

УДК 618.33

Анчева И.А.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Ancheva I.

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Практический взгляд на проблему дистресса плода: ретроспективное исследование

The practical approach to the problem of fetal distress:
a retrospective study

Резюме

В статье обобщены данные ретроспективного анализа истории родов 652 пациенток. Согласно полученным данным, с 2012 по 2014 гг. дистресс плода, подтвержденный объективными методами исследования, занимает одно из первых мест в показаниях для оперативного родоразрешения женщин. Этот показатель составил 32,7% случаев (2012) и 42,4% случаев (2014). Применение вакуум-экстракции плода в родах составляла 0,2% (2012) и 3,1% (2014), акушерских щипцов применялись в 0,3% (2012) и 0,1% (2014). Обсуждается роль динамического контроля за состоянием плода и беременной в обеспечении своевременного выявления нарушений состояния плода и факторов, способствующих развитию дистресса плода. Показано, что применение современных диагностических технологий, антенатальная охрана плода, а также успехи, достижения и квалификация врачей в акушерстве и неонатологии могут изменить частоту и структуру перинатальной заболеваемости и смертности.

Ключевые слова: беременность, дистресс плода, роды, кесарево сечение, вакуум-экстракция плода.

Abstract

The article summarizes a retrospective analysis of the childbirth history for 652 patients. According to the study, from 2012 to 2014 "fetal distress" was confirmed by objective methods of examination, it is one of the first places in the indications for operative delivery of women. This figure amounted to 32.7% of the cases (2012) and 42.4% of cases (in 2014). The use of vacuum extraction of the fetus during labor was 0.2% (2012) and 3.1% (2014); forceps were used in 0.3% (2012) and 0.1% (2014). The role of dynamic control of the state of the fetus and the pregnant woman to ensure timely detection of disorders of the fetus and the factors contributing to the development of fetal distress was discussed. It is shown that the use of modern diagnostic technology, antenatal protection of the fetus, as well as the achievements and qualifications of doctors in obstetrics and neonatology can change the frequency and structure of perinatal morbidity and mortality.

Keywords: pregnancy, fetal distress, delivery, caesarean section, vacuum extraction of the fetus.

■ ВВЕДЕНИЕ

За последние десятилетия изменились подходы в ведении беременных и родов. Принятые ранее подходы к медикаментозной коррекции проявлений плацентарной дисфункции рассматриваются как недостаточно доказательные, с сомнительным уровнем безопасности и клинической эффективности. Достоянием истории становится рутинное назначение протеиновых дериватов (актовегина), внутривенных вливаний глюкозы с витаминами группы В, глюконата кальция, антиоксидантов и гравидопротекторов [1]. Показано, что глюкоза вызывает метаболический ацидоз и активирует процессы перекисного окисления липидов; β -адреномиметики вызывают синдром «обкрадывания плода», улучшая экстраплацентарный кровоток и обедняя плацентарное русло, а применение кислорода вызывает спазм сосудов плаценты [3].

С 2006 г. в Украине с целью улучшения оказания акушерской помощи, стандартизирована диагностика, ведение и родоразрешение женщин с возникшим дистрессом плода при беременности и во время родов. Согласно приказу от 27.12.2006 № 900 под термином «дистресс плода» подразумевают все нарушения функционального состояния плода. Понятия «хроническая гипоксия плода», «острая гипоксия», «угроза гипоксии или асфиксии» не применяются [4].

По данным современной литературы [9, 11, 12], существует ряд факторов, способствующих развитию дистресса плода:

- патологические состояния беременной, приводящие к нарушению транспорта кислорода к матке: анемии беременных, преэклампсия, гипотензия, гипертонические расстройства при беременности, атеросклероз, сердечно-сосудистая и легочная патология, воздействие вредных факторов среды и вредных привычек;
- патологические состояния, нарушающие обмен кислорода между маткой и плацентой: окклюзионные поражения спиральных артериол вследствие микротромбозов, периферического вазоспазма (преэклампсия, перенашивание); аномалии родовой деятельности; патологические изменения спиральных артерий как следствие перенесенных до беременности воспалительных заболеваний эндометрия и медицинских аборт;
- плацентарный фактор: нарушение развития и созревания плаценты (изменения толщины и дольчатой структуры плаценты, наличие ишемий, ангиом, кист плаценты);
- патологические состояния плода и пуповины: нарушение пупочного кровообращения (обвитие и узлы пуповины), а также заболевание плода (гемолитическая болезнь плода, пороки развития и т.п.).

В перинатальном периоде необходима своевременная диагностика и правильная коррекция состояния беременной. На сегодняшний день для диагностики дистресса плода при беременности используется расширенный антенатальный мониторинг, включающий УЗИ, кардиотокографию (КТГ), оценку биофизического профиля плода (БПП), а также доплерометрию маточно-плацентарно-плодового кровотока. Во время родов для диагностики дистресса плода используют как аускультацию сердцебиения плода, так и КТГ [4, 8].

На сегодняшний день существует также методика определения величины рН и кислотно-щелочного состава крови из кожи головки плода

во время родов. Данный метод облегчает интерпретацию данных КТГ и способствует оптимизации тактики ведения родов. Метод может применяться при наличии необходимой аппаратуры и квалифицированного персонала, хотя не регламентирован действующим приказом, и имеет свои преимущества и недостатки [2].

Таким образом, с учетом изменившихся подходов в практическом акушерстве к диагностике, ведению и родоразрешению женщин с нарушениями функционального состояния плода, остается актуальным анализ оказания медицинской помощи при дистрессе плода с учетом перинатальных показателей. Оценка состояния новорожденных, отсутствие у них проявлений перинатальной патологии является критерием оказания своевременной и квалифицированной акушерской помощи.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведение ретроспективного анализа историй родов у женщин с диагнозом «дистресс плода» и способа их родоразрешения.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен ретроспективный анализ исходов родов на базе родильного дома № 2 г. Одессы в течение 2012–2014 гг. Проанализированы 652 истории родов пациенток с одноплодной беременностью, с клиническим диагнозом «дистресс плода». Возраст пациенток составлял от 17 до 36 лет. Первородящих было 67,2% и повторнородящих – 32,8% соответственно. Родовспоможение оказывалось с учетом приказов Министерства здравоохранения Украины по оказанию акушерской помощи: Приказ от 03.11.2008 № 624 «Нормальные роды»; Приказ от 27.12.2011 № 977 «Кесарево сечение»; Приказ от 27.12.2006 № 900 «Дистресс плода при беременности и во время родов» [4–6].

Данные были обработаны методами математической статистики с использованием программного обеспечения Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Как видно из таблицы, количество родов и количество случаев абдоминального родоразрешения женщин за анализируемый период остается примерно одинаковым.

Анализ наиболее часто встречаемых осложнений при беременности у женщин с возникшим дистрессом плода показал, что железодефицитная анемия I–II степени тяжести встречалась в 86% случаев в сочетании с угрозой прерывания беременности (12%) и/или угрозой преждевременных родов (13%), презклампсией (4%), варикозной болезнью (0,5%). Курение на протяжении беременности как один из возможных факторов, приводящих к функциональным изменениям в маточно-плодово-плацентарном кровообращении, был выявлен у 3,0% женщин.

Статистические показатели по родильному дому 2012–2014 гг.

Показатель	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Всего родов, принятых в стационаре	2358	2152	2217
Оперативные роды	568 (24,2%)	568 (26,4%)	599 (27,1%)
Дистресс плода	186–32,7%	212–37,3%	254–42,4%

Согласно полученным данным с 2012 по 2014 гг. дистресс плода, подтвержденный объективными методами исследования, занимает одно из первых мест в показаниях для оперативного родоразрешения женщин. Этот показатель составил 32,7% случаев (2012) и 42,4% случаев (2014). В общей структуре всех анализируемых случаев данной патологии дистресс плода в родах составил соответственно 63,9% (2012), 72,1% (2013) и 76,3% (2014).

Во втором периоде родов фетальный дистресс при головном предлежании плода составил 8,4% (2012); 33,3% (2013) и 35,5% (2014). Удельный вес в проведении оперативных вагинальных родов изменяется в пользу проведения вакуум-экстракции плода за головной конец с 0,2% (2012) до 3,1% (2014), а частота применения акушерских щипцов неуклонно снижается – с 0,3% до 0,1% в течение 3 лет ретроспективного контроля. По данным ряда зарубежных авторов, проведение оперативных вагинальных родов с применением вакуум-экстракции плода остается примерно стабильным в пределах от 10 до 13% [7, 10].

Тугое многократное обвитие пуповины вокруг шеи, туловища и мелких частей плода, узлы пуповины, короткая пуповина, возможно, стали одной из причин нарушения функционального состояния плода у данной категории женщин. Частота тугого обвития пуповины в родах по родильному дому составляла 7,6% случаев от общего количества родов в 2012 г. и 8,5% в 2014 г.

Анализ состояния новорожденных показал, что все дети родились в удовлетворительном состоянии, что было подтверждено оценкой по шкале Апгар. Средняя оценка по шкале Апгар на 1-й мин – (6,9±0,1) балла, и на 5-й мин – (7,4±0,1) балла. Удовлетворительное состояние плода при рождении является индикатором эффективности и безопасности методов диагностики и родоразрешения: средняя масса новорожденных составляла 3430±50 г.

Перинатальная смертность по родильному дому составляла 3,77‰ за 2012 г. и 2,67‰ за 2014 г., в том числе ранняя неонатальная смертность составляла 1,26‰ в 2012 г., а в 2014 г. – 1,34‰.

■ ВЫВОДЫ

1. В 2012–2014 гг. частота дистресса плода в качестве показаний для родоразрешения путем операции кесарева сечения выросла с 32,7% (2012) до 42,4% (2014).
2. Применение современных вакуум-экстракторов расширяет возможности оперативного родоразрешения через естественные родовые пути при соблюдении условий, показаний, техники наложения и не оказывает неблагоприятного влияния на течение раннего неонатального периода у новорожденных. Применение данного метода в родах выросло с 0,2% (2012) до 3,1% (2014).
3. На момент родоразрешения необходимо придерживаться рациональной тактики ведения родов под адекватным обезболиванием, контролем состояния плода в родах и с учетом акушерской ситуации.
4. Удовлетворительное состояние новорожденных в раннем неонатальном периоде без признаков развития острого метаболического ацидоза подтверждает правильно выбранную акушерскую тактику в ведении родов.

Во всех случаях возникновения нарушения функционального состояния плода в историях родов имеется документальное подтверждение мониторинга сердцебиения плода (синхронная электронная запись сердечного ритма плода и маточных сокращений).

5. Своевременно проводить коррекцию состояний беременной женщины, которые могут приводить к развитию дистресса плода.
6. По результатам проведенного анализа на этапе женской консультации необходимо проводить динамический контроль за состоянием плода и беременной женщины с целью своевременного выявления нарушений состояния плода и факторов, способствующих развитию дистресса плода. Выявление нарушений сердечного ритма при аускультации или наличие патологического биофизического профиля плода говорит о необходимости своевременной госпитализации пациентки для выработки тактики ведения беременной, метода и срока ее родоразрешения.
7. Применение современных диагностических технологий, антенатальная охрана плода, а также успехи, достижения и квалификация врачей в акушерстве и неонатологии могут изменить частоту и структуру перинатальной заболеваемости и смертности.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Ziganshin L., Khaziakhmetova V., Abakumov T., Alexandrov E. (2010) Sravnenie ogranichitel'nyh spiskov lekarstvennyh sredstv, dejstvuyushih na territorii Respubliki Tatarstan, s model'nym spiskom VOZ [Comparison of the restrictive list of drugs acting on the territory of the Republic of Tatarstan, with the model list of WHO]. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, no 6, pp. 12–19.
2. Nadishauskene R. (2012) *Izbrannye voprosy perinatologii* [Selected problems of perinatology]. Moscow: HSE. (in Russian).
3. Potapov V. (2007) Cherez vidminu likuvannya gipoksii ploda – do znizhennya perinatal'nih vtrat [Because unlike fetal hypoxia treatment – to reduce perinatal losses]. *Female doctor*, no 5, p. 12.
4. Nakaz MOZU № 900 (2006) *Pro zatverdzhennya klinichnogo protokolu z akushers'koï dopomogi Distres ploda pri vagitnosti ta pid chas pologiv* [Decree of the Ministry of Health № 900 of 27.12.2006 On approval of the clinical protocol for obstetric care fetal distress during pregnancy and during delivery] (electronic resource). Available at: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20061227_900.html (access: 27 December 2006).
5. Nakaz MOZU № 624 (2008) *Pro vnesennya zmin do nakazu MOZ Ukraïni vid 15 grudnya 2003 roku № 582 Pro zatverdzhennya klinichnih protokoliv z akushers'koï ta ginekologichnoï dopomogi, nakazu MOZ vid 31.12.2004 roku № 676 Pro zatverdzhennya klinichnih protokoliv z akushers'koï ta ginekologichnoï dopomogi* [Decree of the Ministry of Health № 624 of 03.11.2008 On amendments to the order of Ministry of Health of Ukraine of December 15, 2003 № 582 On approval of clinical protocols for obstetric and gynecological care, MoH Order of 31.12.2004 № 676" On approval of clinical protocols for obstetric and gynecological care] (electronic resource). Available at: <http://kdm-ldd.org.ua/medics/?tab=2&subtab=1&submenu=9&entitity=33> (access: 03 November 2008).
6. Nakaz MOZU № 977 (2011) *Klinichnij protokol z akushers'koï dopomogi Kesariv roztin* [Decree of the Ministry of Health № 977 of 27.12.2011 Clinical protocol for obstetric care Caesarean section] (electronic resource). Available at: https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111227_977.html (access: 27 December 2012).
7. Fruscalzo A., Londero A., Calcagno A. (2015) *Gynecol Obstet Invest* (unpublished).
8. Thuring A., Källén K., Brännström K. (2015) *Ultraschall Medicine* (unpublished).
9. Gambling L., Lang C., McArdle H. (2011) Fetal regulation of iron transport during pregnancy. *Am J Clin Nutr*, vol. 94, no 6, pp.1903S–1907S.
10. Talukdar S., Purandare N., Coulter-Smith S. (2013) Is it Time to Rejuvenate the Forceps? *J Obstet Gynaecol India*, vol. 63, no 4, pp. 218–220.
11. Karthikeyan V., Lip Y. (2011) Endothelial damage/dysfunction and hypertension in pregnancy. *Front Biosci (Elite Ed)*, vol. 3, pp. 1100–1108.
12. Ben-Haroush A., Melamed N., Kaplan B. (2007) Predictors of failed operative vaginal delivery: a single center experience. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 197, no 3, pp. 308–309.

Поступила / Received: 30.10.2015

Контакты / Contacts: irina.an-va@rambler.ru