертность была в одном случае — при прогрессировании нефропатии, срок беременности составил 28 недель, роды были через естественные родовые пути. Кесарево сечение у женщин с отягощенным акушерским анамнезом производилось в плановом порядке или в случае начала родовой деятельности. Перинатальной смертности в данной группе женщин не было.

Обсуждение. При анализе перинатальной смертности и возможности ее снижения путем коррекции показаний к операции кесарева сечения выпадают случаи антенатальной гибели плодов при гипотрофии (12 группа), в данных случаях необходимо рекомендовать совершенствование методов антенатальной диагностики состояния плода и более точного их интерпретирования. Снижение перинатальной смертности при абдоминальном родоразрешении, предпринятом по поводу прогрессирующего гестоза, возможно достичь не путем расширения или сужения показаний к кесареву сечению, а путем интенсивного лечения нефропатии, в стандартах которого указаны критерии экстренного родоразрешения при отсутствии эффекта от лечения.

За счет выполнения указанной технологии лечения перинатальная смертность при данной патологии составила 0,03%, — это был единственный случай гибели ребенка при сроке беременности 28 недель, причем прогноз жизни для плода был неблагоприятный, роды были проведены через естественные родовые пути. В подобных случаях расширение показаний к абдоминальному родоразрешению в интересах плода при плохом прогнозе для его жизни неоправданно, т. к.

высокой риск оперативного вмешательства для матери и отсутствие благоприятного прогноза для ребенка будут побудительным мотивом для отказа от операции.

Наиболее спорными показаниями к абдоминальному родоразрешению явились рубец на матке и тазовое предлежание плода. Женщинам, имеющим рубец на матке в отсутствие каких-либо сочетанных показаний, при низком перинатальном риске рекомендовано проводить роды через естественные родовые пути, это позволит несколько снизить частоту операций.

Анализ родов при тазовом предлежании плода показал, что у данной группы достоверно чаще встречаются неблагоприятные исходы для новорожденных, чем при головном предлежании, причем при родах через естественные родовые пути перинатальная заболеваемость и смертность в 2 раза выше (328‰ и 29,8‰ соответственно), чем при кесаревом сечении (161‰ и 0‰ соответственно). Для данной группы оптимальным было бы расширить показания к операции кесарева сечения, во всяком случае при высоком перинатальном риске. Это подтверждается данными — перинатальная смертность в данной группе составила 0,6‰ все случаи при родах через естественные родовые пути, все женщины входили в группу высокого перинатального риска. Расширение показаний к абдоминальному родоразрешению незначительно превысило бы общую частоту кесаревых сечений (с 11,37% до 12,54%) за счет того, что данная патология встречается относительно редко и не имеет четкой тенденции к повышению, но в то же время это позволило бы снизить общую перинатальную смертность с 3,01‰ до 2,24‰.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева Г.М. Пути снижения перинатальной заболеваемости и смертности // Вестн. Росс. ассоц. акуш. и гин., 1998, № 2.
2. Кесарево сечение / Под ред. В.И. Краснопольского, В.Е. Радзинского. — М.: Медицина, 1997, с. 12—13.
3. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. — М.: Триада-Х, 1997, с. 56—57.
4. Зарубина Е.Н. Прогнозирование перинатальных исходов и выбор метода родоразрешения / Автореф. дисс. д. м. н. — М., 1995, с. 45.
5. Miller D.A., Diaz F.G., Paul R.H. Vaginal birth after cesarean: 10-years experience // Obstetrics. Gynecol., 1994. 84: 255.

THE WAYS OF REDUCTION OF PERINATAL MORTALITY AND MORBIDITY IN TRANSABDOMINAL DELIVERY. RESULTS AND PERSPECTIVES

S.A. KNYAZEV

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

The research perinatal outcomes is conducted on the basis of 2989 histories of childbirth with the purpose of detection of an optimal ratio of frequency cesarean sections both parameters perinatal of a morbidity and death rate. The estimation of the separate indications to a transabdominal delivery is made, their significance is estimated at combination, in conformity with favourable perinatal by the forecasts. The relevance of each of following stages is pointed out: prenatal diagnostic, definition level of risk, antenatal care of a fetus, optimization of management of kinds, intensive observation and therapy of neonatal groups of high risk in a decrease of a level perinatal pathology for fetuses and neonatal. 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.