

Stolyarenko L.D. Eysenck on the definition of temperament. *Fundamentals of psychology* / L.D. Stolyarenko. – Rostov-on-don: Phoenix, 1997. – 736 p.

11. Сумин А.Н. Поведенческий тип личности «Д» (дистрессорный) при сердечно-сосудистых заболеваниях / А.Н. Сумин // Кардиология. – 2010. – № 10. – С. 66 – 73.

Sumin A.N. Behavioral personality type «D» (distressing) in cardiovascular diseases / A.N. Sumin // *Cardiology*. – 2010. – № 10. – P. 66 – 73.

12. Усенко Г.А. Особенности липидного обмена и осложнений артериальной гипертензии в зависимости от психосоматического статуса пациента и варианта лечения / Г.А. Усенко, Д.В. Васендин, А.Г. Усенко // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. – 2016. – Т. 102. – № 6. – С. 742 – 751.

Usenko G.A. Peculiarities of lipid metabolism and complications of arterial hypertension depending on the psychosomatic status of the patient and the treatment / G.A. Usenko, D.V. Vasendin, A.G. Usenko // *Russian Journal of Physiology (formerly I.M. Sechenov Physiological Journal)*. – 2016. – Vol. 102. – № 6. – P. 742 – 751.

13. Усенко Г.А. Особенности утилизации кислорода организмом больных артериальной гипертензией в дни магнитных бурь в зависимости от психосоматического статуса и варианта лечения / Г.А. Усенко, А.Г. Усенко, Д.В. Васендин // Там же. – 2015. – № 1. – Т. 101. – С. 123 – 133.

Usenko G.A. Features of oxygen utilization by the body of patients with hypertension in the days of magnetic storms depending on psychosomatic

status and treatment / G.A. Usenko, A.G. Usenko, D.V. Vasendin // *Jbid.* – 2015. – Vol. 101. – № 1. – P. 123 – 133.

14. Ханин Ю.Л. Исследование тревоги в спорте / Ю.Л. Ханин // Вопросы психологии. – 1978. – № 6. – С. 94 – 106.

Hanin Yu.L. Study of anxiety in sport / Yu.L. Hanin // *Questions of psychology*. – 1978. – № 6. – P. 94 – 106.

15. Шишкова В.Н. Взаимосвязь развития сердечно-сосудистых заболеваний и метаболических нарушений, обусловленных дефицитом магния / В.Н. Шишкова // Кардиология. – 2012. – № 3. – С. 86 – 90.

Shishkova V.N. The relationship of cardiovascular disease and metabolic disorders caused by deficiency of magnesium / V.N. Shishkova // *Cardiology*. – 2012. – № 3. – P. 86 – 90.

В.Е. Радзинский, С.И. Арабаджян, И.М. Ордянец,  
О.К. Молчанова

## ИНТРАНАТАЛЬНЫЙ РИСК И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ АБДОМИ- НАЛЬНЫХ РОДОВ РОЖЕНИЦ С ПОЛНЫМ РАСКРЫТИЕМ МАТОЧНОГО ЗЕВА

УДК 618.5-089.888.61

Определено пороговое значение интранатального прироста, необходимое для изменения тактики ведения родов. Критическое значение интранатального прироста при абдоминальном родоразрешении рожениц с полным раскрытием маточного зева составляет 82%. При этом 41,7% новорожденных от матерей с интранатальным приростом 82% и более нуждаются в интенсивной терапии и реанимационных мероприятиях.

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

We determined the threshold level of intranatal augmentation requiring changing labor management. The critical level of intranatal augmentation after abdominal delivery in full cervical dilatation is 82%. 41.7% of newborns with intranatal augmentation 82% and more need intensive care and resuscitation.

**Keywords:** pregnancy, perinatal risk factors, abdominal delivery.

К концу XX в. в акушерской практике произошло окончательное формирование стратегии перинатального риска, направленной на сохранение жизни и здоровья плода и новорожденного. Она была создана на основе изучения факторов, влияющих на уровень перинатальной заболеваемости и смертности, и планирования мероприятий по улучшению исходов беременности и родов [1, 4].

Как показывают многочисленные исследования, в основе многих родов, имевших неблагоприятные исходы как для матери, так и для плода, лежит недооценка или вообще игнорирование интранатальных факторов риска (па-

тологический прелиминарный период, меконияльные воды, аномалии родовой деятельности и т.п.) [3, 5].

Однако новые введенные в шкалу факторы и факторы интранатального прироста привели к увеличению суммы баллов риска. Динамическое нарастание суммы во время беременности и родов требовало определения каких-либо пороговых значений для принятия клинических решений в изменении тактики ведения беременности и родов. Убедившись в недостаточной эффективности современных электронных методов оценки состояния плода, EAGO (2010) рекомендовали внедрение стратегии перинатального риска для улучшения перинатальных показателей. Недоучет степени риска, а главное – его интранатального компонента [2], может стать одной из причин нарушенного состояния плода и новорожденного.

**Цель исследования:** установить основные нарушения здоровья плодов и новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения при полном раскрытии маточного зева.

**Материалы и методы исследования.** Объектом статистического исследования на различных его этапах явились 72 женщины, родившие ребенка путем операции кесарева сечения при полном раскрытии маточного зева.

Принципом формирования исследуемой группы явилась набранная сумма баллов пренатальных факторов риска. Для оценки факторов риска в родах была использована таблица балльной оценки интранатальных факторов риска, разработанная на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов [2].

Интранатальный прирост – это отношение суммы интранатальных факторов риска в баллах к имеющимся антенатальным факторам (в баллах), выраженное в процентах.

Пример: на момент родов женщина со средней степенью перинатального риска имеет 18 баллов, сумма баллов интранатальных факторов составила 14:

$$14 \times 100$$

$$\text{ИП} = \frac{14 \times 100}{18} = 77,8\%.$$

РУДН: РАДЗИНСКИЙ Виктор Евсеевич – д.м.н., проф., зав. кафедрой, radzinsky@mail.ru, ОРДЯНЕЦ Ирина Михайловна – д.м.н., проф., ordiyantc@mail.ru, МОЛЧАНОВА Ольга Константиновна – студентка 5 курса, olgamolchanova1994@yandex.ru; АРАБАДЖЯН Сергей Игоревич – зав. отд. Клинического госпиталя «Лапино» ООО «ХАВЕН», arabadzhyan@mail.ru.

Интранатальный прирост составляет 77,8%. Для определения силы влияния интранатальных факторов риска на исход родов был проведен корреляционный анализ [корреляция рангов Спирмена (R)].

В структуре перинатальной заболеваемости учитывались: врожденные пороки развития, гипоксические поражения ЦНС, перинатальное поражение ЦНС, аспирационный синдром, кефалогематома, внутриутробные инфекции и т.д. Оценивались мероприятия, проводимые в раннем неонатальном периоде, продолжительность пребывания в стационаре, перевод на второй этап выхаживания.

Для оценки исходов родов для новорожденных нами был введен индекс неонатальных осложнений (ИНО). ИНО – это интегральный показатель осложнений у новорожденных и проводимых вмешательств, потребовавшихся в раннем неонатальном периоде, выраженный в баллах. Был проведен подсчет ИНО для каждого новорожденного, в результате чего получился диапазон значений от 0 до 25. Чем больше значение ИНО, тем больше осложнений и/или вмешательств было у новорожденного. Для анализа влияния интранатальных факторов на течение раннего неонатального периода все новорожденные были разделены на группы в зависимости от ИНО.

В первую группу включены новорожденные, у которых не было осложнений. Она была самая многочисленная: 18 (60,0%) детей из группы беременных низкого и 24 (57,1%) – среднего перинатального риска. Ко второй группе отнесены новорожденные, у которых сумма баллов была меньше, чем среднее значение ИНО в общей группе новорожденных ( $8,8 \pm 2,4$ ), т.е. от 1 до 9 баллов, их было 10 (33,3%) и 12 (28,6%) соответственно. В третью группу вошли новорожденные с ИНО, превышающим среднее значение в группе – от 10 и более баллов, их было 2 (6,7%) и 6 (14,3%) соответственно.

**Результаты и обсуждение.** Как показало исследование, структура распределения женщин по степеням риска в процессе родов, по сравнению с антенатальным этапом, изменилась коренным образом. В процессе родов за счёт возникших осложнений интранатальный прирост способствовал

переходу 28 (38,9%) женщин из группы низкого риска в группу со средним риском и 4 (5,6%) – в группу высокого риска, более неблагоприятную в плане прогнозирования их исхода, как для матери, так и для плода.

В ходе исследования выявлено, что основными интранатальными факторами, воздействующими в процессе родов и усугубляющими состояние матери, плода и новорожденного, были плацентарная недостаточность, дискоординация родовой деятельности, несвоевременное излитие околоплодных вод, острая гипоксия плода.

В структуре интранатальных факторов риска, изменивших группу риска рожениц, на первом месте – несвоевременное излитие околоплодных вод (8 (11,4%) в группе низкого и 32 (45,7%) – среднего перинатального риска), на втором – аномалии родовой деятельности (4 (5,7) и 20 (28,6) соответственно), на третьем месте – много- и маловодие (6 (8,6) и 22 (15,7%) соответственно).

Неблагоприятные исходы родов в группе женщин с изначально низким и средним перинатальным риском связаны с тем, что в силу возникших осложнений в родах все пациентки из группы низкого перинатального риска и каждая третья роженица из группы среднего перинатального риска получили статус высокого перинатального риска, что повлекло за собой изменение тактики ведения родов.

Основным критерием реализации интранатальных факторов риска были исходы родов для новорожденных, основанием этому явилась сильная корреляционная связь между интранатальными факторами и заболеваемостью новорожденных ( $R=0,71$ , при  $p=0,000...$ ). Факторами (осложнения в родах), оказывающими наиболее статистически значимое влияние на частоту осложнений у новорожденных в раннем неонатальном периоде, были: острая гипоксия плода ( $R=0,6$ , при  $p=0,000...$ ); обвитие пуповины ( $R=0,5$ , при  $p=0,000...$ ); мекониальные околоплодные воды ( $R=0,4$ , при  $p=0,000...$ ); аномалии родовой деятельности ( $R=0,3$ , при  $p=0,0004$ ), причем более сильная корреляционная связь с дискоординацией родовой деятельности, чем со слабостью родовой деятельности.

После интранатального пересчета суммы баллов перинатального риска было выявлено, что среднее значение суммы интранатальных факторов риска в первой группе (здоровые новорожденные) составило 1,0, во второй – 8,8, в третьей (наиболее тяжелые дети) – 18,3.

**Выводы.** Таким образом, параметром, определяющим исход родов, является степень интранатального прироста. Наиболее неблагоприятные исходы родов получены у рожениц с высоким интранатальным приростом, соответствующим 82% и более к изначальной – антенатальной – оценке, поэтому для них тактика ведения должна быть своевременно пересмотрена.

## Литература

1. Баклушина Е.К. Влияние перинатальных факторов риска на развитие плода и здоровье новорожденных / Е.К. Баклушина, И.Е. Бобошко, А.В. Балакирева // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2014. – Т.19, №1. – С.19.
2. Баклушина Е.К. Influence of perinatal risk factors for the development of the fetus and newborn health / Е.К. Baklushina, I.E. Boboshko, A.V. Balakirev // Bulletin of the Ivanovo Medical Academy. – 2014. – Т. 19, № 1. – P.19.
3. Костин И.Н. Резервы снижения репродуктивных потерь в РФ: дис. ... д-ра мед. наук / И.Н. Костин. – М., 2012. – С. 42.
4. Костин И.Н. Reserves reduce reproductive losses in the Russian Federation: dis. ... M.D. / I.N.Kostin. – М., 2012. – P.42.
5. Радзинский В.Е. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца / В.Е. Радзинский, С.А. Князев, И.Н. Костин. – М., 2016. – 300 с.
6. Радзинский В.Е. Obstetric risk. Lots of information – a minimum of danger to the mother and baby/ В.Е. Radzinskiy, C.A. Knyazev, I.N. Kostin. – М.: Eksmo, 2016. – 300 p.
7. Радзинский В.Е. Интранатальные факторы и неонатальные исходы / В.Е. Радзинский, И.Н. Костин, Н.Ю. Лаврова // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т.XVII, №4. – С.130-131.
8. Радзинский В.Е. Intrapartum factors and neonatal outcomes/ Radzinskiy V.E., Kostin I.N., Lavrov N.Y. // Journal Bulletin of the new medical technologies. – 2010. – Vol. XVII, №4. – P.130-131.
9. Факторы риска формирования перинатальной патологии новорожденных, требующей восстановительной терапии на II этапе выхаживания / И.И. Лавренко // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №6.
10. Risk factors for the formation of perinatal pathology of newborns requiring rehabilitation therapy on stage II nursing / I.I. Lavrenjuk // Electronic Journal of Modern problems of science and education. – 2013. – №6.