

## **ИНТРАНАЛЬНЫЙ РИСК ЗАПОЗДАЛОГО АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ**

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

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Наиболее перспективным путем снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, а также акушерской агрессии остается заблаговременное прогнозирование наступления неблагоприятного перинатального исхода, т.е. определение перспективного перинатального риска [2, 4, 6].

Цель исследования — определить роль перинатальных факторов риска в прогнозировании запоздалого абдоминального родоразрешения.

Установлено, что прирост пренатальных факторов риска происходит в течение всей беременности, однако наибольший вклад в сумму баллов при запоздалом абдоминальном родоразрешении вносят осложнения беременности, преимущественно в III триместре.

**Ключевые слова:** беременность, перинатальные факторы риска, абдоминальное родоразрешение

**Актуальность исследования.** Выявление беременных, которые формируют высокий риск по сравнению со средним его уровнем, является фундаментальным компонентом помощи беременным [3]. Отсутствие четкой альтернативы стратегии перинатального риска в современном акушерстве было подтверждено Европейской ассоциацией гинекологов и акушеров (EAGO, Лиссабон, 2010). Одним из кардинальных вопросов, определяющих стратегию акушерства в современных условиях, являются профилактика и раннее выявление возникающих в процессе родового акта осложнений со стороны матери и плода, что дает возможность своевременного выбора оптимального родоразрешения [7].

Основными принципами «стратегии риска» при ведении родов являются: наличие суммы баллов пренатальных факторов риска, их динамика; постоянный пересчет в течение родов суммы баллов интранатального прироста [4, 5, 6]. Несомненно, что в полной мере реализация стратегии риска может быть обеспечена соблюдением преемственности на всех этапах оказания акушерской помощи [3].

**Цель работы:** определить роль перинатальных факторов риска в прогнозировании исходов запоздалого абдоминального родоразрешения.

**Организация, 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 интра-

натальных 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 (18), II — средняя (54), III — высокая степень риска (2).

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 и интранатальных баллов и оценка их изменения проводились по триместрам. Особое внимание уделялось их изменению в интранатальном периоде. В соответствии с рекомендациями С.А. Князева (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., США (2010).

**Полученные результаты и обсуждение.** Пренатальными факторами, которые были ответственны за высокий риск в первом триместре, были: возраст матери, профессиональные вредности, рост и весовые показатели, раннее начало половой жизни до 18 лет, паритет, аборт перед первыми предстоящими родами в анамнезе, внутриматочные вмешательства в анамнезе, опухоли матки и/или яичников, мертворождения, выраженный ранний токсикоз.

Возраст матери является одним из основных факторов риска. В группе низкого перинатального риска в возрасте 20—29 лет было 8 (11,4%) женщин, а в 30—34 года — 10 (14,3%). В группе среднего перинатального риска количество женщин в соответствующих возрастных категориях увеличилось в 1,5—2 раза. 3 пациентки (4,3%) в возрасте до 20 лет и 2 (2,9%) — после 40 лет встречались только в среднем перинатальном риске.

Профессиональные вредности были в группе со средней степенью перинатального риска у четырех матерей (5,7%), тогда как у беременных низкого риска профессиональные вредности не отмечены. В обследованных группах беременных злоупотребляющих алкоголем не было. У беременных низкого перинатального риска фактор курения не выявлен ни у одной пациентки. Что касается курения одной пачки сигарет в день, в группе женщин со средней степенью перинатального риска этот показатель составил 5 (7,1%).

Рост и весовые показатели матери являются одним из важных факторов, которые могут привести к осложнениям беременности и родов. Ожирение выявлено у 14 (20%) женщин средней степени перинатального риска. Что касается роста 158 см и ниже, то в группе среднего перинатального риска таких беременных было в 5 раз больше, чем в группе низкого.

Раннее начало половой жизни, до 18 лет, отмечено в 4 раза больше в группе среднего перинатального риска.

Паритет является статистически важным фактором риска в первом триместре, который оказывает влияние на течение и исход родов. Паритет от 4 до 7 в два раза больше в группе среднего перинатального риска, против группы с низкой степенью перинатального риска (4—5,7% и 2—2,9% соответственно).

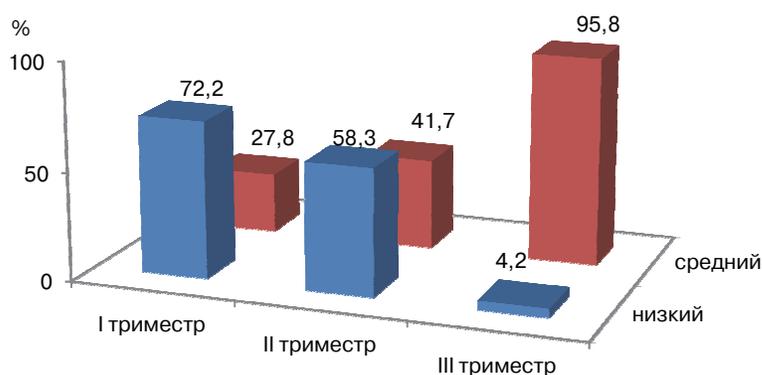
Аборты перед первыми предстоящими родами в анамнезе у женщин со средним перинатальным риском отмечались достоверно чаще, чем из группы с низким перинатальным риском (6—8,6% и 4—5,7% соответственно). А 3 и более аборта выявлены только в группе среднего перинатального риска — 2 (2,9%). Внутриматочные вмешательства в анамнезе у беременных среднего перинатального риска наблюдались в 3,5 раза чаще, чем у женщин из группы с низкой степенью перинатального риска ( $P < 0,05$ ). Что касается опухоли матки и/или яичников, то эти образования диагностированы в 2,3 раза чаще в анамнезе женщин средней группы риска по сравнению с низкой (14—20% и 6—8,6% соответственно). Мертворождения имели место в анамнезе 6 (8,6%) беременных средней степени перинатального риска и 4 (5,7%) — низкого. Выраженный ранний токсикоз в первом триместре отмечался в 4 раза чаще в группе среднего перинатального риска по сравнению с низким перинатальным риском (30—42,9% и 8—11,4% соответственно).

Анализируя факторы перинатального риска, которые были отмечены в первом триместре, можно сказать, что многие из них не менялись в течение беременности и помогли получить полную картину о состоянии здоровья женщины. Во втором триместре основными факторами, влияющими на сумму набранных баллов, являются анемия и рецидивирующая угроза прерывания беременности. Анемия во втором триместре встречается почти у каждой четвертой беременной в группе среднего перинатального риска. Рецидивирующая угроза прерывания беременности во втором триместре является статистически значимым фактором. 8—11,4% в группе среднего и 4—5,7% низкого перинатального риска проходили по данному фактору риска.

Статистически значимые факторы перинатального риска в третьем триместре: преэклампсия, много и маловодие, крупный плод, ПН. Преэклампсия — это фактор риска, наблюдающийся в третьем триместре и влияющий на акушерскую тактику. Водянка наблюдалась у каждой пятой женщины в группе среднего перинатального риска (14—20%) и у 4 (5,7%) — среднего перинатального риска. Преэклампсия I—II степени имела место в третьем триместре у 4 (5,7%) беременных низкого перинатального риска и у 8 (11,4%) — среднего.

Многоводие зарегистрировано у беременных среднего и низкого перинатального риска (10—14,2% и 6—8,6% соответственно). Маловодие наблюдалось у каждой пятой обследованной нами беременной только среднего перинатального риска (14—20%). Крупный плод в третьем триместре отмечался у каждой пятой беременной низкого и у каждой третьей женщины из группы среднего перинатального риска. Фетоплацентарная недостаточность зарегистрирована у каждой четвертой женщины из группы с низкой степенью риска, а у беременных среднего риска — в два раза чаще.

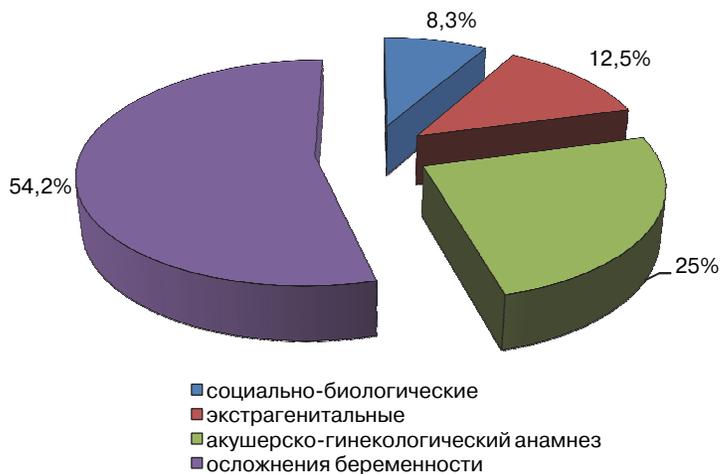
Суммируя баллы перинатального риска, набранные обследованными женщинами по триместрам, мы наблюдали как возможность их резкого скачка, так и плавный рост (более закономерно). На рис. 1 представлена динамика изменения пренатальных факторов риска по их наибольшей весомости в первом, втором и третьем триместре, выраженная в %. Из представленных на рис. 1 данных следует, что с каждым триместром сумма баллов, отражающих осложнения беременности, у женщин с низким риском снижалась, а со средним — возрастала.



**Рис. 1.** Динамика изменений пренатальных факторов риска, %

Таким образом, при изучении распределения женщин, абдоминально родоразрешенных при полном раскрытии маточного зева по группам перинатального риска, выявлена необходимость оценки перинатальных факторов риска по триместрам. Сумма перинатальных факторов риска изменяется в сторону ее увеличения с ростом срока гестации. Динамическое изменение суммы факторов риска в течение беременности может быть индивидуально. Подсчет перинатальных факторов риска в разные периоды беременности позволяет получить полную информацию о женщине к концу беременности.

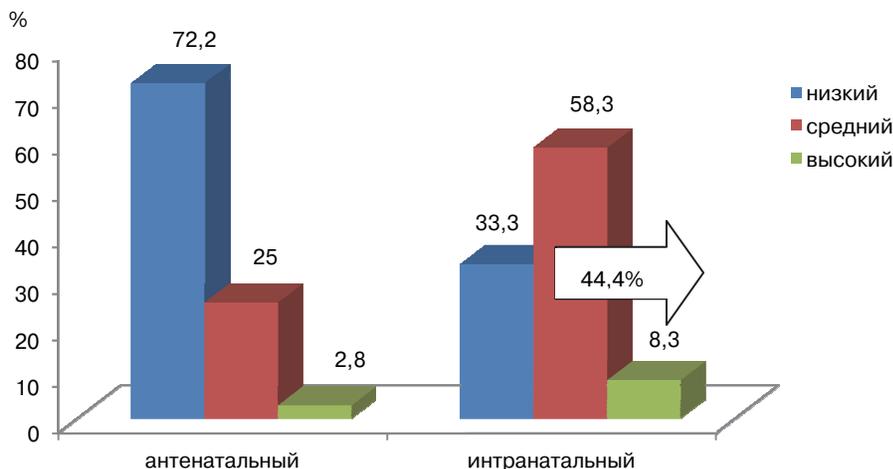
В нашем исследовании к концу беременности осталось всего 3 пациентки с низким перинатальным риском. Каждая вторая обследованная женщина из группы низкого (52—72,2%) к концу беременности вошли в группу среднего перинатального риска (22—30,6%). Причинами таких изменений были осложнения во время беременности. Структура антенатальных факторов у женщин с низким и средним пренатальным риском представлена на рис. 2.



**Рис. 2.** Антенатальные факторы риска

Причинами таких изменений были осложнения во время беременности: более половины факторов занимали осложнения во время беременности, четвертую часть — отягощенный акушерский анамнез, восьмую — экстрагенитальные заболевания и социально-биологические факторы.

На рис. 3 представлено распределение женщин по группам перинатального риска во время беременности и в родах.



**Рис. 3.** Распределение женщин по группам перинатального риска во время беременности и в родах (%)

Из представленных данных следует, что исходы родов находятся в прямой зависимости от суммы баллов перинатального риска и интранатального прироста, составившего в группе высокого перинатального риска 44,4%.

**Заключение.** Суммируя баллы пренатальных факторов риска при запоздалом родоразрешении, можно сказать, что в первом триместре беременных с низкой

степенью перинатального риска было 52 (72,2%), 18 (25%) составляли группу среднего риска и 2(2,8%) были отнесены в группу высокого риска.

Во втором триместре беременности уменьшилось количество женщин с низкой степенью риска — с 52 до 24. При этом в группу со средней степенью перинатального риска были включены еще 28 женщин, которые составили 38,9% от всех обследованных. Во втором триместре группа низкого перинатального риска составила 38 (52,8%), среднего — 30 (41,7%). Группу с высокой степенью перинатального риска по-прежнему составляли 4 (5,6%) женщины. В третьем триместре группа низкого перинатального риска составила 24 (33,3%), среднего — 42 (58,3%), а высокого — 6 (8,3%) женщин.

**Вывод.** Одной из причин запоздалого абдоминального родоразрешения является недооценка перинатальных факторов риска, частота которых возрастает в динамике беременности.

**Рекомендации.** 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%.

### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- [1] *Князев С.А.* Резервы снижения перинатальной заболеваемости при абдоминальном родоразрешении: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003. 22 с.
- [2] *Костин И.Н.* Стратегия перинатального риска — арифметика, спасающая жизнь // Медицинские аспекты здоровья женщины. 2012. № 4(56). С. 5—24.
- [3] *Костин И.Н.* Резервы снижения репродуктивных потерь в РФ: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2012. 42 с.
- [4] *Лаврова Н.Ю.* Беременность и роды у женщин с низким перинатальным риском: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010. 21 с.
- [5] *Лукаев А.А.* Перинатальный риск при преждевременных родах: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2015. 24 с.
- [6] *Мамедова М.А.* Программированные роды у женщин с высоким перинатальным риском: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007. 24 с.
- [7] *Радзинский В.Е., Князев С.А.* Настоятельные рекомендации ВОЗ о снижении доли кесаревых сечений // Status Praesens. 2015. 3(26)06. С. 8—12.

DOI: 10.22363/2313-0245-2017-21-1-76-82

## **PERINATAL RISK FOR DELAYED ABDOMINAL DELIVERY**

**V.E. Radzinsky, S.I. Arabadzhan, I.M. Ordiyants**

RUDN University, Moscow, Russia

The most promising way to reduce maternal and perinatal morbidity and mortality and also obstetric aggression is a preliminary forecasting of adverse perinatal outcomes, i.e., an assessment of a perspective perinatal risk.

Object: to estimate the role of perinatal risk factors in the forecasting of delayed abdominal delivery. We found that increase of perinatal risk factor in delayed abdominal delivery occurs during the whole pregnancy, but 3d trimester's complications make the greatest contribution.

**Key words:** pregnancy, perinatal risk factors, abdominal delivery

### **REFERENCES**

- [1] *Knyazev S.A.* Reserves reduce perinatal morbidity during abdominal delivery: diss. M.D. Moscow, 2003. 22 p.
- [2] *Kostin I.N.* Perinatal risk strategy — arithmetic, saving lives. *Journal of Medical aspects of women's health*. 2012. № 4 (56). P. 5—24.
- [3] *Kostin I.N.* Reserves to reduce reproductive losses in the Russian Federation: diss. M.D. Moscow, 2012. 42 p.
- [4] *Lavrova N.Y.* Pregnancy and childbirth in women with a low risk of perinatal: diss. M.D. Moscow, 2010. 21 p.
- [5] *Lucaev A.A.* Perinatal risk for preterm labor: diss. M.D. M., 2015. 24 p.
- [6] *Mammadova M.A.* Programmable birth in women with a high perinatal risk: diss. M.D. Moscow, 2007. 24 p.
- [7] *Radzinsky V.E., Knyazev S.A.* Urgent WHO recommendations to reduce the proportion of caesarean sections. *Status Praesens*. 2015. 3 (26) 06. P. 8—12

© Радзинский В.Е., Арабаджян С.И., Ордианц И.М., 2016