

ПЕДІАТРІЯ АБУШЕРСТВО І ГНІВЕБОЛОГІЯ

(Окремий відбиток)

1

1999

УДК 618.5-089.888-071 (083.3)

ЗНАЧУЩІСТЬ БАГАТОФАКТОРНОГО КЛІНІКО-МАТЕМАТИЧНОГО АНАЛІЗУ В ОБГРУНТУВАННІ ПОКАЗАНЬ ДО ОПЕРАЦІЇ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ

П. Г. ЖУЧЕНКО, Л. С. БАЙДА, Н. Г. ПЕЧЕВИСТА,
М. Р. ВАЛЬДМАН, В. А. КАПЛУН

Кафедра акушерства і гінекології (зав.— проф. П. Г. Жученко)
лікувального факультету Вінницького медичного інституту. Кафедра
математики (зав.— доц. М. Р. Вальдман) Вінницького політехнічного
інституту

Однією з причин збільшення перинатальної смертності і родового травматизму у новонароджених є переважання екстремних і несвоєчасних операцій кесарського розтину порівняно з плановими. Крім того, у більшості випадків до показань для проведення планової операції включаються кілька факторів ризику, іноді без достатніх підстав або, навпаки, деякі з них не ураховуються. і роди проводяться консервативно, внаслідок чого збільшується перинатальна патологія. Тому розробка показань до операції кесарського розтину у плановому порядку має дуже важливе практичне значення.

Метою нашої праці було в'яснення зв'язності багатофакторного клініко-матема-

тичного аналізу в обґрунтуванні показань до планової або своєчасної операції кесарського розтину в родах.

Обслідувано жінок двох груп. Першу групу складала 170 вагітних, у яких роди закінчено плановою операцією кесарського розтину за відповідними показаннями. Другу — 72 роділілі, у яких роди закінчилися мертвонародженням або ранньою неонатальною смертністю. У цих жінок необхідність операції кесарського розтину в інтересах плода не викликала сумніву. Порівняльний аналіз проводили з використанням клініко-математичних і кібернетичних методів дослідження, що дає можливість в'яснити справжні показання до операції і виявити мертвонароджуваність.

Результати дослідження показали, що материнські показання до операції (рубці на матці, вузький таз, обтяжений анамнез тощо) виявилися вдвоє більшими, ніж плоду (відповідно 5,29—43,0 і 4,12—21,18%). Навіть сума плодових і материнсько-плодових показань була меншою материнських. Це свідчить, про явну недооцінку стану плода, що призводить до збільшення перинатальної патології. Частота показань до операції з боку плода повинна бути більшою від такої з боку матері або хоча б однаковою. При закінченні родів через природні родові шляхи плоду причини загибелі дітей (40—61%) переважали над материнськими (32—55%) і материнсько-плодовими (23—41%).

Таким чином, при плановій операції кесарського розтину лікарі іноді не урахувують багато факторів ризику як з боку матері, так і особливо з боку плода, що становить великий резерв зниження перинатальної патології.

Для виявлення показань (факторів ризику) до планової або своєчасної операції кесарського розтину в родах, ми використовували модифікований варіант багато-

факторного клініко-математичного аналізу — метод головних компонент, розроблений у Вінницькому політехнічному інституті, який дозволяє одержувати математичну модель причинних факторів мертвородження і ранньої дитячої смертності, якій можна запобігти операцією кесарського розтину, проведеною своєчасно в родах або у плановому порядку.

В усіх вагітних другої групи виявлено поодинокі і поєднані фактори ризику, що спричинили мертвородження. Найчастіше серед поодиноких факторів зустрічались порушення плодово-плацентарного кровообігу, ускладнення вагітності, аномалії родової діяльності, оперативні втручання в родах тощо; серед поєднаних — тривалість безводного періоду понад 6 год і порушення плодово-плацентарного кровообігу, ускладнення вагітності і операції в родах (щипці, витягнення плода з тазовий кінець тощо), ускладнення вагітності і аномалії родової діяльності та інші.

Виявлено 6 головних компонент, відповідалних за мертвородження. Наводимо перші три, найбільш важливі компоненти (див. табл.). Перша компонента включає 4 основних фактори, що сприяють гіпоксії плода. Найчастіше вони зустрічаються у первовагітних віком до 25 років. Ця компонента характеризується переважанням факторів ризику слабості родової діяльності і гіпоксії плода. Основним у профілактиці мертворожаності у жінок цієї групи є своєчасна операція кесарського розтину в родах.

Друга компонента характеризується переважанням гіпоксії плода і факторів, які сприяють їй. У таких вагітних заходи запобігання мертворожанню повинні бути спрямовані на профілактику і лікування гіпоксії плода та своєчасну операцію кесарського розтину в родах.

Третя компонента, комбінована, включає материнські і плодові фактори ризику. Вік жінок переважно складає 36—40 років. Роду у вагітних цієї групи здебільшого повинні закінчуватися плановою операцією кесарського розтину.

У решті трьох компонентах зазначені фактори ризику зустрічаються рідше у різних поєднаннях з різними ваговими коефіцієнтами.

Одержані дані слід ураховувати при виробленні показань до планових і своєчасних операцій кесарського розтину в родах, що дозволить знизити материнську і перинатальну патологію.

Одержано 05.10.89

Головні компоненти, які обумовили мертворожаність при закінченні родів через природні родові шляхи за даними клініко-математичного аналізу

Вихідні показники компонент	Коефіцієнт кореляції (за силою зв'язку)
Перша компонента	0,20—0,76
Родова діяльність менше 12 год	
Безводний період понад 12 год	
Аномалії родової діяльності	
Гіпоксія плода	
Вік до 25 років у первовагітних	
Друга компонента	0,14—0,59
Гіпоксія плода	
Переношена вагітність	
Родова діяльність 6—12 год	
Крупний плід	
Безводний період у межах 6 год	
Вік до 40 років і більше	
Третя компонента	0,12—0,57
Обтяжений акушерський анамнез	
Кількість вагітностей понад 4—5	
Вік 36—40 років	
Крупний плід	
Ускладнена вагітність	