

УДК 618.5-089.888.61
DOI 10.23648/UMBJ.2017.27.7079

ИНТРАНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ЗАПОЗДАЛОМ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ

В.Е. Радзинский, С.И. Арабаджян, И.М. Ордянец

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»
Министерства образования и науки Российской Федерации, г. Москва, Россия

e-mail: radzinsky@mail.ru

Кесарево сечение в XXI в. является самой распространенной из крупных операций, которой подвергаются женщины во всем мире. Это объясняется сменой установок классического акушерства на перинатальное, расширением показаний к кесареву сечению и, соответственно, ростом его частоты. Родоразрешение пациенток группы высокого риска с помощью операции кесарева сечения способствует снижению перинатальной и материнской смертности, однако сопряжено с более высоким риском развития осложнений [1, 2].

Цель исследования – определить влияние интранатальных факторов риска на исход абдоминального родоразрешения при полном раскрытии маточного зева.

Результаты. Исследования показали, что исходы родов находятся в прямой зависимости от суммы баллов перинатального риска и интранатального прироста. В процессе родов интранатальный прирост способствовал переходу женщин из группы низкого и среднего перинатального риска (26,8 %) в группу высокого риска, более неблагоприятную в плане прогнозирования исхода родов как для матери, так и для плода.

Ключевые слова: интранатальные факторы риска, абдоминальное родоразрешение.

Введение. Поиск оптимальной частоты абдоминального родоразрешения остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем современного акушерства. До настоящего времени не получены однозначные данные об оптимальных значениях частоты кесарева сечения, которые не только привели бы к улучшению перинатальных показателей, но и не повышали бы операционный риск [3, 4].

ВОЗ, основываясь на принципах доказательной медицины, рекомендует придерживаться частоты кесарева сечения в пределах 5–15 %. По мнению В.Н. Серова [5], В.Е. Радзинского и соавт. [1], повышение частоты абдоминальных родоразрешений выше 15–17 % приводит к увеличению случаев осложнений оперативного вмешательства, оставляя неизменной частоту перинатальной смертности.

Цель исследования. Определить связь интранатальных факторов риска и исхода абдоминального родоразрешения при полном раскрытии маточного зева.

Материалы и методы. 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 РУДН) [6]. 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 2 группы: I группа – низкая степень риска (18 чел.), II – средняя степень риска (54 чел.).

В соответствии с задачами исследования для оценки перинатальных факторов риска была использована таблица балльной оценки пренатальных факторов риска, опубликованная в приложении № 1 к приказу Министерства здравоохранения СССР № 430 от 22 апреля 1981 г., разработанная О.Г. Фроловой и Е.И. Николаевой, модифицированная на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН [3]. Суммарный подсчет всех имеющихся антенатальных баллов и оценка их изменения проводились по триместрам. Особое внимание уделялось их изменению в интранатальном периоде. В соответствии с рекомендациями С.А. Князева [3] оцененные по вышеуказанной таблице факторов риска беременные распределялись по трем группам: до 15 баллов – низкая степень риска; 15–25 баллов – средняя степень риска; более 25 баллов – высокая степень риска.

Графический анализ родовой деятельности (партография) отражал зависимость раскрытия маточного зева и продвижения головки плода от длительности родов, позволяя выявить возможные отклонения от нормы. К ним относились: пролонгирование латентной фазы, задержка активной фазы раскрытия маточного зева, задержка или стремительное продвижение головки, замедление или стремительное раскрытие маточного зева.

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., США (2010).

Результаты и обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что основными интранатальными факторами, воздействующими в процессе родов и усугубляющими состояние матери, плода и новорожденного, являлись: плацентарная недостаточность, дискоординация родовой деятельности, несвоевременное излитие околоплодных вод, острая гипоксия 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 среднего перинатального риска перешли в группу высокого перинатального риска, что повлекло за собой изменение тактики ведения родов.

Изучение партографических особенностей сократительной деятельности матки при различных вариантах степени перинатального риска выявило ряд закономерностей. Партографические исследования были выполнены 72 женщинам, поступившим для своевременных родов и не имевшим клинически выраженных предпосылок к их осложненному течению. У 38 рожениц запись сокращений матки была начата при раскрытии маточного зева на 2–3 см, а у остальных 34 – на 5–6 см. У всех женщин регистрацию схваток продолжали до принятия решения об абдоминальном родоразрешении. Обследованные женщины были распределены по паритету: как в первой, так и во второй группе большинство обследованных женщин были первородящими – 14 (77,8 %) и 44 (84,6 %) чел. соответственно ($p < 0,001$).

Анализировали частоту схваток, динамику раскрытия маточного зева и продвижения предлежащей головки плода. Ведение родов на графике (партограмме) позволило выявить границы осторожности и своевременно предпринять действия. Предложенный в 1954 г. Э.А. Фридман графический анализ родовой деятельности отражал зависимость раскрытия маточного зева и продвижения головки плода от длительности родов, позволяя выявить возможные отклонения от нормы. К ним относились: снижение темпа раскрытия маточного зева, длительное стояние предлежащей части плода во входе в малый таз или замедленное продвижение при соответствии размерам таза, увеличение продолжительности родов.

Из полученных данных следует, что при нормальной сократительной деятельности матки не происходило полного раскрытия маточного зева, а динамика продвижения головки была представлена прямой, свидетель-

ствующей, что в активной фазе, а особенно в фазе децелерации, головка длительное время оставалась в одной плоскости. Недоучет этих данных при раскрытии на 6 см и более стал причиной запоздалой диагностики клинически узкого таза.

Таким образом, осложненное течение родов обусловлено развитием слабости родовой деятельности (4–5,6 % в группе низкого и 20–27,8 % в группе среднего перинатального риска), дискоординацией родовой деятельности (14–19,4 и 32–44,4 % соответственно), неправильным вставлением головки (в заднем виде затылочного предлежания – у 16–22,2 и 26–36,1 %; в переднем виде затылочного предлежания – у 2–2,8 и 6–8,3 % соответственно; в переднеголовном – только у каждой третьей в группе среднего перинатального риска), а также длительным стоянием головки в одной плоскости (у 12–16,7 и 34–47,2 % соответственно).

Как отмечалось выше, все обследованные женщины были родоразрешены путем операции кесарева сечения при полном раскрытии маточного зева. Более 60 мин от момента диагностики полного раскрытия маточного зева до оперативного родоразрешения имело место в группе низкого (12 (16,7 %)) и среднего (34 (47,2 %)) перинатального риска, т.е. у каждой шестой и второй женщины соответственно.

Во время операции кесарева сечения выявлено перерастяжение нижнего сегмента у 8 (11,1 %) рожениц из группы бывшего низкого и 44 (61,1 %) – бывшего среднего пери-

натального риска. Операция кесарева сечения в этих группах осложнилась гипотоническим кровотечением у 16 (22,2 %) и 44 (61,1 %) чел. соответственно, что явилось основанием для гемотрансфузии у 16 (22,2 %) и 44 (61,1 %) женщин соответственно. Объем кровопотери у 4 (5,6 %) чел. из группы низкого и 24 (33,3 %) чел. – среднего перинатального риска составил 0,7–0,8 %; у 6 (8,3 %) и 20 (27,8 %) чел. соответственно – 0,9–1,2 %; массивная кровопотеря более 1,5 л имела место у 6 (8,3 %) и 2 (2,8 %) соответственно.

Заключение. Кесарево сечение при полном раскрытии маточного зева представляет собой сложное хирургическое вмешательство, чреватое многими осложнениями. Оценка интранатального прироста факторов риска и своевременное до полного раскрытия абдоминальное родоразрешение дают возможность предотвратить перерастяжение нижнего сегмента, гипотонические кровотечения, уменьшить потребности в гемотрансфузии, особенно при массивных кровопотерях.

Партографические особенности: снижение темпа раскрытия маточного зева, длительное стояние предлежащей части плода во входе в малый таз или замедленное продвижение при соответствии размерам таза, увеличение продолжительности родов, а также признаки внутриутробного страдания плода, выявленные интранатально достоверно чаще у рожениц с высоким (более 70 %) приростом риска, – позволяют своевременно изменить акушерскую тактику.

Литература

1. Радзинский В.Е., Князев С.А. Настоятельные рекомендации ВОЗ о снижении доли кесаревых сечений. Status Praesens. 2015; 3 (26): 8–12.
2. Радзинский В.Е., Костин И.Н., Лаврова Н.Ю. Интранатальные факторы и неонатальные исходы. Вестник новых медицинских технологий. 2010; XVII (4): 130–131.
3. Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск: Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца. Москва; 2016. 300.
4. Радзинский В.Е., Костин И.Н. Большая инвентаризация: кесарево сечение в России (особенности родовспоможения в РФ. 2008 г.). Status Praesens. 2009; 1 (2): 10–12.
5. Серов В.Н. Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода. Клинические рекомендации (протокол). Москва; 2014. 44.
6. Князев С.А. Резервы снижения перинатальной заболеваемости при абдоминальном родоразрешении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва; 2003. 22.

INTRAPARTUM RISKS UNDER RETARDED ABDOMINAL DELIVERY

V.E. Radzinskiy, S.I. Arabadzhyan, I.M. Ordiyants

Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia

e-mail: radzinsky@mail.ru

In the 21 century Caesarean section is the most common serious operation performed on women all over the world. This is explained by shifting priorities from classical to perinatal obstetrics, surgical indications for Caesarean section, and, thus, expansion in its number. Caesarean section in high-risk pregnancy reduces perinatal and maternal mortality, but it is associated with a higher risk of complications [1, 2].

The aim of the study is to estimate the influence of intrapartum risk factors on the outcome in patients with abdominal delivery in full cervical dilatation.

Results. Delivery outcomes are directly related to perinatal risk score and intrapartum augmentation. During delivery intrapartum augmentation shifted perinatal risks from low and medium (26.8 %) to high, which is considered to be the most unfavourable both for maternal and fetal outcomes.

Keywords: *intranatal risk factors, abdominal delivery.*

References

1. Radzinskiy V.E., Knyazev S.A. Nastoyatel'nye rekomendatsii VOZ o snizhenii doli kesarevykh secheniy [Urgent WHO recommendations on reduction of Caesarean sections]. *Status Praesens*. 2015; 3 (26): 8–12 (in Russian).
2. Radzinskiy V.E., Kostin I.N., Lavrova N.Yu. Intranatal'nye faktory i neonatal'nye iskhody [Intrapartum factors and neonatal outcomes]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy*. 2010; XVII (4): 130–131 (in Russian).
3. Radzinskiy V.E., Knyazev S.A., Kostin I.N. Akusherskiy risk: Maksimum informatsii – minimum opasnosti dlya materi i mladentsa [Obstetrical risks. More information less danger to mothers and babies]. Moscow; 2016. 300 (in Russian).
4. Radzinskiy V.E., Kostin I.N. Bol'shaya inventarizatsiya: kesarevo sechenie v Rossii (osobennosti rodovspomozheniya v RF) [Large inventory: Caesarean section in Russia (Peculiarities of obstetrics in Russia)]. *Status Praesens*. 2009; 1 (2): 10–12 (in Russian).
5. Serov V.N. *Kesarevo sechenie. Pokazaniya, metody obezbolivaniya, khirurgicheskaya tekhnika, antibiotikoprofilaktika, vedenie posleoperatsionnogo perioda. Klinicheskie rekomendatsii (protokol)* [Caesarean section. Indications, anesthesia, surgical technique, antibiotic prophylaxis, postoperative care. Clinical guidelines (protocol)]. Moscow; 2014. 44 (in Russian).
6. Knyazev S.A. *Rezervy snizheniya perinatal'noy zaboлеваemosti pri abdominal'nom rodorazreshenii* [Reduction of perinatal morbidity during abdominal delivery]: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow; 2003. 22 (in Russian).