

ВЛИЯНИЕ ИНТРАНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

С. А. КНЯЗЕВ

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии.

Российский университет дружбы народов

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

Настоящее исследование основано на анализе перинатальных исходов у 490 беременных с целью определения перинатального значения осложнений течения родов: дородового излития вод, аномалий родовой деятельности, хронической и острой гипоксии плода. Математически обосновано построение линейных корреляций возрастания или снижения перинатального риска в родах. Дана оценка ряду отдельных интранатальных компонентов перинатального риска. Предложена тактика пересмотра относительных показаний к абдоминальному родоразрешению в зависимости от изменения степени перинатального риска.

Актуальность и цель исследования. В связи с развитием концепции "перинатального акушерства" в последние годы в структуре показаний к кесареву сечению преобладают относительные: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, тазовое предлежание плода, крупный плод, миопия высокой степени и т.д. По данным различных авторов [1], при оценке тех или иных показаний целесообразно учитывать группу перинатального риска, к которой относится данная беременная. Подобные шкалы перинатального риска с балльной оценкой были разработаны в нашей стране О.Г. Фроловой (1976). Количество баллов пренатального риска - это своеобразный коэффициент, отражающий возрастание частоты перинатальной патологии при данном факторе риска.

Считаем необходимым заострить внимание на термине «высокий перинатальный риск». 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 у беременных возрастает каждый год, фактически в арифметической прогрессии; то же можно отметить и в отношении осложнений беременности [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 степеней перинатального риска: низкий риск - до 15 баллов, средний - от 15 до 24 баллов и высокий - от 25 баллов. При высоком перинатальном риске зачастую рекомендовано плановое или запланированное абдоминальное родоразрешение [3].

Однако наше исследование, как и шкала О.Г. Фроловой и Е.И. Николаевой, было основано на пренатальных факторах риска, не учитывает такой важной составляющей, как интранатальный риск. Течение родов влияет на перинатальный исход не в меньшей степени, чем течение беременности. Такое осложнение в родах, как острая гипоксия плода, напрямую формирует перинатальную заболеваемость [4]. Также нельзя не учитывать тот факт, что самостоятельное вступление беременной в роды, биологическая зрелость родовых путей на фоне удовлетворительных адаптационных реакций плода в родах повышают вероятность благоприятного исхода.

Целью настоящего исследования было определение интранатальных факторов перинатального риска, их влияние на перинатальный исход в зависимости от степени пренатального риска и метода родоразрешения.

Материал и методы исследования. По принципу «копия-пара» изучено 490 историй родов, проведенных в крупном современном родовспомогательном учреждении на базе многопрофильной больницы, из которых 245 закончились операцией кесарева сече-

ния, 245 родов были проведены через естественные родовые пути. Для определения степени перинатального риска всем женщинам производился подсчет баллов перинатального риска и сравнение цифр, полученных на догоспитальном этапе и в стационаре.

Сопоставлялась частота перинатальной заболеваемости при родах через естественные родовые пути (I группа) и путем операции кесарева сечения без коррекции перечисленных ниже факторов (II группа) (табл. 1).

Изучались следующие интранатальные факторы перинатального риска: дородовое излитие вод при отсутствии спонтанной регулярной родовой деятельности в течение последующих 2 часов, дискоординация родовой деятельности, слабость родовой деятельности, аномалии вставления головки плода, роды на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода, острая гипоксия плода. Проводилась попытка оценить перинатальное значение такого варианта, как отсутствие факторов интранатального риска. Под этим подразумевалось наступление спонтанной родовой деятельности на фоне биологической зрелости родовых путей, и своевременное излитие светлых околоплодных вод. Для чистоты наблюдений в каждом случае присутствует только один интранатальный фактор перинатального риска. Каждая «копия-пара» имела одинаковую степень пренатального риска.

Таблица 1

Количественный состав в исследуемых группах

Факторы	I группа	II группа
	роды через естественные родовые пути (абс.)	роды путем операции кесарева сечения (абс.)
Дородовое излитие вод	30	30
Дискоординация родовой деятельности	50	50
Слабость родовой деятельности	30	30
Аномалии вставления головки плода	10	10
Хроническая гипоксия плода	15	15
Острая гипоксия плода	30	30
Спонтанное наступление регулярной родовой деятельности	45	45
Светлые околоплодные воды	35	35
Всего	245	245

Для определения связи между степенью пренатального риска и частотой перинатальной заболеваемости изучалась линейная зависимость между количеством баллов пренатального риска и результирующей кривой частоты перинатальной заболеваемости. Зависимость определялась коэффициентом геометрической прогрессии или регрессии, с которой изменялась частота перинатальной заболеваемости.

Результаты исследования. В нашем исследовании подбирались только те случаи дородового излития вод, при которых спонтанная родовая деятельность не наступала в последующие два часа, в связи с чем у женщин первой группы проводилось родовозбуждение энзапростом или окситоцином. У беременных второй группы операция кесарева сечения проводилась в запланированном порядке, то есть была предусмотрена заранее планом ведения родов, как правило, показанием к ней послужили миопия высокой степени – 7 случаев, тазовое предлежание плода – в 17 случаях и неполноценный рубец на матке – в 6 случаях.

Наибольшее число наблюдений получилось по такому интранатальному фактору перинатального риска, как аномалии родовой деятельности (20% от всех наблюдений). У рожениц I группы с целью лечения дискоординации родовой деятельности проводилось регионарное обезболивание – перидуральная анестезия, обезболивание наркотическими анальгетиками, предоставление медикаментозного сна. II группу составили роженицы, у которых лечение дискоординации родовой деятельности не возымело эффекта, и, как правило операция носила экстренный характер, за исключением 6 случаев, когда операция была запланирована при возникновении аномалий родовой деятельности. Эти 6 рожениц имели среднюю степень перинатального риска 18-22 балла.

Лечение слабости родовой деятельности проводилось назначением внутривенной капельной инфузии окситоцина. В I группе 5 родов 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. Кесарево сечение у рожениц II группы проводилось в 15 случаях в запланированном порядке, в 11 случаях показанием послужило отсутствие эффекта от лечения слабости родовой деятельности, в 4 случаях по поводу острой гипоксии плода, развившейся на фоне родостимуляции. Мы учитывали эти случаи по фактору «слабость родовой деятельности», так как именно эта патология послужила первопричиной последующих осложнений.

Аномалии вставления головки представлены задним видом затылочного вставления. Отсутствие в нашем исследовании других аномалий вставления головки плода вызвано сложностью подбора «копии-пары». При прочих 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.

Хроническая гипоксия плода определялась по характеру околоплодных вод. В данный фактор интранатального риска не вошли случаи обострения хронической гипоксии плода, закончившиеся операцией кесарева сечения, которые были отнесены в другой интранатальный фактор риска – острую гипоксию плода. У 11 рожениц II группы кесарево сечение было плановым, в 4 случаях запланированным при выявлении нарушений состояния плода. Роды через естественные родовые пути с хронической гипоксией плода протекали без осложнений, так как, учитывая данное состояние, велись без коррекции осложнений и при их возникновении завершались операцией кесарева сечения.

Острая гипоксия плода была диагностирована на основании данных кардиотокографии и изменении характера околоплодных вод. У рожениц I группы острая гипоксия плода диагностировалась во втором периоде родов, когда имелась возможность для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути. В 22 случаях 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 причину острой гипоксии плода установить не удалось. Во всех случаях у рожениц I группы производилась эннизо- или перинеотомия с целью укорочения потужного периода. Во II группе острая гипоксия плода послужила непосредственным абсолютным показанием к кесареву сечению, и проводилось в экстренном порядке. Для чистоты исследования нами взяты только случаи острой гипоксии плода в родах, и не учитывались случаи, выявленные у беременных в ходе проведения планового обследования.

При спонтанном наступлении родовой деятельности кесарево сечение у рожениц II группы проводилось по поводу неполноценного рубца на матке в 28 случаях, в 8 случаях показанием послужила осложненная миопия высокой степени и в 2 случаях различная соматическая патология, не связанная с беременностью. В 7 случаях абдоминальное

родоразрешение проводилось по сумме относительных показаний согласно заранее выработанному в отделении патологии беременных плану родов. Однако план родов вырабатывался с учетом биологической незрелости родовых путей и тенденции к перенашиванию беременности. При спонтанном развитии регулярной родовой деятельности это обстоятельство переставало иметь смысл. Все 7 беременных имели среднюю степень перинатального риска – менее 25 баллов. К сожалению, это не было своевременно учтено, и план родов не пересматривался.

Своевременное излитие светлых околоплодных вод на фоне регулярной родовой деятельности у рожениц II группы происходило вне лечебного учреждения. При поступлении в родильное отделение проводилось абдоминальное родоразрешение в экстренном порядке, показаниями к которому служили данные обменной карты беременной – заключение окулиста в 24 случаях, состояние рубца на матке по данным ультразвукового исследования в 11 случаях.

Обсуждение. При дородовом излитии околоплодных вод и отсутствии регулярной родовой деятельности с последующим родовозбуждением выявлено незначительное различие между частотой перинатальной заболеваемости при родах через естественные родовые пути и путем операции кесарева сечения. 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, в среднем с коэффициентом геометрической прогрессии равным 11. Но статистически достоверных различий в частоте перинатальной заболеваемости в зависимости от методов родоразрешения выявить не удалось, поэтому мнение, что данный фактор пренатального риска является дополнительным доводом в пользу кесарева сечения, не обоснованно.

При дискоординации родовой деятельности наблюдаются различия в частоте перинатальной заболеваемости в зависимости от метода родоразрешения. Особенно эти различия выражены при высокой степени перинатального риска. При абдоминальном родоразрешении у контингента высокого риска перинатальная заболеваемость ниже, чем при родах через естественные родовые пути. Частота перинатальной заболеваемости при родах через естественные родовые пути в 2 раза выше, по сравнению со второй группой при высокой степени перинатального риска, до 15 баллов пренатального риска перинатальная заболеваемость не зависит от методов родоразрешения. Расширение показаний к кесареву сечению у контингента высокого пренатального риска позволит снизить частоту перинатальной заболеваемости почти на 200%.

Несколько иное распределение частоты перинатальной заболеваемости наблюдается при слабости родовой деятельности. Общая частота перинатальной заболеваемости при данном осложнении ниже, чем при дискоординации родовой деятельности. Также, при низкой степени пренатального риска частота перинатальной заболеваемости не зависит от метода родоразрешения. В области средней степени риска начинает появляться тенденция к снижению коэффициента прогрессии при абдоминальном родоразрешении. При высоком риске частота перинатальной заболеваемости при родах через естественные родовые пути значительно выше таковой при абдоминальном родоразрешении, что также обосновывает расширение показаний к кесареву сечению.

Аномалии вставления головки, представленные в нашем исследовании задним видом затылочного вставления, имеют четкую зависимость частоты перинатальной от степени перинатального риска. Прослеживается четкая тенденция к прямо пропорциональному увеличению перинатальной заболеваемости, соответственно баллам пренатального риска. Частота перинатальной заболеваемости при родах через есте

ственные родовые пути выше таковой при абдоминальном родоразрешении – в среднем 500‰ и 300‰ соответственно.

Консервативное ведение не осложненных другими аномалиями родов при хронической гипоксии плода и низкой и средней степенях пренатального риска (до 25 баллов) не повышает частоту перинатальной заболеваемости. Вероятно, это обусловлено тем, что на момент родов или операции уже произошло страдание плода, в большинстве случаев не приводящее к серьезной постнатальной патологии. При высокой степени пренатального риска частота перинатальной заболеваемости в 2 раза ниже при абдоминальном родоразрешении. Низкая частота перинатальной заболеваемости у контингента среднего риска вероятно обусловлен тем, что все случаи родов в нашем исследовании не имели прочих осложнений, которые, судя по всему, являются более весомыми модуляторами частоты перинатальной заболеваемости. При низкой или средней степени пренатального риска расширение показаний к кесареву сечению неоправданно.

Распределение частоты перинатальной заболеваемости относительно степени пренатального риска при острой гипоксии плода имеет стандартную тенденцию к возрастанию. Такой низкий коэффициент обусловлен тем, что при острой гипоксии плода частота перинатальной заболеваемости достаточно высока, даже при низкой степени пренатального риска – 600-800‰. Различия в частоте перинатальной заболеваемости в зависимости от метода родоразрешения ниже, чем при аномалиях родовой деятельности, в среднем в 1,3 раза. Это вызвано тем, что на момент совершения операции гипоксическое поражение ЦНС плода уже произошло, и операция носит экстренный характер, не предотвращающей процесс, а препятствующей его дальнейшему усугублению.

Спонтанное наступление родовой деятельности при биологической зрелости родовых путей имеет большое значения для благоприятного перинатального исхода. В нашем исследовании частота перинатальной заболеваемости при родах через естественные родовые пути имеет незначительную тенденцию к повышению только у рожениц с высокой степенью пренатального риска. Разность частоты перинатальной заболеваемости в зависимости от метода родоразрешения составляет 50-100 ‰, и существует только в группе высокого пренатального риска (более 25 баллов). Это показывает необоснованность расширения показаний к кесареву сечению при спонтанно развившейся родовой деятельности и отсутствии осложнений родов у контингента низкого или среднего пренатального риска.

Таким же оптимистически прогностическим критерием является своевременное излитие светлых околоплодных вод. Частота перинатальной заболеваемости у рожениц низкого и среднего пренатального риска не зависит от способа родоразрешения. У контингента высокого пренатального риска частота перинатальной заболеваемости на 100-150‰ выше при родах через естественные родовые пути. Это указывает на меньшее «положительное» прогностическое значение данного фактора, но все же он несет определенный момент снижения перинатального риска.

Литература

1. Курцер М.А. Перинатальная смертность и пути её снижения.// Автореф. .. дисс. докт. мед. наук. М., 2001.
2. Кесарево сечение/ Под ред. В.И. Краснопольского, В.Е. Радзинского. М: Медицина, 1997.
3. Князев С.А. Резервы снижения перинатальной заболеваемости при абдоминальном родоразрешении.// Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2003.
4. Савельева Г.М., Курцер М.А., Шалина Р.И. Роль интранатальной охраны плода в улучшении перинатальных исходов.//Акуш. и гинек.. - 2000., - №5.

INFLUENCE INTRANATAL RISK FACTORS DURING PERINATAL OUTCOMES

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

This report is based on the analysis of perinatal outcomes of 490 pregnant with the purpose of detection of perinatal significance 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.