

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ РОДОВ В ГРУППАХ РАЗНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

Колосовская П. В., Васильева Л. Н.

*Белорусский государственный медицинский университет,  
кафедра акушерства и гинекологии, г. Минск*

**Ключевые слова:** перинатальные факторы риска, интранатальный прирост.

**Резюме.** В статье приведены результаты изучения исходов родов у женщин из разных групп перинатального риска и исходов родов у женщин с интранатальным приростом факторов перинатального риска выше и ниже критических значений. Также проанализировано значение интранатального прироста как показателя необходимости изменения акушерской тактики, своевременный расчет которого позволит улучшить оказание помощи беременным женщинам.

**Resume.** The conclusion of studying of the results of the child birth of women from different groups of the perinatal risk and the results of the child birth of woman with the intranatal augmentation of factors of the perinatal risk which are higher and lower of the critical meanings are given in this article. The importance of the intranatal augmentation as the index of the timely change of the obstetrical tactics is analyzed. It will permit to improve the rendering aid to the expectant mothers.

**Актуальность.** Охрана здоровья матерей и детей в условиях невысокой рождаемости в стране имеет особую медико-социальную значимость. Одними из основных направлений деятельности системы здравоохранения Республики Беларусь являются государственная поддержка материнства и детства, охрана здоровья матери и ребенка, создание условий для рождения здоровых детей, уменьшение инвалидности с детства.

**Цель:** Спрогнозировать исходы родов в группах разного перинатального риска.

**Задачи:**

1. Произвести оценку исходов родов в группах разного перинатального риска.
2. Провести сравнительный анализ исходов родов с учетом интранатального прироста факторов перинатального риска.
3. Проанализировать значение расчета интранатального прироста как показателя необходимости изменения акушерской тактики с целью улучшения оказания помощи беременным женщинам.

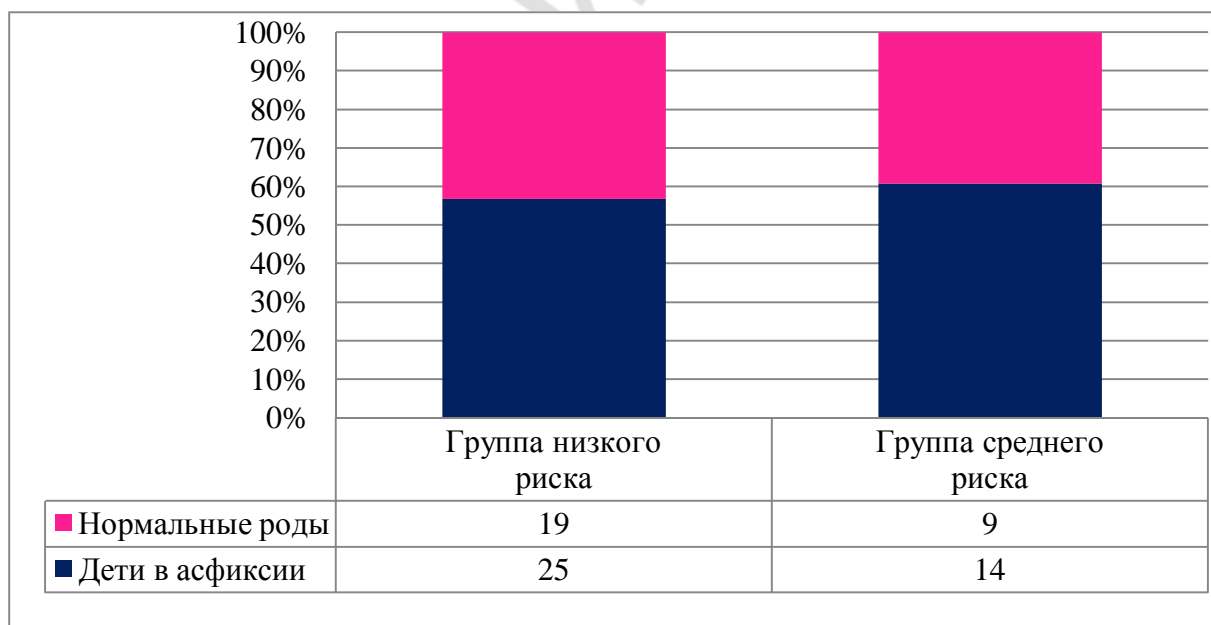
**Материалы и методы:** Проведен ретроспективный анализ 68 историй родов и новорожденных на базе УЗ «6 Городская клиническая больница» г. Минска. Из них историй с новорожденными в асфиксии – 40; с нормальным исходом родов – 28.

**Результаты и их обсуждение:** Истории родов были исследованы на наличие перинатальных факторов риска, таких как: 1) Анамнестические факторы (социально-биологические, акушерско-гинекологический анамнез, экстрагенитальные заболевания матери); 2) Факторы беременности (осложнения беременности, оценка состояния плода). Каждый имеющийся фактор риска оценивался в баллах. С учетом суммы баллов перинатальных факторов риска

определяется степень перинатального риска: низкая степень – до 15 баллов; средняя степень – 15-24 балла; высокая степень – 25 баллов и более.

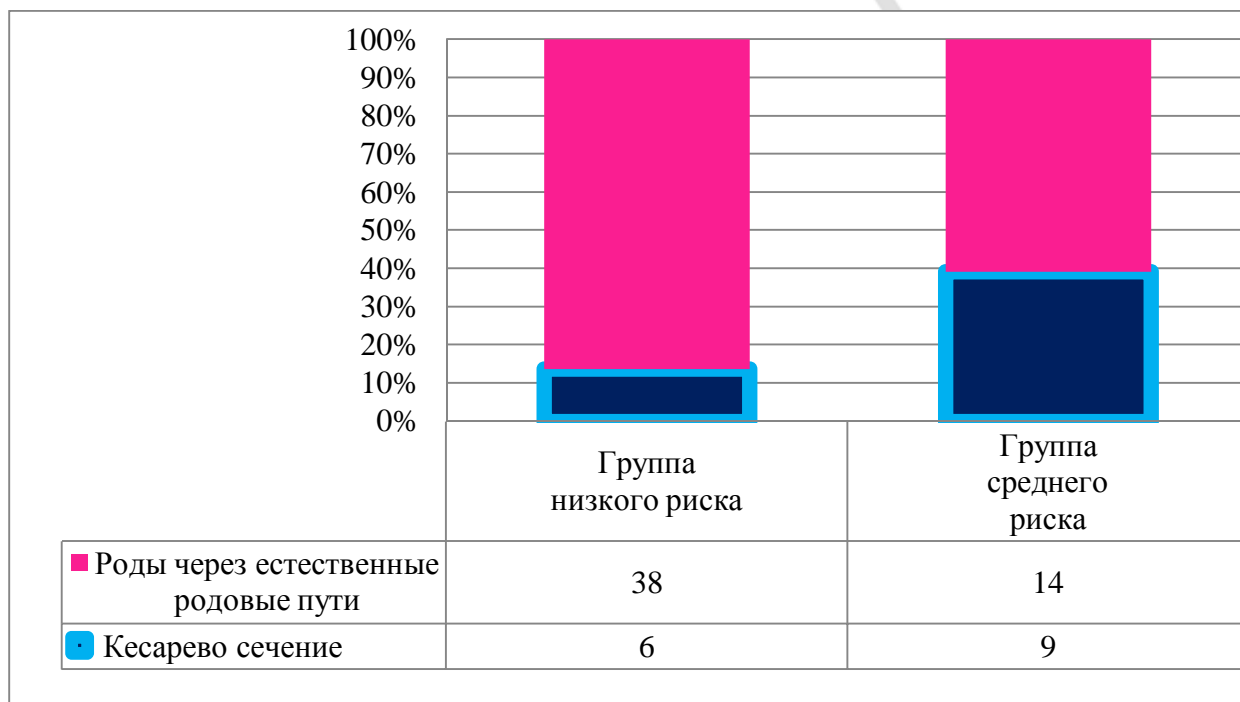
Таким образом, в результате нашего скрининга были сформированы две группы беременных женщин: 1) С низкой степенью перинатального риска до родов (44 женщины); 2) Со средней степенью перинатального риска до родов (23 женщины).

В группе низкого риска дети в асфиксии родились у 25 женщин (57%), в группе среднего риска – у 14 (61%). Это свидетельствует о том, что в обеих группах одинаково часто рождались дети в асфиксии. (Коэффициент Стьюдента  $t=0,32$ ; вероятность безошибочного прогноза менее 95% – различие статистически не значимо).



**Рис. 1** – Частота рождения детей в асфиксии в группах низкого и среднего перинатального риска

Однако в группе среднего перинатального риска операция кесарево сечение была выполнена 9 женщинам (39%), в группе низкого риска – 6 женщинам (14%). Это значит, что в группе среднего риска достоверно чаще выполнялась операция кесарево сечение. (Коэффициент Стьюдента  $t=2,16$ ; вероятность безошибочного прогноза 95% – различие статистически значимо.)



**Рис. 2** – Частота операций кесарево сечение в группах низкого и среднего перинатального риска

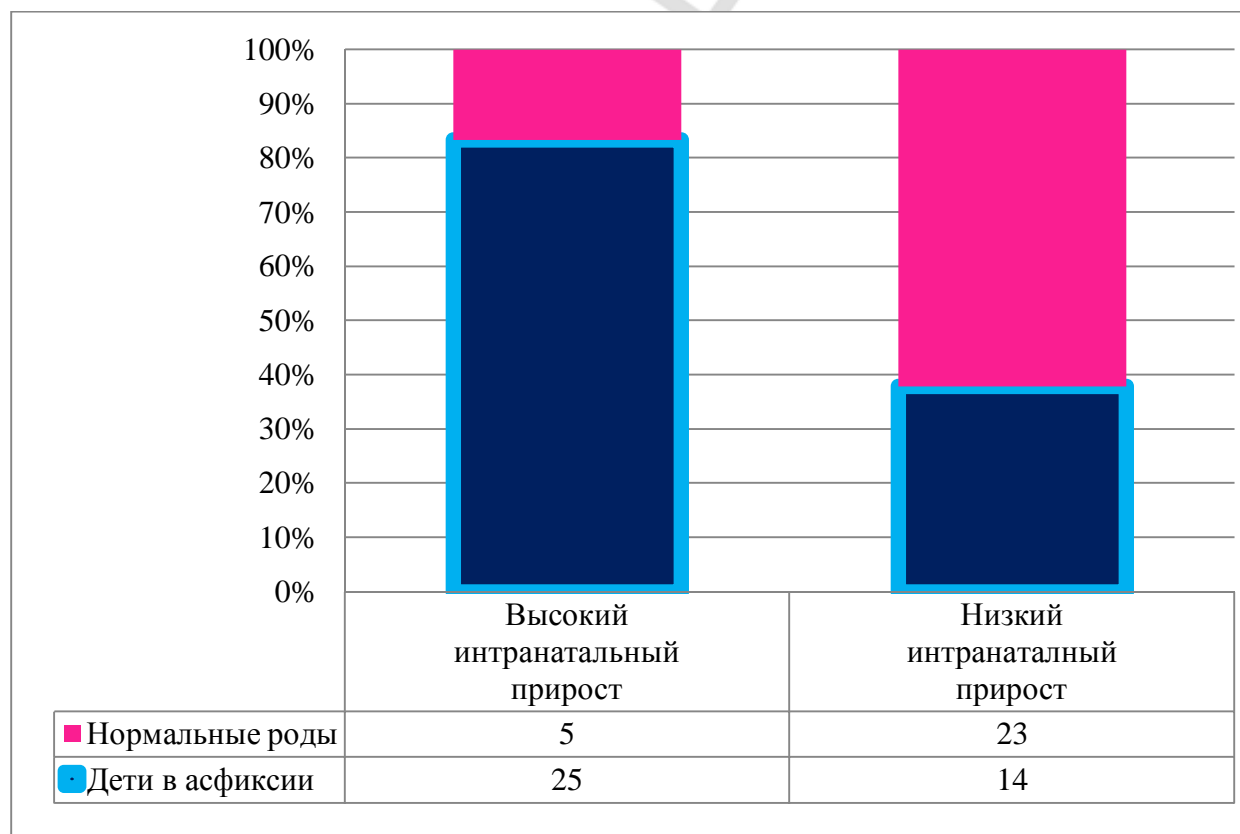
Деление на группы риска до родов помогает определить соответствующий уровень оказания помощи родовспомогательного учреждения при госпитализации, однако для правильного выбора тактики ведения родов этого не достаточно – следует учитывать интранатальные факторы риска. Поэтому истории родов были исследованы также и на их наличие. К данным факторам риска относятся следующие интранатальные осложнения: мекониальная окраска амниотических вод; дородовое излитие вод, при отсутствии родовой деятельности в течение 6 часов; патологический прелиминарный период; аномалии родовой деятельности; хориоамнионит. Чаще всего в нашем исследовании встречались мекониальная окраска амниотических вод и аномалии родовой деятельности. С учетом важности интранатальных факторов риска для каждой беременной по специальной формуле (Интранатальный прирост = (Сумма баллов интранатальных факторов риска / Общая сумма баллов пренатального риска) \*100%) был рассчитан такой показатель как «Интранатальный прирост». Акушерскую тактику в родах следует изменять (проводить этапный совместный осмотр, лечебные мероприятия, оперативное родоразрешение) при увеличении интранатального прироста свыше: 30% у рожениц высокого перинатального риска; 60% у рожениц среднего перинатального риска; 120% у рожениц низкого перинатального риска.

В нашем исследовании у 30 беременных из обеих групп интранатальный прирост оказался выше критических значений.

По результатам исследования не выявлено достоверной разницы по частоте влагалищных родоразрешающих операций; по частоте родоразрешений путем кесарева сечения; по частоте ручного отделения и выделения плаценты; между

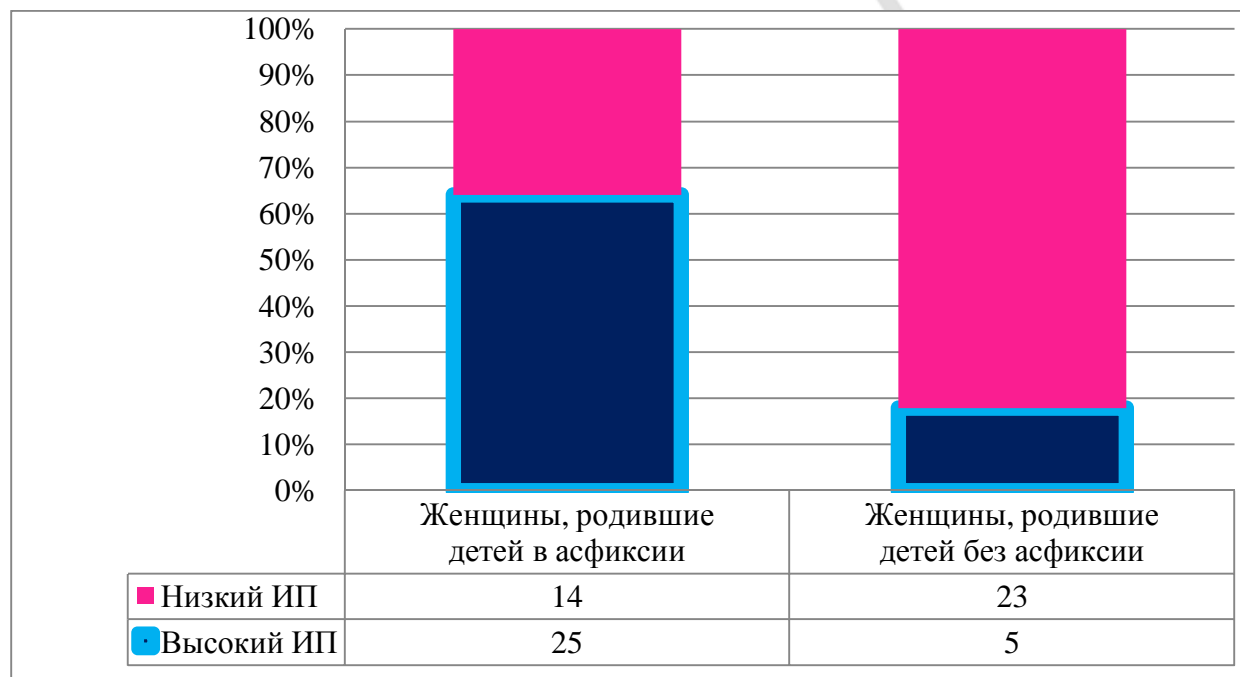
объемом кровопотери женщиной в группах женщин с интранатальным приростом выше и ниже критических значений.

Однако среди женщин, у которых интранатальный прирост был выше критических значений, в асфиксии родилось 25 детей (83%), ниже критических значений – 14 (40,5%). Это означает, что среди женщин, у которых был высокий интранатальный прирост, достоверно чаще рождались дети в асфиксии. (Коэффициент Стьюдента  $t=10,9$ ; вероятность безошибочного прогноза 99,9% – различие статистически значимо.)



**Рис. 3** – Частота рождения детей в асфиксии в группах с высоким и низким интранатальным приростом

В нашем исследовании 39 женщин родили детей в асфиксии, дети без асфиксии родились у 28 женщин. Среди женщин, родивших детей в асфиксии интранатальный прирост выше критических значений встречался у 25 (64%), ниже критических значений – у 14 (38%). Это свидетельствует о том, что среди женщин, у которых был высокий интранатальный прирост, достоверно чаще рождались дети в асфиксии. (Коэффициент Стьюдента  $t=3,8$ ; вероятность безошибочного прогноза 99,9% – различие статистически значимо.)



**Рис. 4** – Частота встречаемости высокого интранатального прироста у женщин, родивших детей в асфиксии и без асфиксии

**Выводы:** Использование расчета интранатального прироста перинатальных факторов риска в акушерских стационарах позволит улучшить прогнозирование возможного исхода родов, а, следовательно, своевременно пересмотреть акушерскую тактику, что приведет к улучшению оказания помощи беременным женщинам.

#### Литература

1. Радзинский, В. Е. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца / В. Е. Радзинский, С. А. Князев, И. Н. Костин. – М.: Эксмо, 2009. – 288 с.
2. Резервы по снижению перинатальной смертности / Н. В. Рымашевский, А. Е. Волков, А. Ф. Михельсон, Н. Е. Бычкова // Материалы IV российского форума «Мать и дитя». – М: МИК, 2002. – С.94
3. Сидорова, И. С. Физиология и патология родовой деятельности / И. С. Сидорова. – М.: МЕДпресс, 2002 – 240 с.