

## Тесты кафедры анатомии человека МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

На правах рукописи

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Пути улучшения перинатальных исходов преждевременных родов доношенной беременности. Роль кесарева сечения

14.00.01 - акушерство и гинекология

Трофимова Ольга Алексеевна

Москва - 2009

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный руководитель: Академик РАМН, доктор медицинских наук, Савельева

Галина Михайловна профессор

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, Доброхотова Юлия Эдуардовна профессор

доктор медицинских наук, Подзолкова Наталья Михайловна профессор

Ведущее учреждение: ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М.

Сеченова»

Защита состоится «19» октября 2009 года в 14.00 часов на заседании

диссертационного совета Д 208.072.12 при ГОУ ВПО РГМУ Росздрава по адресу:

117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО РГМУ Росздрава по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1

Автореферат разослан «17» сентября 2009 года

Ученый секретарь диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор

Хашукоева А.З.

Общая характеристика работы

Актуальность темы. В условиях низкой или недостаточно высокой рождаемости во всех развитых странах мира проблема снижения как перинатальной смертности (ПС), так и не менее важной перинатальной заболеваемости (ПЗ) является чрезвычайно актуальной. Большое значение в сохранении здоровья и жизни как недоношенных, так и доношенных детей придается операции кесарева сечения (КС). Известно, что значительная доля неблагоприятных перинатальных исходов определяется недонашиванием, чему посвящено большое количество научных работ, особенно в

последнее время [Шалина Р.И. и соавт., 2004; Callaghan W.M. et al., 2006; Muhuri P.K. et al., 2006]. В меньшей мере изучались пути сохранения здоровья доношенных новорожденных. Действительно, ПС в основном определяется числом погибших недоношенных детей. Тем не менее, удельный вес доношенных детей в течение многих лет составляет немалую долю в структуре ПС и ПЗ не только в нашей стране, но и за рубежом, что не может не волновать акушеров-гинекологов и неонатологов во всем мире, поскольку этот контингент детей вносит существенный вклад в здоровье будущих поколений.

По данным F. Menacker et al. (2008), из всех доношенных новорожденных 3% детей требуют проведения реанимационных мероприятий. Перинатальные повреждения нередко связаны с врожденной и наследственной патологией и, если исключить таковые, то первое место среди причин ПС и ПЗ составляет асфиксия, в том числе на фоне аспирационного синдрома.

В связи с вышесказанным улучшение перинатальных исходов доношенных детей без врожденных пороков развития определяется в большей мере своевременным выявлением осложнений беременности и их терапией, правильным выбором сроков и методов родоразрешения, ведением родов, а также совершенствованием методов оказания помощи новорожденным, родившимся в асфиксии [Бабичева С.И., 2000; Курцер М.А., 2001; Колгушкина Т.Н., 2004; Фролова О.Г., 2005; Савельева Г. М., 2008]. При изучении причин перинатальной смертности доношенных детей и рождения их в тяжелом состоянии возникает вопрос, какова роль кесарева сечения при этом? С одной стороны КС при своевременном выполнении и по обоснованным показаниям может способствовать снижению перинатальной заболеваемости и смертности, с другой - сама операция может быть не безразлична и для состояния матери, и для плода. В литературе имеются единичные исследования, относящиеся к изучению причин, приводящих к страданию доношенных детей, требующих проведения реанимационных мероприятий, и роли при этом КС [Радзинский В.Е. и соавт.; 2007 Савельева Г.М. и соавт., 2008].

Вышеизложенное предопределило цель данного исследования: определить пути снижения перинатальной смертности и заболеваемости среди доношенных детей без пороков развития.

Для достижения поставленной цели выдвинуты следующие задачи:

1. На примере неспециализированных акушерских стационарах ДЗ г. Москвы сопоставить частоту кесарева сечения, перинатальную смертность и перинатальную заболеваемость среди доношенных детей.
2. Установить основные причины неблагоприятных перинатальных исходов доношенных детей в вышеупомянутых учреждениях.
3. Определить возможность улучшения перинатальных исходов доношенных детей при расширении показаний к КС.
4. Оценить тактику ведения родов при преждевременном излитии околоплодных вод.
5. Изучить перинатальные исходы при развитии острой гипоксии и расположении головки плода в узкой части полости малого таза.

6. Выявить пути определения оптимальной частоты кесарева сечения для каждого акушерского стационара.

Научная новизна

Работа является одной из первых в РФ, посвященных изучению причин ПС и ПЗ у доношенных детей.

Впервые осуществлено сопоставление погибших детей и потребовавших после рождения проведения реанимационных мероприятий с частотой КС.

Установлено, что расширение показаний и своевременное производство КС с известной долей вероятности может снизить неблагоприятные перинатальные исходы при доношенной беременности на 50%.

Практическая значимость

Научно обосновано расширение показаний к КС при следующих акушерских ситуациях: задержка роста плода III ст.; предполагаемая масса плода >4500 гр. у первородящих; мертворождение в анамнезе; перенашивание и наличие дополнительных осложнений; тяжелые формы гестоза.

Анализ причин ПС и ПЗ доношенных детей позволил определить, что некоторые положения современного акушерства не внедряются в практику рядом родовспомогательных учреждений.

Показано, что, плановое оперативное родоразрешение беременных, особенно при наличии рубца на матке, следует производить не ранее 39-40 недель гестации.

Положения, выносимые на защиту

Расширение показаний к КС при таких осложнениях, как задержка роста плода III ст., перенашивание и наличие дополнительных осложнений, крупные размеры плода (>4500 г.) при I родах, мертворождение в анамнезе, тяжелые формы гестоза, способствует улучшению перинатальных исходов доношенных новорожденных. Выполнение планового оперативного родоразрешения беременных, особенно при наличии рубца на матке, следует производить в сроке 39-40 недель гестации, что предотвратит развитие синдрома дыхательных расстройств.

Раннее начало активации родовой деятельности при преждевременном излитии светлых околоплодных вод ухудшает перинатальные исходы, приводя к увеличению частоты рождения доношенных детей в асфиксии и росту частоты КС.

Своевременное производство таких родоразрешающих операций, как вакуум-экстракция или наложение акушерских щипцов, при выявлении острой гипоксии плода и расположение головки в узкой части полости малого таза, приводит к улучшению перинатальных исходов.

Для оценки качества работы родовспомогательного учреждения необходимо сопоставлять частоту ПС и ПЗ доношенных детей с частотой КС. Наиболее оптимальные результаты для детей получены при частоте КС не менее 16 %.

Внедрение результатов исследования

Основные положения диссертационной работы внедрены и используются в работе ГУЗ Центра планирования семьи и репродукции ДЗ г. Москвы, родильного дома №3 г. Москвы, родильного дома при ГКБ №72 г. Москвы, а так же в учебном процессе на кафедре акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО РГМУ

Росздрава и факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова.

Апробация работы и публикации

Основные положения диссертации представлены и обсуждены на IX Российском форуме «Мать и дитя» (Москва, 2007); на I международной конференции молодых ученых «Современные вопросы акушерства и гинекологии» (Москва, 2007); II международном конгрессе по репродуктивной медицине «Репродуктивное здоровье семьи» (Москва, 2008); на научных чтениях, посвященных памяти академика В.И. Кулакова (Москва, 2008); объединенной научно-практической конференции кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета РГМУ, кафедры акушерства и гинекологии фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, ПНИЛ охраны здоровья матери и ребенка РГМУ, академической группы академика РАМН Г.М. Савельевой, врачей Центра планирования семьи и репродукции.

По теме диссертации опубликовано 6 научных работ в центральной печати.

Объем и структура работы

Материалы диссертации изложены на 147 страницах, иллюстрированы 18 таблицами и 15 рисунками. Работа состоит из введения, четырех глав, выводов, практических рекомендаций, приложения указателя литературы, включающего 77 отечественных и 183 зарубежных источников.

Основное содержание работы

Материалы и методы исследования

Работа проводилась в три этапа. На I этапе для выявления значимости операции кесарева сечения в улучшении перинатальных исходов, мы сопоставляли частоту КС с показателем ПС и числом доношенных детей, прошедших через отделение реанимации, в 15 родильных домах г. Москвы в 2005 г. Критерием включения родильного дома в исследование было отсутствие в данном учреждении предусмотренной концентрации беременных с какими-либо осложнениями, т.е. акушерские стационары должны были быть «неспециализированными». В исследование не включены дети с врожденной и наследственной патологией. На II этапе был проведен ретроспективный анализ 292 историй своевременных родов одним плодом в вышеуказанных родовспомогательных учреждениях г. Москвы за 2005 г., из которых 35 детей погибло, а 257 - потребовали проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии и вошли в перинатальную заболеваемость.

На III этапе мы изучали показатели частоты КС и числа доношенных детей, прошедших через отделение реанимации, в тех же родильных домах за 2006-2007 гг. после того, как полученные результаты проведенного исследования за 2005 г. были доведены до сведения родовспомогательных учреждений.

Результаты исследования и их обсуждение

Известно, что во всех странах мира предпринимаются попытки улучшить перинатальные исходы путем расширения показаний к КС. По мнению ряда авторов [Серов В.Н., 2001; Колгушкина Т.Н., 2004; Цхай В.Б., 2007], оптимальная частота операции КС в неспециализированных акушерских стационарах должна быть в пределах 10-15%, поскольку более высокая частота КС не оказывает влияния на

показатели ПС.

I этап. Частота КС в исследуемых нами родильных домах варьировала от 11,3 до 28,6%. С целью выявления связи частоты КС с перинатальными исходами мы разделили исследуемые родильные дома на 3 группы. В I группу вошли 7 родильных домов с частотой КС от 11,3 до 16,1%. Во II группу - 7 родильных домов с частотой КС от 16,3 до 23,8%. Отдельно в III группу мы специально выделили один родильный дом с максимально высокой частотой КС - 28,6%. Прямую корреляцию между ростом частоты КС и снижением общего показателя ПС и выявить не удалось (рис.1). Это может объясняться, тем, что показатель ПС определяется числом погибших плодов, начиная с 28 недели беременности.

Рис.1. Частота КС (%) и перинатальная смертность (‰) в родильных домах г. Москвы в 2005 г.

Нами были получены данные о 35 погибших в перинатальном периоде доношенных детях в исследуемых 15 родильных домах. Мы сочли возможным включить в анализ 12 антенатально погибших детей, так как их гибель была связана с неправильно выбранной тактикой ведения беременности. Произвести статистическое сравнение погибших детей в интра- и постнатальном периоде между группами не представляется возможным из-за сравнительно малого числа наблюдений, однако, при сравнении отношения числа погибших детей в I и II группах по отношению к общему числу родов, нами выявлено, что во II группе (частота КС 16,3-23,8%) этот показатель был ниже (0,04% к общему числу родов), чем в I группе (КС до 16,1%) - 0,1%.

При сопоставлении частоты КС с числом доношенных детей, потребовавших проведения реанимационных мероприятий, в этих же 15 родильных стационарах г. Москвы за 2005 г. (рис.2) были получены следующие данные: по отношению к общему числу родов доля доношенных детей, родившихся в тяжелом состоянии, была достоверно ниже в родильных домах с более высокой частотой КС (16,3% до 23,8%) по сравнению с родильными домами с частотой КС, равной 11,3-16,1%.

Рис.2. Частота КС (%) и абсолютное число доношенных детей, прошедших через отделение реанимации (в скобках указан % тяжелых детей от общего числа родов) в г. Москве в 2005 г.

Обращает на себя внимание тот факт, что в родильном доме с частотой КС, равной 28%, и большим числом родов, доля доношенных детей, потребовавших проведения реанимационных мероприятий, была достаточно высокой. Это может объясняться концентрацией пациенток с осложненным течением беременности в данном родильном доме, тем не менее, нельзя исключить и определенную "агрессивность" при ведении родов.

По нашему мнению, трудно определить оптимальную частоту КС, поскольку в отдельных, даже неспециализированных, родильных домах концентрируется различное число пациенток с той или иной патологией. Только постоянное сопоставление перинатальных исходов доношенных детей без пороков развития с методами ведения беременности и родов способствуют определению объективного отношения к частоте КС для каждого родовспомогательного учреждения. Однако,

как следует из рис.2, наиболее благоприятные результаты для детей получены при частоте КС от 16 до 23%. перинатальный кесарево гипоксия

II этап. Анализ причин гибели или рождения детей в тяжелом состоянии проводился одновременно с учетом варианта родоразрешения: самопроизвольные роды, КС, операция наложения акушерских щипцов. Среди детей, погибших в перинатальном периоде, и доношенных детей, прошедших через отделение реанимации, наибольшее число было после самопроизвольных родов - 21 (60%) и 151 (59%) ребенок соответственно. Частота кесарева сечения была одинаковой и достаточно высокой - 37% (13 погибших детей и 95 детей, прошедших через отделение реанимации). Наложение акушерских щипцов было произведено среди погибших детей в одном наблюдении в связи с начавшейся острой гипоксией плода, в результате которой ребенок погиб интранатально. В группе детей, подвергшихся реанимационным мероприятиям, данная операция была выполнена в 11 наблюдениях (4%).

Основной причиной страдания детей, приведшей к их гибели или рождению в тяжелом состоянии, была внутриутробная гипоксия и асфиксия новорожденных - 96% (30 погибших детей и 251 доношенный ребенок, прошедший через отделение реанимации), которая не зависела от метода родоразрешения. Структура заболеваемости детей после наложения акушерских щипцов при головке, находящейся в узкой части полости малого таза, была такой же, как в группах после КС и самопроизвольных родов, отражая исходное внутриутробное страдание детей, а не травматичность самой операции. После наложения акушерских щипцов наиболее частая оценка по шкале Апгар была ниже, чем в других группах - 3 и 7 баллов соответственно на 1 и 5 минуте. При оценке состояния новорожденных по шкале Апгар после кесарева сечения и самопроизвольных родов на 1 минуте превалировала оценка в 6/7 баллов, на 5 минуте - 7/8 баллов, т.е. состояние детей в основном расценивалось, как асфиксия легкой степени, либо удовлетворительное. Однако в последующем сопоставление оценки состояния доношенных детей при рождении не соотносилось с необходимостью и продолжительностью проведения реанимационных мероприятий (табл.1).

Таблица 1 Методы оксигенации доношенных детей в комплексе реанимационных мероприятий

Методы  
оксигенации

Самопроизвольные роды (n=151)

Кесарево

сечение (n=95)

Акушерские щипцы (n=11)

Всего  
(n=257)

абс.

%

абс.

%

абс.

%

абс.(%)

ИВЛ

111

73,5 %

66

69,5 %

6

54,5 %

183 (71,2%)

CPAP

3

2 %

3

3,2 %

-

-



6  
(2,3 %)

Маска с кислородом

14

9,3 %

8

8,4 %

1

9,1 %

23  
(9 %)

Без дополнительной оксигенации

23

15,2 %

18

18,9 %

4

36,4 %

45

(17,5 %)

Дополнительная оксигенация потребовалась 212 детям (82,5%) из 257 новорожденных, прошедших через отделение реанимации. При этом новорожденные после операций КС и наложения акушерских щипцов в меньшем числе нуждались в проведении ИВЛ, чем дети после родов через естественные родовые пути. Для более точной характеристики состояния детей при рождении, по нашим данным, имеет значение не только оценка по шкале Апгар, но также необходимость и продолжительность ИВЛ. Следует отметить, что дети, родоразрешенные путем операции КС и наложения акушерских щипцов, реже переводились в отделения реанимации специализированных стационаров из исследуемых родильных домов для продолжения интенсивной терапии (77% и 73% соответственно) в сравнении с детьми после самопроизвольных родов (90%). Таким образом, на основании данных о необходимости проведения ИВЛ, а также данных о выписке домой в удовлетворительном состоянии, после прохождения отделения реанимации, в зависимости от методов родоразрешения, можно сделать вывод, что оперативное родоразрешения (КС и наложение акушерских щипцов), хотя и выполненное несвоевременно, в определенной мере способствует улучшению перинатальных исходов при доношенной беременности.

Выявление неблагоприятных факторов, которые могли способствовать либо рождению доношенных детей, требующих проведения реанимационных мероприятий, либо гибели их в перинатальном периоде, представляется достаточно трудным и в некоторой степени условным, так как, часто имеется сочетанная патология. Тем не менее, анализ причин страдания доношенных детей во время беременности и родов позволил уточнить некоторые положения, которые не

внедряются в практику в достаточной мере, несмотря на имеющиеся работы в этом аспекте, что и может влиять на неблагоприятные исходы. Так, при ведении беременности и родов, приведших к гибели детей или необходимости проведения реанимационных мероприятий, не учитывался так называемый «отягощенный акушерский анамнез», который был отмечен более чем в 1/3 наблюдений и включал в себя наличие мертворождения в анамнезе (4), неразвивающейся беременности (38), самопроизвольного выкидыша (24), рубца на матке после операции КС (20), родоразрешение путем наложения акушерских щипцов в анамнезе (3), привычное невынашивание (2), рождение в предыдущих родах у 2-х пациенток детей в тяжелом состоянии, требующих проведения ИВЛ. Мы считаем, безусловно, целесообразным расширение показаний к КС при мертворождении в анамнезе, а также неблагоприятном перинатальном исходе при предыдущих родах. Необходимо отметить, что в основном ни паритет, ни возраст беременных, ни наличие у них хронической экстрагенитальной патологии не являлись факторами риска рождения детей в асфиксии, что согласуется с данными ряда авторов [Milsom I. et al., 2002; Palsdottir K. et al., 2007]. В табл. 2 мы выбрали и расположили осложнения по частоте встречаемости, которые могли явиться причиной неблагоприятных перинатальных исходов доношенных детей.

Таблица 2 Факторы, способствующие неблагоприятным перинатальным исходам

#### Факторы, способствующие неблагоприятным перинатальным исходам

Абс.число  
(n=292)

%

Мекониальное окрашивание околоплодных вод

82

28,1

Слабость родовой деятельности

39

13,4

Крупный плод

27

9,2

Перенашивание

22

7,5

Раннее начало родовозбуждения при ПИОВ

21

7,2

ЗРП III ст.

12

4,1

Плановое КС, произведенное в сроке 38-39  
недель беременности

10

3,4

Тазовое предлежание

4

1,4

Синдром мекониальной аспирации остается одной из главных причин заболеваемости и смертности доношенных детей и в тоже время является трудно предотвратимым. В нашем исследовании это осложнение было выявлено в 82 наблюдениях (28,1%). Наиболее часто (46,8%), этот синдром развивался при сроках гестации 40-41 неделя, при этом с признаками перенашивания родилось только 5 детей. В связи с этим появление мекония в околоплодных водах следует рассматривать как результат гипоксии плода во время беременности и родов, который обусловлен далеко не всегда перенашиванием. На это указывает и развитие синдрома мекониальной аспирации в такие сроки беременности, как 37-38 недель (в 2,5% наблюдений) и 38-39 недель (в 16,5%). Создается впечатление, что мекониальное окрашивание околоплодных вод может являться поводом для производства КС. Однако, в исследовании L.J. van Bogaert et al. (2008) выполнение КС при мекониальном окрашивании околоплодных вод не улучшало перинатальный исход в сравнении с самопроизвольными родами. Наши данные подтверждают мнение о том, что производство КС не всегда может предотвратить неблагоприятные исходы доношенных детей, особенно в тех наблюдениях, когда уже имеется внутриутробное страдание плода. Так, у 29 детей развился синдром мекониальной аспирации, несмотря на производство КС. При этом 7 пациенток были родоразрешены путем операции КС сразу же при выявлении мекониальных вод, без улучшения перинатальных исходов. В связи с этим необходимо еще раз подчеркнуть важность диагностики страдания плода во время беременности на основании данных КТГ, УЗИ с доплерометрией. Но, даже используя все эти современные методы, не всегда удается выявить ранние признаки гипоксии плода. Так, в 12 наблюдениях при рождении детей в асфиксии накануне родов проводилось ультразвуковое исследование и доплерометрия кровотока в системе «мать-плацента-плод», и при этом состояние плодов было расценено, как удовлетворительное.

Слабость родовой деятельности, сочетающаяся с неблагоприятными перинатальными исходами, осложнило 39 родов (13,4%). Из предрасполагающих факторов развития данного осложнения были отмечены следующие: искусственный аборт в анамнезе у 18 пациенток, перенашивание (9), преждевременное излитие околоплодных вод (8), возраст первородящих старше 30 лет и младше 18 лет (7 пациенток), крупный плод (4), НЖО II-III ст. (4). Ранняя амниотомия без соответствующих показаний была произведена в 5 наблюдениях. По данным литературы, каждый из этих факторов может оказывать неблагоприятное влияние на характер родовой деятельности. Различные сочетания осложнений встречались в 70%.

На фоне слабости родовой деятельности погибло 3 детей от асфиксии в интра - и постнатальном периодах. 18 пациенток, чьи дети прошли через отделение

реанимации, были родоразрешены путем операции КС. При этом сама слабость родовой деятельности явилась показанием к выполнению КС в 14 наблюдениях, у 3 пациенток оперативное родоразрешение выполнялось, учитывая развитие острой гипоксии плода на фоне слабости родовой деятельности и родоактивации окситоцином, в 1 наблюдении - показанием к КС явился клинически узкий таз. Все перечисленные неблагоприятные исходы свидетельствуют о несвоевременном выявлении страдания плода на фоне слабости родовой деятельности и предрасполагающих к ней факторов и соответственно КС либо не выполнялось, либо производилось с опозданием.

Крупный плод. Согласно нашим данным, доношенные крупные дети, потребовавшие проведения реанимационных мероприятий встречались в 27 наблюдениях (9,2%). Большинство детей (23) имели массу при рождении от 4000 до 4500 гр., 4 ребенка - от 4550 до 4990 гр. Все четыре пациентки с массой плода более 4500 гр. были первородящими, имели средний рост и нормальные размеры таза, а роды велись через естественные родовые пути. В 14 (52%) из 27 наблюдений роды закончились путем операции кесарева сечения. Основными показаниями к экстренному оперативному родоразрешению в нашем исследовании были слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной терапии (4), острая гипоксия плода (3), ПОНРП (2), клинически узкий таз (2). Основные причины заболеваемости крупных детей были обусловлены не родовой травмой (она была диагностирована в 2-х наблюдениях), а перенесенной гипоксией и асфиксией (25), включая синдром мекониальной аспирации (13). Эти данные подтверждают необходимость своевременного пересмотра тактики ведения родов при крупном плоде в пользу оперативного родоразрешения в плановом порядке, особенно при предполагаемой массе плода > 4500 гр. у первородящих.

Перенашивание беременности. В нашем исследовании перенашивание беременности встретилось в 22 наблюдениях (7,5%). Среди погибших детей переносными были 4 (11,4%), среди подвергшихся реанимации - 18 (7%) детей. В 9 наблюдениях перенашивание явилось предрасполагающим фактором развития острой гипоксии плода и необходимости производства КС, в 10 наблюдениях - причиной мекониального окрашивания околоплодных вод с последующей аспирацией. В связи с вышесказанным, остается крайне важным выявление перенашивания, начиная уже с 40-41 недели гестации.

Акушерская агрессия как причина ПЗ и ПС доношенных детей. В последнее время широко обсуждается проблема акушерской агрессии как причины рождения в тяжелом состоянии доношенных детей [В.Е. Радзинский и соавт., 2007; Савельева Г.М. и соавт., 2008]. В.Е. Радзинский (2007), провел чрезвычайно важный анализ причин рождения доношенных детей, которые нуждались в реанимационных мероприятиях. При этом он отметил, что тяжелому состоянию детей способствовало не столько внутриутробное страдание, сколько акушерская агрессия в родах - медикаментозное родовозбуждение и родостимуляция, ранняя амниотомия.

Согласно данным проанализированных нами историй родов ранняя амниотомия при отсутствии соответствующих показаний была произведена у 10 пациенток и

сочеталась в последующем с рождением детей в асфиксии. Нами также было выявлено неблагоприятное влияние раннего начала родовозбуждения при преждевременном излитии светлых околоплодных вод и отсутствии другой патологии. Среди пациенток, дети которых потребовали проведения реанимации (n=257), в 21 наблюдении родовозбуждение начиналось либо сразу, либо через 1-5 ч после излития околоплодных вод, в большинстве наблюдений (80%) через 3 ч. В 6 наблюдениях (28,6%) роды закончились оперативно в связи с развитием острой гипоксии плода (3) и слабости родовой деятельности (3). Мы считаем, что при ведении родов, осложнившихся преждевременном излитием светлых околоплодных вод, целесообразно проводить выжидательную тактику.

Задержка роста плода III ст. Анализ причин ПС и ПЗ среди доношенных детей показал, что ЗРП III ст. вносит существенный вклад в структуру данных показателей. Так, в нашем исследовании из 35 погибших в перинатальном периоде детей в 14,3% причиной смерти была асфиксия в результате ЗРП III ст., антенатально при этом погибли 3 доношенных плода, несмотря на проводимую терапию, направленную на улучшение маточно-плацентарного кровотока. По-видимому, в данных наблюдениях имелся недостаток диагностики состояния плода и своевременно не было произведено КС. Среди пациенток, дети которых родились в тяжелом состоянии и потребовали проведения реанимационных мероприятий, ЗРП III ст. была выявлена в 7 наблюдениях (2,7%). По мнению G. Mandruzzato et al. (2008) во время родов тщательный мониторинг плода с задержкой роста является крайне важным, поскольку состояние плода с началом регулярной родовой деятельности на фоне данной патологии может быстро декомпенсироваться и это подтверждается нашими данными. Так, выжидательно через естественные родовые пути роды велись у 8 пациенток с ЗРП III ст. В 2 наблюдениях это привело к интранатальной гибели, в 3 - развилась острая гипоксия плода, что явилось показанием к выполнению КС в экстренном порядке и рождению детей в тяжелом состоянии, несмотря на оперативное родоразрешение. В трех наблюдениях дети родились через естественные родовые пути в состоянии асфиксии. Следует согласиться с мнением З.М. Керимовой (2002), В.Т. Levy et al. (1998), которые, изучая факторы риска неблагоприятных перинатальных исходов среди новорожденных с ЗРП, показали, что своевременное выполнение КС у таких детей оказывает защитное действие. Плановое КС. Согласно нашим данным, доношенные дети могут рождаться в тяжелом состоянии и требовать проведения реанимационных мероприятий даже после КС, выполненного в плановом порядке (12 детей).

Многие исследователи [Лебедев В.А., 1999; Madar J. et al., 1999; Zanardo V. et al., 2004; Hansen A.K., 2008] едины во мнении, что для уменьшения риска развития респираторных заболеваний у доношенных новорожденных, необходимо выполнять плановое кесарево сечение, особенно у пациенток с рубцом на матке после 39 недели беременности. Данные, полученные нами, подтверждают это положение. В 10 наблюдениях плановое КС производилось в сроке 38-39 недель беременности, что привело к развитию синдрома дыхательных расстройств у доношенных новорожденных в связи с незрелостью легочных структур и необходимости в



проведении ИВЛ. Ведущим показанием к плановому оперативному родоразрешению (в 58,3%) было наличие рубца на матке после предыдущей операции КС (табл. 3).  
Таблица 3 Показания к плановому КС, приведшему к рождению доношенных детей, потребовавших реанимации и интенсивной терапии

Показания к КС

Причины ПЗ

Срок родоразрешения

Число детей (n=12)

1.Рубец на матке после операции КС

СДР

38-39 недель  
беременности

7 (58,3 %)

2.Миопия высокой  
степени

СДР

38-39 недель  
беременности

2 (16,7 %)

3.Заключение невролога (постравматическая энцефалопатия)

Гипоксически-травматическое поражение ЦНС

39-40 недель  
беременности

2 (16,7 %)

4.Смешанно-ягодичное предлежание плода

СДР

38 недель  
беременности

1 (8,3 %)

Данные табл. 3 еще раз подчеркивают с одной стороны важность выбора оптимального срока гестации при плановом родоразрешении, а с другой стороны необходимость выполнения первичного КС только по показаниям.

Тазовое предлежание плода сопровождается нередко серьезными травматическими повреждениями детей во время родов, что явилось основанием для расширения показаний к КС при данной патологии. По мнению многих авторов [Савельева Г.М., 2008; Uotila J. et al., 2005; Kuenzel W., 2006; Goffinet F. et al., 2006], роды в тазовом предлежании никоим образом не должны быть только оперативными (КС). При этом выбор метода родоразрешения определяется индивидуально с учетом варианта тазового предлежания, массы плода, паритета, а также сопутствующих осложнений беременности и родов.

По данным нашего исследования, из 292 детей, погибших или подвергшихся реанимации, тазовое предлежание было выявлено у 4-х (1,4%). Необходимо отметить, что в одном наблюдении неблагоприятный перинатальный исход был следствием не тазового предлежания плода, а неправильно выбранного срока оперативного родоразрешения. Тазовое предлежание (смешанно-ягодичное) у первородящей пациентки явилось показанием для выполнения КС в плановом порядке в сроке беременности 38 недель, что привело к развитию синдрома дыхательных расстройств у данного ребенка в связи с незрелостью легочных структур и необходимости в проведении ИВЛ. В двух наблюдениях неблагоприятных перинатальных исходов при тазовом предлежании плода имела такая сопутствующая патология, как задержка роста плода III ст., что само по себе должно являться показанием к выполнению КС в плановом порядке. Тем не менее, роды велись выжидательно через естественные родовые пути, что в результате привело к интранатальной гибели плода в одном наблюдении и выполнению экстренной операции КС в связи с развитием острой гипоксии плода в другом. В последующем этот ребенок подвергся реанимационным мероприятиям. В одном наблюдении было произведено КС в экстренном порядке в связи с ножным предлежанием плода. Ребенок родился в состоянии асфиксии легкой степени и был переведен в отделение детской реанимации, но не потребовал проведения ИВЛ и был переведен на II этап выхаживания на 5-е сутки.

Подробный анализ единичных неблагоприятных исходов при тазовом предлежании в нашем исследовании позволяет сделать вывод, что ПС и ПЗ при этом, определяются не вариантом самого предлежания, а сопутствующей патологией плода и неправильным выбором срока гестации для оперативного родоразрешения.

Перинатальные исходы и время рождения. В последнее время проводились исследования, направленные на выявление связи времени рождения детей, когда может отсутствовать опытный медицинский персонал, с неблагоприятными перинатальными исходами. Ряд авторов [Gould J.V. et al., 2003; Zilberman B., 2008] считали, что главным индикатором качества оказания перинатальной помощи является показатель интранатальной смертности, который очень трудно оценить. По

нашему мнению, судить о качестве оказания медицинской помощи можно также на основании оценки числа доношенных детей без пороков развития, родившихся в тяжелом состоянии и требующих проведения реанимационных мероприятий. По данным S.D. Ferguson (1998), Hamilton P. et al. (2003), риск рождения доношенных детей с низкой оценкой по шкале Апгар увеличивается летом, в ночное время и в выходные дни, что может быть связано с неоптимальной медицинской помощью, оказываемой в это время неопытным персоналом.

В нашем исследовании было отмечено увеличение рождения доношенных детей в тяжелом состоянии не только летом (30,4%), но также и осенью (31,4%), что не подтверждает данную гипотезу. Нами также не было выявлено увеличения рождения доношенных детей в тяжелом состоянии в выходные дни по сравнению с буднями. Наибольшее число доношенных детей, потребовавших проведения реанимационных мероприятий, родилось во вторник, пятницу и субботу (16,8%, 16,4%, 16,4% соответственно), а наименьшее - в понедельник, среду и воскресенье (11,9%, 12,3%, 12,3% соответственно).

В последующем ряд исследователей [Stewart J.H. et al., 1998; Heller G. et al., 2003; Gould J.V. et al., 2005], сравнивая гибель детей в зависимости от времени суток, показали, что ПС увеличивается ночью, что может быть связано, по их мнению, с физической и умственной усталостью персонала. По нашим данным, наибольшее число тяжелых доношенных детей, исключая детей после планового КС и погибших антенатально, родилось с 15.00 ч до 21.00 ч - 80 детей (29,9%) и с 21.00 ч до 3.00 ч - 74 ребенка (27,6%), при этом самыми неблагоприятными часами были 20.00-23.00 - 65 детей, что в некоторой мере подтверждает данные зарубежных исследователей. Тем не менее, в дневное время (с 9.00 до 15.00) число рождения детей, требующих проведения реанимационных мероприятий, было также большим - 65 (24,2%). А наименьшее число тяжелых доношенных детей родилось с 3.00 ч ночи до 6.00 ч утра - 29 детей (рис.3). Предоставленные нами данные больше согласуются с мнением В.Е. Радзинского и соавт. (2007), которые считали, что это может быть связано с различной активностью врачей в течение суток: более активной («агрессивной») тактикой ведения родов в дневное и вечернее время по сравнению с ночным, когда таковая отсутствует.

Рис.3. Зависимость рождения детей в тяжелом состоянии от времени суток.

В рамках III этапа при сравнении показателей частоты КС и числа доношенных детей, потребовавших проведения реанимационных мероприятий, в тех же родильных домах за 2006-2007 гг. нами было отмечено, что для большинства родильных учреждений (13 из 15) было характерно увеличение частоты КС. При этом существенное снижение числа доношенных детей, потребовавших проведения реанимационных мероприятий, наблюдалось только в 5-ти родильных домах. Эти данные подтверждают мнение о том, что только увеличением частоты КС не может быть достигнуто снижения перинатальной заболеваемости доношенных детей. В большей мере значение имеет адекватное ведение беременности и родов, своевременное выявление страдания плода и выбор адекватного метода и времени родоразрешения при различных осложнениях. Кроме того, до сих пор остается

чрезвычайно важной проблема выбора срока родоразрешения пациенток с рубцом на матке, так как при выполнении операции у таких пациенток до 39 недели беременности увеличивается риск рождения детей с дыхательной недостаточностью из-за незрелости легких.

#### Выводы

1. В улучшении перинатальных исходов доношенных детей большое значение имеет выбор оптимальной тактики ведения беременности и родов, по показаниям своевременное производство родоразрешающих операций.
2. Сопоставление частоты КС с числом доношенных детей, пострадавших в процессе родов, свидетельствует о неблагоприятных результатах как при низких цифрах оперативного вмешательства, так и чрезвычайно высоких. Наиболее оптимальные результаты для детей получены при частоте КС не менее 16%.
3. КС показано при задержке роста плода III ст., при перенашивании и дополнительных осложнениях, крупных размерах плода (>4500 г.) при I родах, мертворождении в анамнезе, тяжелых формах гестоза. Во избежание развития синдрома дыхательных расстройств плановое КС следует производить не ранее 39 недель беременности.
4. При ведении родов, осложнившихся преждевременном излитием светлых околоплодных вод, целесообразно проводить выжидательную тактику.
5. Выявление острой гипоксии при расположении головки плода в узкой части полости малого таза является показанием к влагалищным родоразрешающим операциям: вакуум-экстракция или наложение акушерских щипцов.
6. Оценка качества работы каждого акушерского стационара должна включать сопоставление перинатальных исходов доношенных детей с методами ведения беременности и родов, что будет способствовать снижению ПС и ПЗ, а также определению оптимальной частоты КС.

#### Практические рекомендации

1. Для снижения ПС и ПЗ доношенных детей необходимо повысить выявляемость факторов риска, осложняющих перинатальные исходы, при которых должны быть расширены показания к КС: задержка роста плода III ст., перенашивание, хроническая гипоксия, крупные размеры плода (>4500 г.) при I родах, тяжелые формы гестоза. Показанием к КС следует считать мертворождение в анамнезе, особенно если оно связано с осложненным течением беременности и родов.
2. Учитывая высокую частоту незрелости легких у доношенных детей в сроке 37-38, 38-39 недель беременности, особенно при наличии рубца на матке, плановое оперативное родоразрешение беременных, следует производить в сроке 39-40 недель гестации.
3. При ведении родов, осложнившихся преждевременным излитием светлых околоплодных вод и отсутствием других осложнений, необходимо избегать раннего начала активации родовой деятельности (в течение 3-4 ч после излития околоплодных вод).
4. Если во время родов появляются симптомы острой гипоксии, особенно на фоне хронической, то действия врача зависят от места расположения головки плода. При

нахождении ее в широкой части полости малого таза и выше показано КС, если головка в узкой части, следует своевременно производить такие родоразрешающие операции, как вакуум-экстракция или наложение акушерских щипцов.

5. Для оценки качества работы родовспомогательного учреждения необходимо учитывать частоту ПС и ПЗ доношенных детей, родившихся в асфиксии, и сопоставлять этот показатель с частотой КС.

6. При наличии осложнений беременности необходимо стремиться госпитализировать пациенток с высоким уровнем риска развития неблагоприятных перинатальных исходов в стационары III типа.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Г.М. Савельева, Е.Я. Караганова, М.А. Курцер, Ю.Ю. Кутакова., О.Б. Панина, О.А.Трофимова. Кесарево сечение в современном акушерстве // Акушерство и гинекология. - 2007. - №2. - С.3-8.
2. Г.М. Савельева, М.А. Курцер, О.Б. Панина, Е.Я. Караганова, Л.Е. Казакова, С.В. Кривоножко, О.А.Трофимова. Современные принципы ведения родов и перинатальные исходы // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2007. - Том 6. - №4. - С.100-103.
3. О.А.Трофимова. Причины перинатальных повреждений погибших и подвергшихся реанимации доношенных детей // Материалы 9-го Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». - Москва, 2007. - С. 616.
4. О.А. Трофимова. Кесарево сечение. Перинатальные исходы доношенных детей // Вестник Российского государственного медицинского университета. - 2007. - №2(55) - С.363.
5. Г.М. Савельева, О.А. Трофимова. Пути улучшения перинатальных исходов при доношенной беременности // Материалы 2-го международного конгресса по репродуктивной медицине «Репродуктивное здоровье семьи». - Москва, 2008. - С.124-125.
6. О.А.Трофимова. Пути снижения перинатальных потерь среди доношенных детей // Вестник Российского государственного медицинского университета. Специальный выпуск. - 2008. - №3 (62). - С.64-67.
7. Г.М. Савельева, О.А. Трофимова. Роль кесарева сечения в снижении перинатальной смертности и заболеваемости доношенных детей. // Акушерство и гинекология. - 2008. - №4. - С.20-23.
8. Г.М. Савельева, Л.Г. Сичинава, Р.И. Шалина, П.А. Клименко, О.Б. Панина, О.А. Трофимова. Улучшение перинатальных исходов - одна из основных проблем современного акушерства // Российский вестник акушера гинеколога. - 2008. - Том 8. - №6. - С.56-60.
9. О.А. Трофимова. Время рождения доношенных детей, погибших во время родов или подвергшихся реанимации // Лечебное дело. Специальный выпуск. Москва. - 2009. - С.120-121.