

Радзинский В.Е., Арабаджян С.И., Ордиянц И.М.
Российский университет дружбы народов,
г. Москва

ИНТРАНАТАЛЬНЫЙ ПРИРОСТ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПОЛНОМ РАСКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА

В современных условиях, при наличии огромного количества информации (факторов), которая сопровождает жизнь женщины, ее беременность, нельзя обойтись без интегральных оценок факторов риска. Факторы перинатального риска в течение беременности и родов динамически изменяются как количественно, так и качественно. Несомненно, что перинатальные потери связаны с отклонениями в течение как беременности, так и родов. Однако многие исследования показывают, что интранатальные факторы (осложнения в родах) оказывают более сильное влияние на уровень перинатальной смертности и заболеваемости по сравнению с антенатальными факторами риска.

Цель исследования – оценить интранатальный прирост риска неблагоприятных исходов при полном раскрытии маточного зева.

Исходы родов находятся в прямой зависимости от суммы баллов перинатального риска и интранатального прироста, составившего в группе высокого перинатального риска 26,8 %.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: интранатальные факторы риска; патологические роды.

Radzinskij V.E., Arabadzhan S.I., Ordijanc I.M.
Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

INTRAPARTUM AUGMENTATION OF NEGATIVE OUTCOMES RISK IN FULL CERVICAL DILATATION

Under the current conditions when too many factors affect the women's life and her pregnancy we can not dispense with integral assessment of risk factors.

Perinatal risk factors have quantitative and qualitative changing during pregnancy and labor. It's clear that perinatal loss is related with pregnancy and labor abnormalities. But many studies have shown intrapartum factors have a much bigger impact on perinatal mortality and morbidity than antenatal factors have.

Objective – to estimate an intrapartum augmentation of negative outcomes risk in full cervical dilatation.

Labor outcomes depend directly on the perinatal risk and intrapartum augmentation which is 26,8 % in high perinatal risk group.

KEY WORDS: intrapartum risk factors; abnormal labor.

До конца не унифицирована стратегия риска в акушерстве, особенно влияние интранатальных факторов – их прироста на исход родов [2, 6].

Существует необходимость оптимизации родоразрешения женщин с высоким перинатальным риском на основании изучения влияния интранатальных факторов на исход родов. Главным же следует считать вопрос о возможности каждой женщины с высоким перинатальным риском родить естественным путем в результате программирования родов или абдоминального родоразрешения [8]. Научный анализ и оценка патологически значимых факторов риска в пре- и интранатальном периодах позволит расширить представление о возможных путях снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

Цель исследования – оценить интранатальный прирост риска неблагоприятных исходов при полном раскрытии маточного зева.

Корреспонденцию адресовать:

ОРДИЯНЦ Ирина Михайловна,
127521, г. Москва, ул. Анненская, д. 9, кв. 1а.
Тел.: 8(926)800-50-36.
E-mail: ordiyantc@mail.ru

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом статистического исследования на различных его этапах явились 72 женщины, родившие путем операции кесарева сечения при полном раскрытии маточного зева.

Принципом формирования исследуемой группы явилась набранная сумма баллов пренатальных факторов риска. Для оценки факторов риска в родах была использована таблица балльной оценки интранатальных факторов риска, разработанная на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов [1]. Для определения силы влияния интранатальных факторов риска на исход родов был проведен корреляционный анализ [корреляция рангов Спирмена (R)].

При поступлении у каждой пациентки оценивались пренатальные факторы риска. В зависимости от суммы факторов пренатального риска все беременные были разделены на 3 группы: I группа – низкая степень риска (18), II группа – средняя степень риска (54), III группа – высокая степень риска (2).

В соответствии с задачами исследования, для оценки перинатальных факторов риска была использована таблица балльной оценки пренатальных факто-

ров риска, опубликованная в приложении № 1 к приказу Министерства здравоохранения СССР № 430 от 22 апреля 1981 года, разработанная Фроловой О.Г. и Николаевой Е.И., модифицированная на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН [7]. Суммарный подсчет всех имеющихся антенатальных и интранатальных баллов и оценка их изменения проводились по триместрам. Особое внимание уделялось их изменению в интранатальном периоде. В соответствии с рекомендациями Князева С.А. (2003), оцененные по вышеуказанной таблице факторов риска беременные распределялись по трем группам:

- до 15 баллов — низкая;
- 15-25 баллов — средняя;
- более 25 баллов — высокая.

Математическая обработка полученных результатов проводилась с помощью многофакторного корреляционно-регрессионного анализа. Для создания базы данных и обработки статистического материала использовался персональный компьютер. В качестве основного программного обеспечения выбран пакет модулей для статистической обработки данных STATISTICA for Windows, Release 9.0 компании StatSoft Inc. (2010).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Основными осложнениями в родах, которые привели к перераспределению групп риска после учета интранатальных факторов были следующие. Ведущее место в структуре осложнений первого периода родов принадлежало *несвоевременному излитию околоплодных вод*, которое в нашем исследовании встречалось у каждой второй роженицы со средним пренатальным риском. Раннее излитие околоплодных вод выявлено у каждой пятой женщины (8-11,4 % и 32-45,7 %, соответственно).

Следующим по частоте осложнением были *аномалии родовой деятельности*. В нашем исследовании они представлены слабостью родовой деятельности и дискоординацией родовой деятельности. Дискоординация родовой деятельности встречается в два раза чаще, чем слабость родовой деятельности. Осложнениями в раннем неонатальном периоде при дискоординированной родовой деятельности были перинатальное поражение ЦНС ($R = 0,3$; при $p = 0,006$) и асфиксия ($R = 0,24$; при $p = 0,007$), по поводу которых в раннем неонатальном периоде проводили инфузионную терапию ($R = 0,24$; при $p = 0,007$). Осложнениями у новорожденных при слабости родовой деятельности были церебральная ишемия ($R = 0,3$; при $p = 0,001$), аспирация околоплодными водами

($R = 0,24$; при $p = 0,008$), что потребовало интенсивной терапии в раннем неонатальном периоде.

Наиболее опасным осложнением для плода во втором периоде родов является *острая гипоксия плода*, потому что она напрямую формирует заболеваемость у новорожденных в раннем неонатальном периоде ($R = 0,6$; при $p = 0,0000\dots$). В наших исследованиях острая гипоксия плода развивалась на фоне хронической гипоксии плода ($R = 0,2$; при $p = 0,05$) и раннего излития вод ($R = 0,23$; при $p = 0,01$). Причиной острой гипоксии плода являлись коллизии с пуповиной (абсолютная короткость $R = 0,3$; при $p = 0,0006$; обвитие пуповины $R = 0,5$; при $p = 0,0000\dots$).

Таким образом, в ходе исследования выявлено, что основными интранатальными факторами, действующими в процессе родов и усугубляющими состояние матери, плода и новорожденного, были ПН, дискоординация родовой деятельности, несвоевременное излитие околоплодных вод, острая гипоксия плода.

Результаты исследования показали, что в процессе родов интранатальный прирост (рис. 1) способствовал переходу 28 женщин (38,9 %) из группы с низким риском в среднюю, и 4 (5,6 %) — в группу высокого риска, более неблагоприятную в плане прогнозирования их исхода, как для матери, так и для плода.

Неблагоприятные исходы родов в группе женщин с изначально низким и средним перинатальным риском связаны с тем, что в силу возникших осложнений в родах все пациентки из группы низкого перинатального риска и каждая третья роженица из группы среднего перинатального риска получили статус высокого перинатального риска, что повлекло за собой изменение тактики ведения родов.

На рисунке 2 показано количественное и качественное изменение суммы баллов перинатального риска с учетом интранатального прироста. У основной массы интранатальный прирост составил менее 10-15 баллов. Необходимо отметить, что 2/3 женщин с высоким интранатальным приростом входят в группу среднего риска.

Для клинического использования важно не столько абсолютное значение прироста, а его процентное отношение к исходной или антенатальной сумме баллов риска, интенсивность прироста баллов в течение родов. Суммируя вышеизложенное можно сказать, что на перинатальную заболеваемость влияет, прежде всего, рациональная тактика ведения родов с учетом интранатального прироста.

Интранатальный прирост — это процентное отношение суммы интранатальных факторов риска (в баллах) к имеющимся антенатальным факторам (в

Сведения об авторах:

РАДЗИНСКИЙ Виктор Евсеевич, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины, ФГАОУ ВО «РУДН», г. Москва, Россия. E-mail: radzinsky@mail.ru

АРАБАДЖЯН Сергей Игоревич, врач акушер-гинеколог, зав. акушерским физиологическим отделением № 2, Клинический Госпиталь «Лапино», г. Москва, Россия.

ОРДИЯНЦ Ирина Михайловна, доктор мед. наук, профессор, кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины, ФГАОУ ВО «РУДН», г. Москва, Россия. E-mail: ordiyantc@mail.ru

Рисунок 1

Распределение женщин по группам перинатального риска во время беременности и в родах (%)

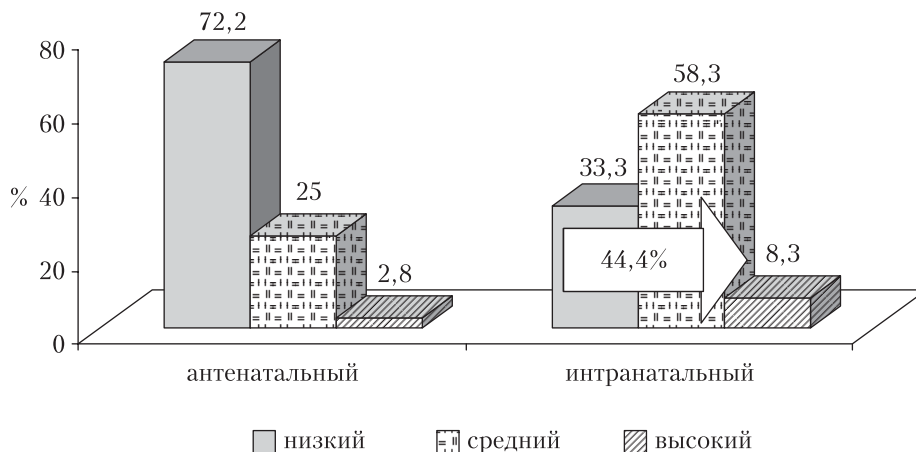
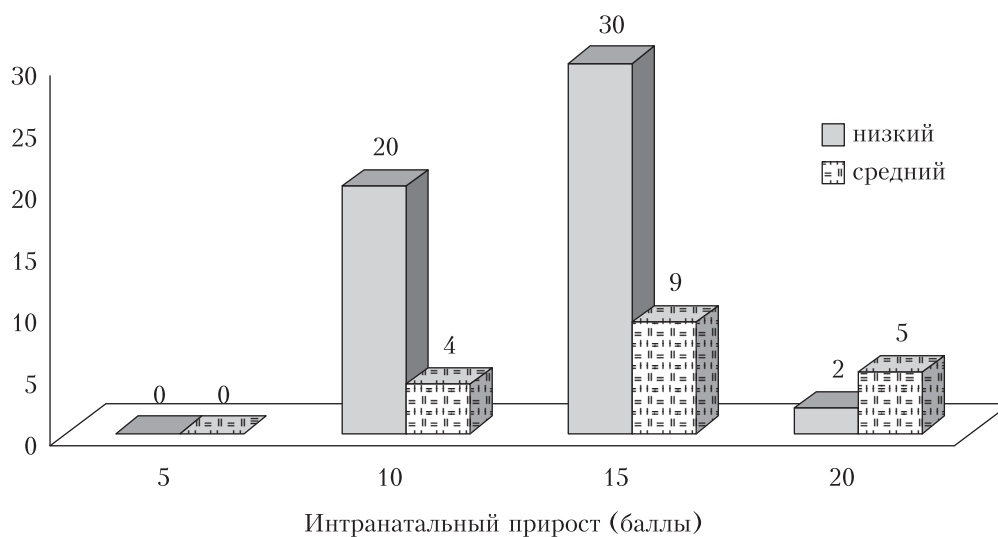


Рисунок 2

Распределение женщин в зависимости от суммы баллов интранатального прироста (абс.)



баллах). Вычисление интранатального прироста производится в процентах, математическим методом.

Пример: на момент родов женщина со средней степенью перинатального риска имеет 18 баллов (берется за 100 %), интранатальный прирост составил 14 баллов (X %).

$$X = 14 \times 100 / 18 = 77,8 \%$$

Интранатальный прирост составляет 77,8 %.

В ходе исследования проводилось определение интранатального прироста у обследованных нами женщин по вышеизложенному методу. Как показал исход родов в группе среднего перинатального риска, од-

ним из основных прогностических критериев является интранатальный прирост баллов. Зависимость прироста — чем выше, тем хуже исход.

Из представленных на рисунке 3 данных следует, что в группе низкого риска тяжелые дети родились у женщин с интранатальным приростом 80 % от исходного, а в группе среднего риска — 70 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Причиной запоздалого абдоминального родоразрешения является недооценка перинатальных факторов риска, частота которых возрастает в динами-

Information about authors:

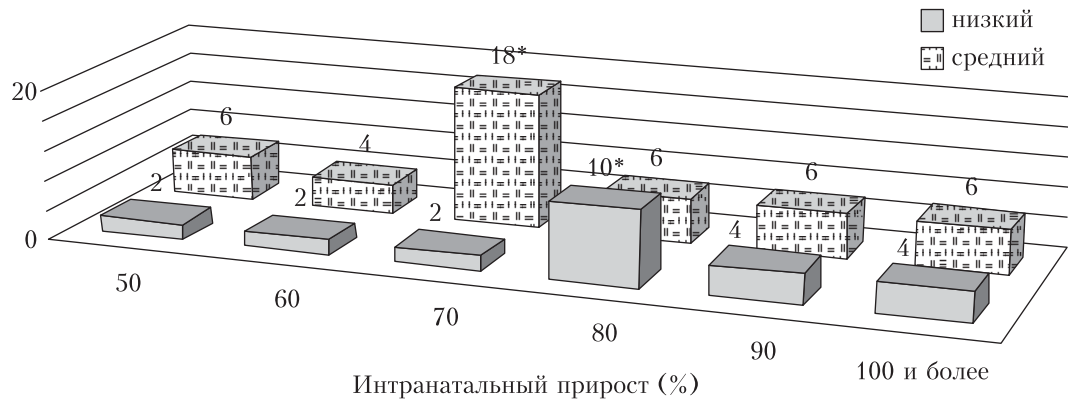
RADZINSKY Victor Evseevich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of obstetrics, gynecology and general medicine, Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia. E-mail: radzinsky@mail.ru

ARABADZHYAN Sergey Igorevich, obstetrician-gynecologist, managing obstetric physiological unit N 2, Clinical Hospital «Lapino», Moscow, Russia.

ORDIYANTS Irina Mikhailovna, doctor of medical sciences, professor, department of obstetrics, gynecology and general medicine, Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia. E-mail: ordiyantc@mail.ru

Рисунок 3

Распределение женщин, родивших детей в состоянии асфиксии, в зависимости от интранатального прироста в % к исходному риску (абс.)



ке беременности: в I триместре 72,2 % беременных составили группу низкого риска, 22,2 % — среднего и 5,6 % — высокого перинатального риска, к III триместру — 0 %, 56,9 % и 43,1 %, соответственно. Исходы родов находятся в прямой зависимости от суммы баллов перинатального риска и интранатального прироста, составившего в группе высокого перинатального риска 26,8 %. Практическое значение для

ведения родов и прогнозирования их исходов имеет определение не только абсолютного, но и относительного значения интранатального прироста. Пороговыми значениями относительного интранатального прироста для изменения тактики ведения родов являются: в группе изначально среднего риска — на 70 % от имеющейся суммы баллов риска в антенатальном периоде, в группе высокого риска — на 80 %.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Knyazev SA. Reserves reduce perinatal morbidity during abdominal delivery: Candidate med. sci. abstracts diss. M., 2003. 22 p. Russian (Князев С.А. Резервы снижения перинатальной заболеваемости при абдоминальном родоразрешении: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003. 22 с.)
2. Kostin IN. Perinatal risk strategy – arithmetic, saving lives. *Medical aspects of women's health*. 2012; (4): 5-16. Russian (Костин И.Н. Стратегия перинатального риска – арифметика, спасающая жизнь // Медицинские аспекты здоровья женщины. 2012. № 4. С. 5-16.)
3. Lavrova NY. Pregnancy and childbirth in women with a high risk of perinatal: Candidate med. sci. abstracts diss. M., 2010. 21 p. Russian (Лаврова Н.Ю. Беременность и роды у женщин с высоким перинатальным риском: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010. 21 с.)
4. Loukaev AA. Perinatal risk for premature birth: Candidate med. sci. abstracts diss. M., 2015. 24 p. Russian (Лукаев А.А. Перинатальный риск при преждевременных родах: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2015. 24 с.)
5. Mamedova MA. Programmable birth in women with a high risk of perinatal: Candidate med. sci. abstracts diss. M., 2007. 24 c. Russian (Мамедова М.А. Программированные роды у женщин с высоким перинатальным риском: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007. 24 с.)
6. Radzinsky VE, Knyazev SA. Reduce the proportion of caesarean sections. Urgent WHO recommendations to reduce the proportion of caesarean sections. *Status Praesens*. 2015; 3(26): 8-20. Russian (Радзинский В.Е., Князев С.А. Сократить долю кесаревых сечений. Настоятельные рекомендации ВОЗ о снижении доли кесаревых сечений // Status Praesens. 2015. № 3(26). С. 8-20.)
7. Radzinsky VE, Knyazev SA, Kostin IN. Obstetric risk. Lots of information – a minimum of danger to the mother and baby: the monography. M.: Eksmo, 2009. 288 p. Russian (Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца: Монография. М.: Эксмо, 2009. 288 с.)
8. Radzinsky VE, Kostin IN. Large inventory: Caesarean section in Russia (especially in the maternity of the Russian Federation, 2008...). *Status Praesens*. 2009; 1(2): 10-12. Russian (Радзинский В.Е., Костин И.Н. Большая инвентаризация: кесарево сечение в России (особенности родовспоможения в РФ. 2008г.) // Status Praesens. 2009. № 1(2). С. 10-12.)

* * *