

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ  
РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
АКАДЕМИЯ

*На правах рукописи*

УДК 618.5-089.888.61+614.1+613.952

**Жакыпова Асель Касымбековна**

**Технология снижения перинатальной смертности и  
заболеваемости новорожденных в раннем неонатальном периоде  
после абдоминального родоразрешения женщин.**

14.00.01 – Акушерство и гинекология

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Бишкек - 2004

Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии контрактного и последипломного обучения Кыргызской Государственной Медицинской Академии.

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, профессор  
А.К. Шаршенов

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор  
С.М. Лехтман

доктор медицинских наук, доцент  
З.О. Базылбекова

**Ведущее учреждение:** Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН РФ.

Защита диссертации состоится « 20 » мая 2004 года в 12.час.00мин. на заседании диссертационного совета Д 14.04.237. при Кыргызском научно-исследовательском институте акушерства и педиатрии МЗ КР (720040, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул.Тоголок Молдо,1)

Автореферат разослан « \_\_\_\_\_ » 2004г.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызского НИИ акушерства и педиатрии

Ученый секретарь  
диссертационного совета  
кандидат медицинских наук  
старший научный сотрудник

А.Б. Фуртикова

### **Актуальность проблемы**

Успехи в развитии абдоминального родоразрешения вызвали значительное увеличение частоты кесарева сечения (КС) за последние 15-20 лет (Пленум пробл. комиссии 0103. 1999).

Связано это с тем, что, по мнению многих авторов, КС является наиболее бережным методом родоразрешения при недонашивании, хронической и острой гипоксии плода, при крупном плоде, при тазовом предлежании и др. (Серов В.Н. с соавт. 1997; Стрижаков А.Н., Лебедев В.А., 1998; Савельева Г.М. с соавт. 2000; Сидельникова В.М., 2000; Сидорова И.С. с соавт. 2000; Стрижаков А.Н. с соавт. 2000; Чернуха Е.А., 2000).

По данным зарубежных авторов, в последние годы 80% КС делают по показаниям, в первую очередь, со стороны плода (Абрамченко В.В., Краснополский В.И., 1997; Стрижаков А.Н. с соавт. 1999;).

Эти показания, как правило, являются относительными. В настоящее время относительными показаниями со стороны плода для родоразрешения путем КС являются: выраженное перенашивание беременности, сопровождающееся симптомами хронической гипоксии, особенно в сочетании с поздним возрастом роженицы, неправильным положением плода, крупным плодом, отягощенным акушерским анамнезом; тазовое предлежание плода при экстремально малой или большой массе тела независимо от числа родов в прошлом, при ножном предлежании, выраженном разгибании головки; срок беременности 34-35 недель в сочетании с гипоксией и ЗВУР плода, с многоплодием, тазовым предлежанием, гемолитической болезнью и др.; патология сократительной деятельности матки в сочетании с гипоксией плода; многоплодная беременность при неправильном положении первого или второго плода и др. (Савельева Г.М. 1987, 1989; Стрижаков А.Н. 1991; Стрижаков А.Н., Лебедев В.А., 1998; Чернуха Е.А. 1999; Савельева Г.М. с соавт. 2000; Стрижаков А.Н. с соавт. 2000; Kursel R.B. et al. 1997; Smith C. et al., 1997; Sullivon C.H. et al. 1998; Pedro A.Роша 1999).

Решающую роль при определении показаний к КС в интересах плода играет появление возможности комплексной оценки его внутриутробного состояния (применение КТГ, доплерометрии маточно-плацентарно-плодового кровотока), позволяющей достигнуть 94% достоверности диагностики гипоксии плода (Розенфельд Б.Е. 1995; Комиссарова Л.М. 1998; Агеева М.И., Малахова Е.Е. 1999; Сигизбаева И.Н. 1999; Кулаков В.И. с соавт. 2001; Rizzo J. et al. 1993; Chung T. et al. 1995; Guzman E. et al. 1996; Borgatta Z. et al. 1998;).

Наиболее важными факторами, определяющими исход оперативного вмешательства в целом, в том числе и для плода, является своевременность проведения операции, хирургическая техника,

адекватность операционного доступа, продолжительность и травматичность вмешательства, качество анестезиологического пособия. Именно поэтому в последние годы проводится постоянная работа по совершенствованию техники КС. (Баев О.Р. с соавт. 1992; Краснопольский В.И., Радзинский В.Р. 1993; Кулаков В.И., Каримов З.Д. 1994; Мынбаев О.А. с соавт. 1995; Стрижаков А.Н. 1995; Серов В.Н. с соавт. 1997; Савельева И.М. с соавт. 2000; Сидельникова В.М. 2000; Pietrantonio M. et al. 1991; von Mandach U., Hoch R. et al. 1993; M.A.Stark et al. 1995;).

При этом обсуждаются варианты разреза передней брюшной стенки и матки, доступа к последней, восстановления их целостности, различные виды шовного материала и др.

Газазян М.Г. с соавт.(1999) при сравнении шести вариантов модификаций операций КС лучшие исходы получили при КС, выполненном по методике Stark с лапаротомией Joel-Cohen.

Метод КС по Joel-Cohen, как наиболее щадящий, был рекомендован для внедрения в широкую акушерскую практику и пленумом Проблемной комиссии «Профилактика перинатальной патологии» Межведомственного научного совета по акушерству и гинекологии РАМН МЗ РФ в 1999 г.

Расширению показаний к КС со стороны плода в последние 10-15 лет способствовало развитие неонатологической службы, службы реанимации и интенсивной терапии новорожденных (Комиссарова Л.М. 1998; Стрижаков А.Н., Лебедев А.Н. 1998; Чернуха Е.А., Ананьев В.А. 1999).

Дискуссионным до настоящего времени является вопрос об оптимальном уровне частоты КС, не влияющим негативно на перинатальные показатели.

Согласно многим публикациям, улучшение перинатальных показателей в результате только увеличения частоты КС возможно лишь до определенного предела. По мнению R.S.Gibbs (1985), этот уровень составляет 15%, другие авторы (Серов В.Н. и др. 1989; Савельева Г.М. и др. 1989, 2000; Краснопольский В.И. и Радзинский В.Е. 1993; Чернуха Е.А. 1997; Краснопольский В.И., Логутова Л.С. 2000; Nielsen T.F. 1986; Peter J. et al. 1987) считают, что частота этой операции должна быть не более 10-12%.

Согласно рекомендациям ВОЗ увеличение частоты КС более 10% нецелесообразно.

Вместе с тем отмечается, что частота КС в отдельных родовспомогательных учреждениях не может быть одинаковой. В перинатальных центрах, где концентрируется самая тяжелая акушерская патология, частота КС может достигать и 40%. (Бурдули Г. О., Фролова О.Г., Серов В.Н. с соавт. 1987; Кулаков В.И. с соавт. 1998).

По данным Краснопольского В.И. и Логутовой Л.С.(2000), в РФ за последние 20 лет частота КС увеличилась более, чем в 2 раза, за последние

10 лет (Чернуха Е.А. 2000) - в 3 раза и составила 12,15%, а перинатальная заболеваемость и смертность заметно не уменьшились и колеблются на уровне 16%. Авторы считают это свидетельством того, что снизить ПЗ и ПС только «бережным» извлечением плода из материнского организма невозможно. За этим кроются общемедицинские и социальные проблемы.

В исходе родов для плода при абдоминальном родоразрешении определенную роль играет характер КС: операция в плановом или экстренном порядке.

Большинство исследователей считает, что более благоприятный исход наблюдается при плановом родоразрешении (Серов В.И. с соавт. 1997; Савельева Г.М. с соавт. 2000; Стрижаков А.Н. с соавт. 2000; и др;).

Однако, Комиссарова Л.М. (1998) на большом клинико-статистическом материале доказала наиболее благоприятный исход для плода при так называемом запланированном КС, но выполненном с началом родовой деятельности, когда плод, испытывая влияние механических и метаболических факторов, отвечает мощным выбросом гормонов стресса, которые обеспечивают процессы адаптации плода к внеутробной жизни. Аналогичной позиции придерживаются и другие авторы (Чернуха Е.А., 1998).

В литературе имеются лишь единичные сообщения о перинатальных потерях при абдоминальном родоразрешении. Так, Серов В.Н. с соавт.(1997) приводит данные о том, что ПС после КС колеблется от 19 до 118%; Кулинич С.И. с соавт.(1999) сообщает, что из 300 оперативных родов не было ни одного случая ПС.

При изучении параллелей между частотой выполнения КС и перинатальной смертностью не менее важную роль играет учет перинатального травматизма.

Газазян М.Г. с соавт.(1999) сообщает, что расширение показаний к КС при тазовых предлежаниях плода привело к росту его частоты с 14% в 80-х до 81%-в 90-х годах. Перинатальные потери при этом снизились с 15,4% до 1,3%, однако уровень неонатальной заболеваемости составил 14% как при абдоминальном родоразрешении, так и при самостоятельных родах.

Увеличение частоты абдоминального родоразрешения в группе женщин с аномалиями родовой деятельности несколько снижает перинатальные потери, в то же время неонатальная заболеваемость возрастает до 22%, тогда как при родах через естественные родовые пути составляет 13%. Объясняет это автор степенью тяжести осложнений родов, не исключает и технических затруднений при извлечении головки плода во время операции за счет гипертонуса тела и нижнего сегмента матки.

В Кыргызской республике показатель абдоминального родоразрешения, начиная с 1991 по 2000 гг., возрос с 3,4% до 4,2%, при этом ПС снизилась с 16,4% до 12,6%. Однако, среди детей, погибших в перинатальном периоде, 17,8% составляют дети, извлеченные путем КС (Шаршенов А.К., 2001).

Неизвестен уровень перинатальных потерь и заболеваемости новорожденных при абдоминальном родоразрешении. Не изучались их причины, не разработана технология их снижения. Нет информации о том, как отражается на перинатальных потерях расширение показаний для кесарева сечения в условиях реформирования здравоохранения (объединение женских консультаций с поликлиниками, сокращение коечного фонда в акушерских стационарах, организация ГСВ, введение сооплаты и др.), проводимого в республике с 1996 года

Все вышеизложенное явилось поводом для проведения настоящего исследования.

#### **Цель исследования**

Провести комплексную оценку причин ПС и заболеваемости новорожденных в раннем неонатальном периоде после абдоминального родоразрешения женщин для разработки научных основ технологии их снижения.

#### **Задачи**

1. В динамике 1991-2000 гг. определить частоту перинатальных потерь и заболеваемости новорожденных после абдоминальных родов в сравнении с родами через естественные родовые пути.
2. Изучить структуру показаний для кесарева сечения в случаях перинатальных потерь после КС.
3. Вскрыть причины перинатальных потерь в зависимости от основных показаний для абдоминального родоразрешения.
4. Научно обосновать и разработать основные направления технологии снижения перинатальных потерь после абдоминального родоразрешения женщин.

#### **Научная новизна полученных результатов**

Впервые в республике изучена частота перинатальных потерь, заболеваемость и летальность новорожденных после абдоминальных родов, при этом установлено, что показатель неблагоприятных исходов после КС превышал таковой после родов через естественные родовые пути в динамике 10 лет, уровень ПС значительно возрастал по мере нарастания частоты КС, перинатальные потери после обычных родов за этот период времени снизились более, чем в 3 раза.

Доказано, что в структуре показаний к КС, определяющих перинатальные потери, ведущую роль играет преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (33,5%), ОПГ-гестоз (26,1%) и наличие рубца на матке (10,7%).

Установлено, что среди факторов риска ПС существенную значимость имеет недоношенность плодов, причем перинатальные потери после КС в ранние гестационные сроки в среднем значительно выше таковых при родах через естественные родовые пути (14,2% и 9,8% соответственно).

Доказано, что среди доношенных детей заболеваемость после КС в 2,2 раза ниже, а среди недоношенных – в 1,5 раза выше, чем в случаях родов через естественные родовые пути, при этом установлено преобладание церебральных нарушений и ВУИ у доношенных новорожденных, респираторных и церебральных нарушений – у недоношенных новорожденных, извлеченных абдоминальным путем. Летальность в перинатальном периоде после КС имеет причинно-следственную связь с ОПГ-гестозом (176,5%), рубцом на матке (166,6%), ПОНРП (125,0%).

Впервые конкретизирована значимость тактических ошибок на этапах амбулаторного наблюдения, в процессе подготовки к оперативному вмешательству, проведения анестезиологического пособия и интенсивной терапии в уровне перинатальных потерь.

Научно обоснованы меры по снижению перинатальных потерь после абдоминального родоразрешения женщин.

#### **Практическая значимость полученных результатов**

Для практического здравоохранения разработаны сведения по частоте и структуре перинатальных потерь и заболеваемости новорожденных после КС, которые могут быть ориентиром при прогнозировании основных показателей родовспоможения и определения мер по повышению качества работы акушеров-гинекологов.

Конкретные сведения о факторах риска ПС при КС, включающие отклонения в состоянии матери и плода, следует использовать в целях разработки превентивных мер на всех этапах обслуживания беременных.

Научно обоснована программа снижения перинатальных потерь при абдоминальном родоразрешении, включающая комплекс конкретных мер по снижению необходимости в проведении КС на догоспитальном этапе и рекомендации по оптимизации подготовки и проведения КС в родильных домах.

Теоретические закономерности неблагоприятных исходов при КС следует использовать в программах обучения студентов и переподготовки врачей акушеров-гинекологов.



### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту.**

1. Расширение показаний для абдоминального родоразрешения в интересах плода привело к росту частоты КС на 4,2%. При этом общий показатель ПС снизился на 2,8% за счет родов через естественные родовые пути, а при абдоминальных родах показатель ПС возрос на 1,2%.

2. Общая заболеваемость новорожденных в раннем неонатальном периоде после абдоминальных родов, как и после родов через естественные родовые пути, остается высокой, тем не менее при абдоминальных родах она в 1,6 раза ниже. Ведущее значение для доношенных новорожденных имели церебральные нарушения и ВУИ, у недоношенных новорожденных - респираторные и церебральные нарушения.

3. В случаях ПС при абдоминальных родах в динамике 1991-2000 гг. преобладали потери в ранних гестационных сроках (72,4%) и в раннем неонатальном периоде. Ведущими причинами гибели доношенных новорожденных явились дыхательные нарушения (36,8%); ВУИ (16,2%); родовые травмы (14,7%).

4. Величину показателя перинатальных потерь при абдоминальных родах определяет комплекс факторов, в том числе высокая частота заболеваемости женщин во время беременности и осложнений гестационного процесса, недостаточный уровень качества наблюдения беременных в амбулаторно-поликлинических учреждениях, запоздалая госпитализация в акушерский стационар в критическом состоянии матери и плода, вынужденное экстренное родоразрешение без предварительной подготовки, не всегда адекватный выбор анестетиков для вводного наркоза, наличие технических трудностей во время оперативного родоразрешения, отсутствие единой методологии интенсивной терапии и реанимации новорожденных детей.

### **Апробация результатов диссертации**

Полученные в работе результаты исследования доложены и обсуждены на VIII, IX международных конференциях молодых ученых и студентов «Актуальные проблемы и перспективы развития медицины» (Бишкек, 2002, 2003), на межкафедральном совете Кыргызской Государственной Медицинской Академии (2003), на ученом совете Кыргызского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии (2004).

### **Внедрение результатов исследования**

Программа снижения перинатальных потерь, внедрена в практику врачей клинического родильного дома №2, городской гинекологической

больницы. Получено уведомление о принятии заявки на изобретение (№20030066.1) к рассмотрению от 10.07.03 г.

### **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 142 страницах компьютерного текста. Состоит из следующих глав: введение, обзор литературы, материал и методы исследования, результаты собственных исследований, заключение и обсуждение результатов исследования, выводы, практические рекомендации, список литературы.

### **Публикации**

По материалам диссертации опубликовано 14 статей.

### **Материал и методы исследования**

Основным направлением настоящего исследования явилось изучение причин перинатальной смертности и заболеваемости детей в раннем неонатальном периоде у женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения.

При наборе материала использован сплошной метод исследования 152 случаев перинатальных потерь из 42426 родов, проведенных в клиническом роддоме №2 г. Бишкека за период 1991-2000 гг., в том числе 5245 - абдоминальных родов.

В качестве статистической совокупности для исследования взяты выделенные из всего массива 272 случая ПС после абдоминальных родов и 1257 - проведенных через естественные родовые пути.

В программу исследования введены:

- по данным ежегодных отчетов роддома определение тенденции частот оперативного родоразрешения женщин в динамике 10 лет и её влияния на показатели ПС;
- проведение сравнительной оценки общей частоты перинатальных потерь после КС и родов через естественные родовые пути в зависимости от фаз перинатального периода, гестационного срока и вида акушерской патологии;
- определение структуры показаний к КС и акушерской патологии в случаях перинатальных потерь;
- анализ частоты случаев ПС при основных видах акушерской патологии после КС в сравнении с родами через естественные родовые пути, с исключением случаев КС, проведенных по абсолютным показаниям;
- выявление материнских и плодовых факторов, способствующих неблагоприятному исходу КС для плода; определение их ранговой значимости путем проведения сравнительной оценки таких признаков, как особенности акушерского и соматического анамнеза, наличие экстрагенитальной патологии, особенности течения беременности,

адекватность наблюдения в амбулаторных и стационарных условиях, показания к КС, состояние матери и плода перед КС, продолжительность операции и качество анестезиологического пособия, трудности при извлечении и состояние плода после извлечения;

- определение ранговой значимости выявленных факторов путем сравнения двух групп новорожденных, извлеченных путем КС: погибших в раннем неонатальном периоде и оставшихся живыми;
- выявление отрицательно влияющих организационных и медицинских факторов путем их сравнения у двух групп женщин, родоразрешенных путем КС при ПОНРП, ОПГ-гестозе, рубце на матке в случаях перинатальных потерь и без них;
- изучение заболеваемости новорожденных после абдоминальных родов в сравнении с родами через естественные родовые пути;
- определение резервов для снижения перинатальных потерь после абдоминальных родов и разработка технологии их снижения.

Для определения частоты случаев ПС после КС при основных видах акушерской патологии сплошным методом выделены 918 женщин, в том числе 408 с рубцом на матке, 232 – с ОПГ-гестозом, 177 – с аномалиями родовой деятельности, 101 – с тазовым предлежанием плода. Группа сравнения была представлена 826 женщинами, при аналогичных ситуациях, родоразрешенных естественным путем (соответственно 21, 468, 240 и 97 случаев).

Для определения ранговой значимости выделенных факторов, способствующих ПС при абдоминальном родоразрешении, проведена сравнительная оценка силы их влияния у двух групп женщин: у 208 – с гибелью детей в раннем неонатальном периоде и у 200 – с живыми детьми.

Для выявления отрицательно влияющих организационных и медицинских факторов на показатели ПС проведено сравнение названных показателей у 191 женщины с перинатальными потерями после КС, в том числе у 91 – с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, у 71 – с ОПГ-гестозом и у 29 – с рубцом на матке, с группой контроля – 180 женщинами без перинатальных потерь: 80 – с ПОНРП, 70 – с ОПГ-гестозом и 30 – с рубцом на матке также родоразрешенных абдоминальным путем.

Для изучения заболеваемости новорожденных после КС, сплошным методом за период 1996-2000 гг. из числа извлеченных живыми (2839), выделено 662 (23,3%) больных новорожденных.

Группу сравнения составили 5017 больных детей, рожденных через естественные родовые пути, выделенные из 18428 рожденных живыми.

Для анализа причин перинатальных потерь при абдоминальном родоразрешении женщин с позиции их предотвратимости, в нашем исследовании подверглись тщательному исследованию:

- акушерский анамнез;
- качество наблюдения в амбулаторных условиях;
- своевременность выявления сопутствующей патологии и осложненности беременности;
- показания к госпитализации;
- своевременность поступления в акушерский стационар;
- при поступлении в роддом состояние матери и плода;
- полный клинический диагноз перед абдоминальным родоразрешением; показания к последнему;
- оперативное родоразрешение экстренное, плановое, запланированное и начало родов;
- продолжительность и качество предоперационной подготовки матери плода;
- вид наркоза;
- операционный доступ (нижнесрединная лапаротомия, по Пффаненштилю-Джозель-Кохену);
- технические трудности и состояние плода при его извлечении (оценка по шкале Арга на 1-й и 5-й минуте);
- протоколы патоморфологического исследования плода и плаценты.

Полученная информация отражалась в специально разработанных протоколах исследования, куда вносились данные из первичной документации (индивидуальные карты беременных – форма 111/у, истории родов – 096/ истории развития новорожденных – 097/у).

Проведено трехэтапное исследование.

На первом этапе, с целью определения влияния расширения показаний для абдоминального родоразрешения в интересах плода на показатели перинатальных потерь, исследованию подвергнуты данные отчетов названного родовспомогательного учреждения, позволившие выделить 1529 случаев перинатальных потерь за десятилетний период, в том числе 272 – после абдоминального родоразрешения и 1257 – в результате родов через естественные родовые пути и основные виды акушерской патологии при перинатальных потерях.

Известно, что поиск оптимальной частоты КС в целях снижения перинатальных потерь следует вести не по отношению ко всем родам, а лишь по той или иной акушерской патологии.

В связи с этим на втором этапе нами определена структура показаний КС и проведен анализ частоты абдоминального родоразрешения и показателей перинатальных потерь при основных видах акушерской патологии в сравнении с родами через естественные родовые пути, за 1991-2000 гг. При этом исключены случаи абсолютных показаний для КС.

На третьем этапе, с целью определения роли перинатальной патологии при абдоминальном родоразрешении в формировании «груза болезней» (ребено

может остаться живым, но инвалидом на всю жизнь), за 1996-2000 гг. изучена заболеваемость новорожденных после абдоминального родоразрешения, в сравнении с родами через естественные родовые пути, за этот же период времени.

Для статистической обработки материала использована программа Excel пакета Microsoft Office. Достоверность различия между частотой перинатальных потерь у разных групп женщин определялась по методу А.М. Меркова, Л.Е. Полякова (1974). Для измерения силы влияния каждого из факторов риска перинатальной смертности, оценки достоверности этого влияния, установления доверительной границы влияния, определения насколько существенен вклад в общую дисперсию учетных факторов, проведен дисперсионный многофакторный анализ.

Для оценки достоверности влияния фактора на развитие ПС, установления доверительной границы влияния вычислялся критерий достоверности Фишера по формуле:

$$F_B = \frac{\sigma^2}{\sigma^2}$$

$F_B$  сравнивался с критерием табличным  $F_{табл.}$  по специальной таблице, в которой на каждое значение критериев имеется три порога достоверности в 95%; 99%; 99,9%. Если величина  $F_B$  находилась между первым и вторым порогом, то полученный показатель был достоверен в 95% случаев, при превышении  $F_B$  все три порога достоверности – более, чем в 99,9% случаев.

Для определения величины связи между изучаемым фактором и конечным результатом определен коэффициент корреляции

$$\eta = \sqrt{\frac{C_x}{C_y}}$$

Для определения доли влияния изучаемого фактора на развитие ПС вычислялся коэффициент детерминации по формуле:

$$R = \eta^2 \times 100,$$

где  $\eta^2 \times 100$  – основной показатель факториальной дисперсии.

#### Результаты собственных исследований и их обсуждение

В период 1991 – 2000 гг. в клиническом роддоме №2 г. Бишкека в среднем частота абдоминального родоразрешения составила 12,4%, в динамике 10 лет она возросла на 4,2%. При этом общий показатель перинатальных потерь снизился на 2,8%, за счет родов через естественные родовые пути (с 4,7 до 1,5%).

При абдоминальном родоразрешении показатель перинатальных потерь возрос с 3,9 до 5,1%, т.е. на 1,2%. При сравнении средних показателей ПС за 10 лет перинатальные потери при абдоминальном родоразрешении превышали таковые при родах через естественные родовые пути, составив в 2000г. 53,0% в сравнении с 30,0% в 1991г. ( $t = 1,6$ ) (табл.1).

Таблица 1

Частота кесарева сечения и перинатальных потерь в динамике 10 лет в сравнении с родами через естественные родовые пути

Годы	Кол-во дов 100%	Кол-во родов ч/з ест. род.пути		Кол-во КС		ПС общая		ПС при род.ч/з ест. род.пути		ПС при КС		t 2,3
		п	%	п	%	1		2		3		
						п	%	п	%	п	%	
1991	4250	3790	89,2	460	10,8	219	5,1	201	4,7	18	3,9	0,2
1992	4163	3675	88,3	488	11,7	239	5,7	207	4,9	32	6,6	0,4
1993	3864	3440	89,0	424	11,0	259	6,6	224	5,7	35	8,2	0,5
1994	4462	3927	88,1	535	11,9	207	4,6	183	4,1	24	4,5	0,1
1995	4293	3831	89,2	462	10,8	112	2,6	84	1,9	28	6,1	0,9
1996	4260	3762	88,3	498	11,7	100	2,3	68	1,6	32	6,4	1,0
1997	4078	3553	87,2	525	12,8	106	2,6	78	1,9	28	5,3	0,8
1998	4448	3830	86,2	618	13,8	108	2,4	84	1,8	24	3,9	0,5
1999	4423	3816	86,1	607	13,9	84	1,9	65	1,5	19	3,1	0,4
2000	4185	3557	85,0	628	15,0	95	2,3	63	1,5	32	5,1	0,9
Сред. знач.	4243	3718	87,6	525	12,4	153	3,6	126	3,0	27	5,3	0,5

Из 1529 случаев общих перинатальных потерь за 10-ти летний период, ПС после КС составила 17,8%. При расширении показаний для производства кесарева сечения в интересах плода получены самые высокие показатели перинатальных потерь при абдоминальном родоразрешении. Как при родах абдоминальных, так и через естественные родовые пути среди перинатальных потерь преобладали потери в раннем неонатальном периоде, однако доля их при родоразрешении путем КС преобладала над долей при родах через естественные родовые пути (соответственно 76,5% и 74,1%;  $t = 0,9$ ). На втором месте по количеству потерь плодов находился антенатальный период. В нем при абдоминальном родоразрешении доля погибших плодов составила 16,2%, а при родах через естественные родовые пути - 17,7% ( $t = 0,6$ ).

Что касается интранатальных потерь, то существенной разницы при КС и родах через естественные родовые пути не выявлено ( $t = 0,5$ ).

Среди погибших в перинатальном периоде детей после родоразрешения путем КС преобладали недоношенные дети в динамике всех 10 лет. Всего недоношенных было 197 (72,4%) и доношенных - 75 (27,6%) (рис.1).

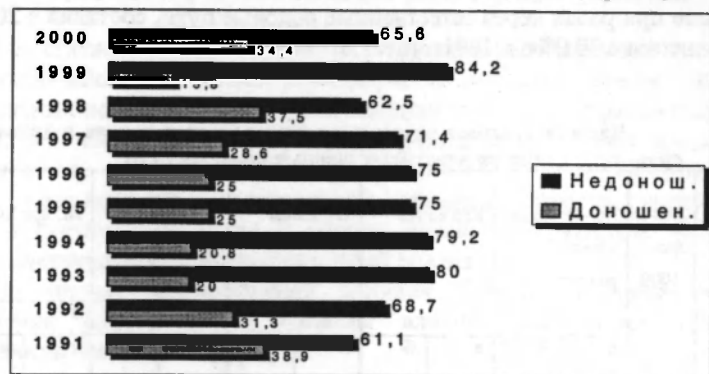


Рис. 1. Перинатальная смертность среди доношенных и недоношенных детей при абдоминальном родоразрешении в период 1991-2000 гг.

Среди 272 женщин с перинатальными потерями показаниями к оперативному родоразрешению чаще всего была преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (91 случай – 33,5%), на втором месте по частоте были женщины с гипертензивными нарушениями (71 случай – 26,1%), на третьем – с рубцом на матке (29 – 10,7%). В 19-ти случаях (7,0%) кесарево сечение проводилось по поводу предлежания плаценты, в 15(5,5%) – по поводу дистресса плода, в 13(4,8%) – ввиду наличия тяжелой экстрагенитальной патологии у матери. В 4 случаях (1,5%) показанием для кесарева сечения явилось тазовое предлежание плода. Лишь в 5 случаях (1,8%) кесарево сечение проводилось по поводу слабости родовой деятельности, не поддающейся медикаментозной коррекции, в 6(2,2%) – по поводу узкого таза, в 4(1,5%) – при сочетании позднего возраста первородящих с акушерской патологией и прочие показания составили 13 случаев (4,8%).

При оперативном родоразрешении женщин по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты доля перинатальных потерь в динамике 10 лет возросла в 2,5 раза при колебаниях от 4,4% до 14,3%.

Из числа всех случаев ПС после оперативного родоразрешения доля перинатальных потерь при гипертензивных нарушениях в динамике 10 лет возросла с 4,2% до 7,0%, однако в сравнении с предшествующими годами в 2000 г. наметилась тенденция к её уменьшению. В целом величина этой доли колебалась от 4,4% до 15,5%.

Число случаев перинатальных потерь у женщин, родоразрешенных абдоминальным путем по поводу рубца на матке, колебалось в динамике 10 лет от 3,4% до 17,2%, по сравнению с 1991г. возросло с 10,3% до 13,8%.

Анализ случаев перинатальных потерь при преждевременной отслойке плаценты показал: из 91 случая ПС в 25-ти случаях (27,5%) абдоминальное родоразрешение проведено при антенатальной гибели плода; 13 (14,3%) плодов погибло интранатально, и 53 (58,2%) – в раннем неонатальном периоде.

В 72-х случаях (79,1%) имела место недоношенная беременность, в 19-ти (20,9%) – доношенная.

Из 19 случаев ПС при абдоминальном родоразрешении по поводу предлежания плаценты все плоды были недоношенные, в том числе 3 плода (15,8%) погибли в антенатальном периоде, 16(84,2%) – в раннем неонатальном периоде.

Из 71 случая перинатальных потерь при абдоминальном родоразрешении по поводу гипертензивных нарушений 62 ребенка (94%) были недоношенными. В антенатальном периоде погибли 5 плодов (7%), в раннем неонатальном периоде – 66 (93%).

Последующий анализ случаев перинатальных потерь после КС в зависимости от вида акушерской патологии показал, что из всех 44 случаев антенатальной гибели плодов в 25-ти – (56,8%) КС произведено по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты на фоне геморрагического шока II-III степени, в 5-ти (11,4%) – по поводу гипертензивных состояний у беременных, в 6-ти случаях (13,6%) – имел место несостоятельный рубец на матке, в 3(6,8%) – предлежание плаценты, в 4-х случаях (9,1%) – наличие тяжелой экстрагенитальной патологии, узкого таза и рубцовых изменений мягких тканей родовых путей. В 1 случае(2,3%) – имело место поперечное положение II-го плода при двойне.

Интранатальные потери в течение 10 лет составили 20 плодов, из них 13 (наибольшие потери) имели место при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

Наибольшие потери в раннем неонатальном периоде - 66 плодов из 71(93%) составили дети матерей, родоразрешенных оперативным путем по поводу гипертензивных нарушений, из них 94% (62 ребенка) были недоношенными.

При преждевременной отслойке плаценты в раннем неонатальном периоде погибли 53 новорожденных (58%), из них 46(87,0%) было недоношенных и 7(13%) – доношенных.

На примере 2790 кесаревых сечений, произведенных на этой же клинической базе в 1996-2000 гг., нами изучена заболеваемость детей в раннем неонатальном периоде. При этом извлечено 2876 живых детей.

Из них выявлены заболевания у 662 детей (23,0%), в том числе 100 детей погибли в раннем неонатальном периоде (15,2%).

Группу сравнения (контроля) составили 5017 детей из 18428, рожденных в этот же период через естественные родовые пути, что составило 36,8%.



В целом заболеваемость детей после абдоминальных родов в 1,6 раза ниже, по сравнению с новорожденными, рожденными через естественные родовые пути. Показатель заболеваемости доношенных новорожденных после КС в 2,2 раза ниже. Однако заболеваемость недоношенных новорожденных при кесаревом сечении в 1,5 раза выше, чем при родах через естественные родовые пути, что, надо полагать, обусловлено патологией, явившейся показанием для абдоминального родоразрешения.

Структура заболеваемости новорожденных после абдоминального родоразрешения существенно отличалась от таковой при родах через естественные родовые пути.

У новорожденных, извлеченных путем КС на первом месте по частоте находились церебральная депрессия и другие церебральные нарушения, на втором - ВУИ, на третьем - СДР и другие респираторные расстройства.

У детей, родившихся через естественные родовые пути, в раннем неонатальном периоде на первом месте по частоте в структуре заболеваний находилась внутриутробная асфиксия и гипоксические состояния плода, на втором - церебральные нарушения, и на третьем - ВУИ. Различия эти достоверны.

При определении зависимости заболеваемости от показаний для абдоминального родоразрешения самое большое число больных новорожденных получено в случаях родоразрешения женщин по поводу ПОНРП (55,2%), самое низкое - у женщин с ОПГ-гестозом (11,3%). У женщин, родоразрешенных абдоминальным путем по поводу рубца на матке, слабости родовой деятельности и тазового предлежания плода, число больных детей было примерно одинаковое (соответственно 13,8%; 12,3% и 14,6%).

Однако обращает на себя внимание тот факт, что, если у женщин с рубцом на матке и при ПОНРП из числа заболевших половину составляли доношенные, а другую половину - недоношенные, то у женщин с ОПГ-гестозом большим было число недоношенных новорожденных. Что касается женщин со слабостью родовой деятельности и тазовым предлежанием плода, то у них больными были только доношенные дети.

Летальность самой высокой была у женщин с ОПГ-гестозом (176,5%), умерло 3 из 17 заболевших детей. Все трое были недоношенными.

На втором месте по летальности находились новорожденные женщины с рубцом на матке. Погибло 5 из 30 больных детей (166,6%). Третье место заняли женщины с ПОНРП: из 32 заболевших детей умерло 4 (125,0%).

У женщин при слабости родовой деятельности и тазовом предлежании плода погибших новорожденных не было.

По паритету родов преобладали первородящие женщины, на втором месте находились женщины со вторыми, на третьем - с третьими и на четвертом - с четвертыми и более родами.

Из 272 женщин с перинатальными потерями у 144 (53,0%) акушерский анамнез былотягощен, в том числе у 72 (26,5%) - предшествующими данной

беременности абортами, у 68 (25,0%) - невынашиванием беременности в ранних сроках (из них у 21 - 7,7% невынашивание было привычным), у 16 (5,9%) имели место преждевременные роды; 4 женщины (1,5%) перенесли операцию по поводу внематочной беременности, у одной в анамнезе было мертворождение, у 19 (7,0%) - смерть новорожденных в раннем неонатальном периоде, в том числе у 9 (3,3%) - погибли доношенные дети и у 10 (3,7%) - недоношенные. Причины гибели их в 2-х случаях - ВПР (0,7%), в 4-х ВУИ (1,4%). В 13 случаях (4,8%) причины гибели новорожденных установить не удалось.

Помимо того, у 11 женщин (4,1%) имели место случаи младенческой смертности, а у 3-х (1,1%) - гибель детей на втором году жизни. У 20 женщин (7,4%) в анамнезе была сочетанная акушерская патология.

Из 272 женщин, потерявших детей в перинатальном периоде, почти половина (47,1%) перенесли заболевания во время беременности, причем 15 из них болели дважды. Большую долю среди перенесших заболевания во время беременности составили женщины, дети которых погибли в раннем неонатальном периоде.

Первое место по частоте составляли заболевания сердечно-сосудистой системы, что, по-видимому, связано с профилизацией роддома, второе - ОРВИ, третье - болезни почек и мочевыводящих путей.

У  $\frac{3}{4}$  женщин с мертворождениями и почти у 82,0% женщин с гибелью детей в раннем неонатальном периоде наблюдалось осложненное течение беременности. При этом, как правило, наблюдалось сочетание осложнений: независимо от фазы перинатального периода примерно по два осложнения на каждую женщину. Самым частым осложнением была анемия беременных, выявленная почти у каждой второй женщины (у 47,1%); на втором месте по частоте находились ОПГ-гестозы (40,8%); на третьем - угроза невынашивания беременности (22,1%); на четвертом (19,5%) - ранний токсикоз беременных и на пятом (12,9%) - хроническая внутриутробная гипоксия плода.

Проведенный нами анализ показал, что из 272 женщин с перинатальными потерями 99 женщин (36,4%) по поводу беременности на учете не состояли; лишь 38 (14,0%) встали на учет до 12 недельного; 75 (27,6%) - в сроках от 12 до 20 недель, а 60 (22,1%) - после 20-недельного срока. Из числа наблюдавшихся женщин 46 (32,4%) - недообследованы.

Самый высокий показатель не состоящих на учете беременных женщин наблюдался при частичной преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты (46,2%); 38,5% женщин - с наличием фоновой экстрагенитальной патологии, 27,6% - с рубцом на матке по поводу беременности нигде не наблюдались.

Из 272 женщин с перинатальными потерями после КС находились на учете по беременности с ранних сроков (до 12 недель) лишь 38 женщин (14,0%); 75 (27,6%) впервые осмотрены врачом в сроках с 13 до 20 недель и 60 (22,1%) - после 20-недельного срока беременности.

Лишь в 130 случаях проведено ультразвуковое исследование.

Из 130 женщин, подвергшихся УЗИ во время беременности, у 47 отклонений от нормы в развитии плода не было выявлено (36,2%), а у явного большинства из числа обследованных (у 83 женщин – 63,8%) были выявлены признаки нарушения развития плода.

Несмотря на высокий удельный вес женщин с осложненным течением беременности и заболеваниями до наступления зачатия и во время беременности, плановая госпитализация на профилактическую койку была реализована лишь в 46 случаях, что составило 16,9%, в том числе в 19 – по поводу рубца на матке, в 21 – обострения основного заболевания, в 4-х – по поводу тазового предлежания и в 2-х – неправильного положения плода.

Остальные 226 женщин (83,1%) госпитализированы по экстренным показаниям, в том числе 105 (38,6%) – на фоне развившегося ОПГ –гестоза, 65 (23,9%) – по поводу частичной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, 37 (13,6%) – с начавшейся родовой деятельностью и 19 (7,0%) – с предлежанием плаценты.

При поступлении в акушерский стационар лишь в 73 случаях (26,8%) состояние матери и плода было удовлетворительным, в 17 (6,3%) случаях было тяжелым состояние матери, в 136 (50,0%) – при удовлетворительном состоянии матери диагностирован дистресс плода, а в 46 случаях (16,9%) тяжелым было состояние матери и плода.

Ввиду сложившейся акушерской ситуации плановое кесарево сечение проведено лишь у 64 женщин (23,5%). Запланировано на начало родовой деятельности было абдоминальное родоразрешение в 37 случаях (13,6%) и в 171 случае (62,9%) женщины родоразрешены в экстренном порядке.

Исход операции КС как для матери, так и для плода, прежде всего, определяется их состоянием перед операцией.

Перед оперативным родоразрешением из числа всех женщин, потерявших детей в перинатальном периоде, лишь в 55 случаях (20,2%) было удовлетворительным состояние матери и плода.

В 31 случае (13,6%) состояние матери было неудовлетворительным, из них тяжесть состояния была обусловлена ОПГ-гестозом у 26 женщин (83,9%) и заболеваниями сердца у 5 (16,1%).

В 35 случаях (15,3%) было неудовлетворительным состояние и матери и плода. Из них в 28 случаях (80,0%) тяжесть состояния определялась ОПГ-гестозом, в 4-х случаях (11,4%) –экстрагенитальной патологией (заболеваниями сердца) и 3 женщины (8,6%) поступили в стационар в состоянии геморрагического шока II степени, сформировавшегося за счет ПОНРП в 2-х случаях и предлежания плаценты - в 1 случае.

В 44 случаях абдоминальное родоразрешение проводилось при наличии мертвого плода.

Анализ вида анестезиологических пособий при КС показал, что не всегда подбирался адекватный вид наркоза. Всем без исключения роженицам проводился эндотрахеальный наркоз. Проведенный нами анализ 25 случаев КС,

показанием к которому был тяжелый гестоз, показал, что только в двух случаях в качестве анестетика не применялся кетамин, причем в 6 случаях он использовался в качестве вводного и базисного наркоза, а в 17 – только в качестве базисного. Понятно, что использование кетамина в качестве вводного наркоза, т.е. введение его до извлечения плода из полости матки, могло сыграть роль в неблагоприятном исходе для плода. Тем более, что во всех случаях дети извлечены живыми с оценкой по шкале Apgar 5/7 баллов и погибли в раннем неонатальном периоде.

Из 3 случаев тяжелых заболеваний сердца, явившихся показанием для экстренного абдоминального родоразрешения, в двух – также применялся в качестве базисного наркоза кетамин, т.е. после извлечения плода.

Нами установлено, что во всех случаях перинатальных потерь при живом плоде перед началом операции проводилось КС в нижнем маточном сегменте. Что касается вида лапаротомии, то проведенный нами анализ в динамике 10 лет показал, что наиболее распространенной явилась нижнесрединная лапаротомия, реже проводился надлобковый разрез передней брюшной стенки по Пфанненштилю и лишь в одном случае проводилась операция по Джоэль-Кохену.

Среди причин ПС со стороны плода первое место заняли дыхательные нарушения (43,4%), при преимуществе внутриутробной асфиксии плода (23,9%). На втором месте находились гематологические нарушения (15,4%), и прежде всего ВЖК (14,0%); ВУИ – составили 12,1% (третье место по частоте) и родовые травмы – четвертое, составив 6,6% в структуре причин перинатальных потерь.

Обращает на себя внимание высокий удельный вес перинатальных потерь (15,1%) после КС с неуточненным диагнозом и в 3,7% случаев выявлены ВПР плода только после родоразрешения матери.

С целью выявления отрицательно влияющих организационных и медицинских факторов при ведении беременности и родов у 370 женщин, родоразрешенных путем КС при наиболее часто наблюдаемых показаниях к оперативному родоразрешению, проведена сравнительная оценка акушерского анамнеза, соматического статуса, особенностей течения гестационного процесса, качества наблюдения в амбулаторно-поликлинических условиях, состояния матери и плода при поступлении в акушерский стационар и перед оперативным родоразрешением, наличия и характера подготовки к операции, вида анестезиологического пособия, продолжительности и техники операции, наличия затруднений при извлечении головки плода. Из них основную группу составили 191 женщина с перинатальными потерями после КС, в том числе 91 – с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, 71 – с ОПГ-гестозом и 29 – с рубцом на матке. Группой контроля явились 180 женщин (80 – с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, 70 – с ОПГ-гестозом и 30 – с рубцом на матке) без перинатальных потерь (табл. 2).

**Таблица 2**  
**Структура факторов риска по перинатальным потерям после абдоминальных родов.**

Факторы риска ПС	Основная группа			Контрольная группа		
	ПОНРП n=91- 100%	ОПГ- гестоз n=71- 100%	Рубец на матке n=29- 100%	ПОНРП n=80- 100%	ОПГ- гестоз n=70- 100%	Рубец на матке n=30- 100%
1.Отсутствие мед.наблюдения амбул.условиях	45,4 +++	37,8 ++	28,0 +++	13,7	21,4	3,3
2.Неадекватное наблюдение	16,7	24,2	32,0	30,0	18,6	30,0
3. Экстрагенитальная патология	42,5 +++	72,7 +++	68,0 +++	21,3	24,2	26,7
в том числе:	7,6	30,3	12,0	7,5	8,6	11,0
забол.мочевыв.путей		+++				
органов пищеварения	9,1	10,6	8,0	3,8	2,8	16,7
органов дыхания	6,1	7,6	4,0	2,5	1,4	6,7
		+				
4. Сопутствующие осложнения гестационного процесса	53,0 ++	62,3 +++	60,0 +++	38,0	27,2	23,3
5. При поступлении в акуш.стационар						
- тяжелое состояние матери	15,1 +++	42,4 +++	0	1,2	0	0,4
- плод мертвый	27,5 +++	7,0 +++	13,8 +++	0	0	0
- гипоксия плода	72,5 +++	93,0 +++	86,2 +++	26,3	0	3,3
6. Гестационные сроки						
а) 28-35 недель	66,2 +++	83,3 +++	24,0 +++	0	11,4	0
б) 36-37 недель	23,0 +++	12,1 +++	32,0 +++	7,5	85,7	6,7
в) 38-42 недели	10,8 +++	4,6	44,0 +++	92,5	2,5	93,3
7. КС экстренное	97,0	16,7	28,0	96,3	15,7	33,3
- плановое	-	72,7	16,0	-	65,7	26,7
- запланированное на начало родов	3,0	10,6	56,0	3,7	18,6	40,0
8. Операционный доступ						
- нижне-срединная лапаротомия	87,9 +++	83,3 +++	80,0 +++	40,0	44,3	26,7
- по Пфанненштилю	10,6 +++	16,7 +++	20,0	52,5	54,3	63,3
- по Джоэль-Кохену	1,5	-	-	7,5	1,4	-
9. Трудности при извлечении плода	9,1 +++	13,6 +++	24,0 +++	0	0	0

P < 0,001 +++

P < 0,01 ++

P < 0,05 +

При этом выявлены достоверно значимые более высокие показатели у женщин основной группы по следующим параметрам:

- отсутствие медицинского наблюдения во время беременности при одинаково высоком показателе неадекватного наблюдения женщин обеих групп, взятых на диспансерный учет в условиях ГСВ;
- наличие своевременно не выявленной и неоткорректированной экстрагенитальной патологии и осложнений гестационного процесса;
- запоздалая госпитализация женщин;
- вынужденное досрочное родоразрешение женщин без профилактики дистресс-синдрома у плода, затруднения при извлечении головки плода;
- неадекватная анестезия в случаях гипертензивных нарушений у матери;
- отсутствие единого протокола реанимации и интенсивной терапии новорожденных детей.

Таким образом, в условиях реорганизации родовспоможения в Кыргызской республике резервами для снижения перинатальных потерь после КС являются: повышение качества работы амбулаторно-поликлинического звена по медицинскому обслуживанию беременных женщин и, прежде всего, охвата всех беременных диспансеризацией, с целью своевременного выявления и коррекции экстрагенитальной патологии и осложнений гестационного процесса; внедрение современных методов комплексной оценки нарушений развития плода, его лечения и определения резервных возможностей, профилактика недонашивания беременности, своевременная госпитализация в случаях осложнений беременности; внедрение в акушерскую практику методов регионарной анестезии (эпи- и перидуральной), наиболее щадящих методов КС (по Джоэль-Кохену) и современных технологий реанимации и интенсивной терапии новорожденных детей.

В условиях акушерских стационаров необходимо внедрить единые протоколы оказания неотложной помощи беременным с ОПГ-гестозами, акушерскими кровотечениями, и анестезиологических пособий.

### Выводы

1. Частота абдоминального родоразрешения за период 1991-2000 гг. возросла на 4,2%, при этом показатель перинатальных потерь в целом снизился на 2,8% за счет родов через естественные родовые пути. При абдоминальных родах перинатальные потери возросли с 39,0% до 51,0%.

2. Общая заболеваемость новорожденных в раннем неонатальном периоде после абдоминальных родов, как и при родах через естественные родовые пути, остается высокой, однако, при абдоминальных родах она ниже в 1,6 раза. Заболеваемость недоношенных новорожденных после КС в 1,5 раза выше по сравнению с родами через естественные родовые пути.

3. В случаях ПС при абдоминальных родах в динамике 1991-2000 гг. преобладали потери в ранних гестационных сроках, составившие 72,4%, при этом общий показатель ПС среди недоношенных плодов и новорожденных возрос на 4,5%, а среди плодов и новорожденных с массой тела 1501,0-2000,0 на 8,3%, при массе тела 2001,0 до 2500,0 – на 17,0%.

4. Наиболее частыми показаниями для КС при ПС явились ПОНРП – 91 случай (33,5%), ОПГ-гестозы – 71 случай (26,1%), рубец на матке – 29 случаев (10,7%) и предлежание плаценты – 19 случаев (7,0%).

5. Основными причинами гибели плодов и новорожденных в перинатальном периоде явились дыхательные расстройства (43,4%), среди которых более частой была асфиксия плода (23,9%). На втором месте по частоте находились геморрагические и гематологические нарушения (15,4%), из них ВЖК составили 14,0%. ВУИ явились причиной гибели плодов и новорожденных в 12,1%, родовые травмы – в 6,6%, ВПР – в 3,7% случаях.

6. Величину показателя перинатальных потерь после абдоминального родоразрешения определяет комплекс факторов, в том числе высокая заболеваемость женщин и осложненное течение гестационного процесса, неадекватное наблюдение беременных в амбулаторных условиях, позднее поступление в акушерский стационар в критическом состоянии как матери, так и плода, экстренное родоразрешение, затруднения при извлечении плода, большая продолжительность операции, неадекватная интенсивная терапия в отделении РИТ.

### *Технология снижения перинатальных потерь при абдоминальном родоразрешении.*

#### **I. На уровне ЦСМ и ГСВ.**

1.1. В условиях реформирования здравоохранения в республике и передачи беременных под наблюдение семейным врачам оптимизировать программы подготовки врачей акушеров-гинекологов, дополнив их сведениями о закономерностях формирования перинатальной патологии (ПП) при абдоминальном родоразрешении.

1.2. С целью повышения качества профилактической работы по предупреждению формирования ПП, своевременной реализации плановой госпитализации для оперативного родоразрешения рекомендуется ряд мер:

а) формировать группы риска ПП, в которые следует включать:

- женщин с отягощенным перинатальными потерями акушерским анамнезом, абдоминальными и преждевременными родами, самопроизвольными выкидышами, рождением детей с ВПР, ЗВУР, предшествующим бесплодием;

- женщин с наличием экстрагенитальной патологии, в частности страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями

почек и мочевыделительной системы, эндокринной патологией и с заболеваниями органов пищеварения;

- беременных с осложненным течением гестационного процесса отеками, протеинурией и другими гипертензивными нарушениями, угрозой невынашивания, патологией плаценты, ЗВУР и гипоксией плода, УГИ-носителем, мало – и многоводием.

б) С целью своевременного предупреждения и лечения УГИ и периконцепционной профилактики нарушений развития плода рекомендуется:

- проводить реабилитацию супружеских пар с перинатальными потерями с предварительным углубленным клинико-лабораторным обследованием и медико-генетическим консультированием;

- за 3-4 месяца до зачатия всестороннее гинекологическое обследование, деконтаминация выявленных инфекций и прием комплекса витаминов с микроэлементами.

в) Для своевременного выявления признаков нарушения развития плода при наступлении зачатия необходимы:

- трехкратный УЗИ-скрининг и двухкратное лабораторное обследование на УГИ (токсоплазмоз, краснуху, герпес, ЦМВ, хламидии, мико- и уреоплазмы).

- оценка микроцефоза влагалища в 12 недель, в 18-20, 28-30 и 37-38 недель.

- КТГ и доплерометрия маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока в 32-34 недели беременности.

- Индивидуальное наблюдение за беременными для подготовки их при наличии показаний на плановое оперативное родоразрешение.

#### **II. На уровне акушерского стационара**

2.1. Все беременные группы риска по перинатальным потерям, особенно при угрозе или необходимости досрочного родоразрешения нуждаются в профилактике СДР плода, которая проводится путем перорального введения дексаметазона по 8 мг в сутки в течение трех дней, или мукозольвана, внутривенно капельно по 50,0 мл, разведенного в 500,0 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида в течение 3-х дней.

2.2. Отказ от использования в качестве вводного наркоза кетамина, легко проникающего через плацентарный барьер к плоду и угнетающего его жизненно важные функции; повышающего на 20-30% АД, ввиду чего противопоказанного и в качестве базисного наркоза при тяжелом течении гипертензивных нарушений, тяжелой сердечно-сосудистой патологии, судорожных состояниях, высоком давлении церебральной жидкости, угрозе разрыва матки и др.



2.3. Совершенствование техники выполнения операции кесарева сечения, внедрение современных и бережных методов его выполнения по Джоэль-Кохену и лапаротомии по Пфанненштилю с последующим вскрытием матки поперечным разрезом в нижнем сегменте.

2.4. Совершенствование хирургического мастерства с целью снижения продолжительности операции, времени от её начала до извлечения плода.

2.5. Совершенствование и внедрение современных методов реанимации и интенсивной терапии новорожденных, особенно недоношенных, разработка и внедрение единых протоколов по оказанию лечебных мероприятий при оказании неотложной помощи и интенсивной терапии новорожденным.

#### *Список опубликованных работ по теме диссертации*

1. Технология снижения перинатальной патологии в Кыргызской республике. // Центрально-Азиатский Медицинский журнал. - том VIII. - №1. - 2002. - с.56 – 58. (соавт. А.К. Шаршенов).
2. О влиянии внутриутробных инфекций на плод и новорожденного. // Репродуктивное здоровье и латентные инфекции. - 2001. - с.155 – 162. (соавт. А.К. Шаршенов, З.З. Громова).
3. Анализ ранней неонатальной смертности при родоразрешении путем операции кесарева сечения. // Центрально – Азиатский Медицинский журнал. - том VIII. – 2002. - приложение 2. - с.251 – 253.
4. Анте – и интранатальная смертность плодов при родоразрешении путем операции кесарева сечения. // Центрально – Азиатский Медицинский журнал. - том VIII. – 2002. - приложение 2. - с.253 – 255.
5. Перинатальная смертность при абдоминальном родоразрешении. // Известия Вузов. - 2002. - с.70 – 72. (соавт. А.К. Шаршенов).
6. Кесарево сечение в перинатальной медицине. // Хирургия в период экономических реформ. – 2001. - с. 118 – 121.
7. Проблемы перинатального акушерства в Кыргызской республике. // Центрально – Азиатский Медицинский журнал. - том VIII. - №2. – 2002. – с. 130 –134. (соавт. А.К. Шаршенов, Л.Д. Рыбалкина, Т.Б. Юсупова).
8. Отеки, протеинурия и гипертензивные состояния во время беременности, в родах и в послеродовом периоде: пути снижения материнской и перинатальной смертности. // Центрально – Азиатский Медицинский журнал. -том VIII. - №2. – 2002. - с. 170 –174. (соавт. А.К. Шаршенов, Л.Д. Рыбалкина).
9. Влияние неблагоприятных экологических условий на репродуктивную функцию женщин. // Центрально – Азиатский Медицинский журнал. - том VIII. - №2. – 2002. - с. 201 –204. (соавт. А.К. Шаршенов).
10. Перинатальные потери при абдоминальном родоразрешении и родах через естественные родовые пути. // Лекарства и здоровье населения. - 2002. - с. 307 – 311.
11. Анализ показаний к кесареву сечению при перинатальных потерях. // Центрально – Азиатский Медицинский журнал. - том 2. – 2003. - с. 45 – 47.
12. Влияние климато–экологических факторов на перинатальные потери. // IV Всероссийский форум «Мать и дитя», Москва. – 2002.- часть I. - с.139 – 140. (соавт. А.К. Шаршенов).
13. Перинатальные аспекты при абдоминальном родоразрешении женщин. // Акушерство, гинекология и перинатология, Алматы. – 2003. - №4. - с. 27-32.
14. Перинатальные исходы при родоразрешении путем операции кесарева сечения. // Азиатский вестник акушеров-гинекологов, Бишкек. – 2003. – том 11. – с. 29-32.
15. Кесарево сечение в современном акушерстве. // Методич. Пособие МЗКР. – 2003. – с.45.

## Резюме

диссертации Жакыповой А.К. на тему “Технология снижения перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных в раннем неонатальном периоде после абдоминального родоразрешения женщин”, представленную на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности акушерство и гинекология – 14.00.01

**Ключевые слова:** кесарево сечение, перинатальная смертность, заболеваемость новорожденных, факторы риска.

**Цель исследования:** Провести комплексную оценку причин ПС и заболеваемости новорожденных в раннем неонатальном периоде после абдоминального родоразрешения женщин для разработки научных основ технологии их снижения.

**Объект исследования:** перинатальные потери после абдоминального родоразрешения, заболеваемость новорожденных в раннем неонатальном периоде.

**Методы исследования:** общеклинические, статистические.

**Область применения:** акушерство, гинекология, перинатология.

В диссертации на опыте одного из ведущих клинических родовспомогательных учреждений представлен анализ перинатальных потерь и заболеваемости новорожденных при абдоминальном родоразрешении женщин в сравнении с родами через естественные родовые пути. В результате выявлены структура показаний для КС в случаях ПС и контингент теряемых детей в зависимости от фаз перинатального периода, показаний для абдоминальных родов и гестационного возраста. Изучена заболеваемость новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения.

Вскрыты тактические ошибки на этапах амбулаторного наблюдения женщин, их госпитализации, в процессе подготовки к оперативному вмешательству и его выполнения, оказания анестезиологического пособия матери и помощи новорожденным детям.

Определены факторы, способствующие ПС после абдоминального родоразрешения женщин на всех этапах наблюдения женщин, позволившие разработать и научно обосновать технологию снижения перинатальных потерь.

## Resume

dissertation of Jakypova A.K. on theme: “Technology of lowering perinatal mortality and disease of newborn in early neonatal period after abdominal women's delivery”, it is present for research candidates degree medical science in speciality obstetrics and gynecology - 14.00.01.

**Key words:** cesarean section, perinatal mortality, disease of newborn, risk factors.

**Aim of research:** carry out of complex mark of cause perinatal mortality and disease newborn in early neonatal period after abdominal women's delivery for working out scientific technology base and their decreasing object of investigation: perinatal lost after abdominal delivery, illness of newborn in early neonatal period.

**Methods of investigation:** general clinic, static.

**The field of use:** obstetrics, gynecology, perinatology.

In dissertation on experiment of one of the leading clinical obstetrical institution is represented analyses of perinatal lost and illness of newborns at women's abdominal delivery in comparison with delivery in natural delivery.

Structure of experiments for cesarean section in case of perinatal mortality and contingent of loosing of children according of to phase perinatal period, demonstration for abdominal delivery and gestation age were revealed.

Tactical mistakes were revealed on the step of ambulant observation of women, their hospitalization, in process preparing to surgical interruption and its carrying out, rendez anestesiological aid of mother and helping newborn.

Factors were determined assistanting of perinatal mortality after women's abdominal delivery on the step observation of women, allowed to carry out and scientifically base technology of decreasing perinatal lost.

## Аннотация

Жакыпова А. К.

«Аялдарды ичти ачып төрөтүүдөн кийинки перинаталдык өлүмдөрдүн жана ымыркайлардын эрте неонаталдык мезгилиндеги ооруга чалдыгууларын азайтуунун технологиясы» медицина илимдеринин кандидаттыгына илимий наам издеген, кесиби боюнча 14.00.01 – акушерство жана гинекология диссертациясына.

**Өзөктүү сөздөр:** кесар кесүүсү, төрөттөн кийинки өлүм, ымыркайлардын ооруга чалдыгуулары, чакыруучу факторлору.

**Издөөнүн максаты:** Аялдарды ичти ачып төрөтүүдөн кийинки мезгилинде илимий негиздердин технологиясын иштеп чыгуу үчүн перинаталдык өлүмдүн жана ымыркайлардын ооруга чалдыгууларынын себептерине комплекстик баа берүү аркылуу жүргүзүү.

**Изилдөөнүн ченелдери:** ичти ачып төрөтүүдөн кийинки перинаталдык мөөнөттөгү жоготуулар, эрте неонаталдык мезгилде ымыркайлардын ооруга чалдыгуулары.

**Изилдөө ыкмалары:** жалпы клиникалык, статистикалык.

**Колдонуу тармактары:** акушерликте, гинекологияда, перинатологияда.

Диссертацияда алдыңкыларды бири болгон клиникалык төрөткө жардам берүүчү мекеменин иш тажрыйбасынын негизинде аялдарды ичти ачып төрөтүүдөн кийинки ымыркайларды жоготуулардын жана ооруга чалдыгууларынын текшерүүнүн жыйынтыгын, табигый төрөт жолу менен көз жаргандарга салыштыруу аркылуу сунуш кылынган.

Жыйынтыгында кесар кесүүсүндө төрөткө чейин чарчап калган ымыркайларды жана перинаталдык мезгилдин мөөнөттөрүнө жараша ажал табуучу балдарда түзүлүшү, кош бойлуулук айларында ичти ачып төрөтүүнүн көрсөтмөлөрү такталган. Кесар кесүүсү менен алынган ымыркайлардагы ооруга чалдыгуулар изилденген.

Бейтапкананын шартында аялдарга көз салуулардын кезектериндеги, дарыланууга жаткыруулардагы, операциялык кийлигишүүгө даярдоо чектериндеги, аларды аткаруудагы, энеге анестезиологиялык ыклев колдонуулардагы жана ымыркайларга жардам көрсөтүүлөрдөгү тактикалык каталыктар ачылган. Аялдарды ичти ачып төрөтүүдөн кийинки багып кароонун баардык мөөнөттөрүндөгү перинаталдык өлүмгө көмөктөшүүчү факторлор аныкталган, ал иш чаралар төрөттөн кийинки жоготуулардын төмөндөтүүнүн технологиясын илимий негиздөөлөрүн иштеп чыгууга көмөк берген.