

канд. дисс., Харьков, 1954.—6. Гридчик Л. П., Волкова Л. С., Максудова Х. А. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1968, 6.—7. Дульцин А. Я. *Вопросы патогенеза и лечения недонашивания*. Автореф. докт. дисс. Л., 1954.—8. Егорова А. И. *Тр. Пермского мед. ин-та*, 1962.—9. Иванова Л. И. *Тр. Крымского мед. ин-та*, 1961.—10. Изамшаева А. И. *К вопросу о недонашиваемости*. Автореф. канд. дисс., Алма-Ата, 1961.—11. Каплан А. Л., Абрамова М. М., Гудкова М. В., Воронцова Г. М. *Акуш. и гинек.*, 1967, 1.—12. Кошечко К. К. *К этиологии и патогенезу недонашиваемости*. Автореф. канд. дисс., Минск, 1965.—13. Константинов В. И. *Практическое акушерство*. Медицина, М., 1968.—14. Меницкий Ю. Л. *Вестн. АМН СССР*, 1963, 12.—15. **Мирсагатова Р. С. Тез. докл. научн. сессии**, посвящ. 30-летию Харьковского ин-та ОММ, 1954.—16. Мозжухина Л. А. *К вопросу о патогенезе и терапии привычного выкидыша*. Автореф. докт. дисс., Свердловск, 1967.—17. Мушкатин В. С. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1968, 2.—18. Никольская А. А., Конопко А. И. *Там же*, 1967, 1.—19. Пап А. Г., Панченко Н. А., Гутман Л. Б. *Вопросы недонашивания и недоношенности*. Медицина, М., 1966.—20. Расщепкина И. С. *Течение беременности, исход родов и патоморфологические изменения последов при некоторых инфекционных заболеваниях, ведущих к недонашиванию и мертворождаемости*. Автореф. канд. дисс., Астрахань, 1968.—21. Сафина С. Г. *Выявление токсоплазмоза у беременных женщин и влияние лечения его на течение беременности, родов и развитие плода*. Автореф. канд. дисс., Казань, 1966.—22. Стонова Н. С. *Роль хромосомных aberrаций в этиологии спонтанных абортос у человека*. Автореф. канд. дисс., М., 1968.—23. Шауэр И., Кулих В. *Акуш. и гинек.*, 1964, 2.—24. Чен Р. И., Вербицкий М. Ш., Вязов О. Е., Бабицева М. М. *Там же*, 1968, 5.—25. Bognar Z., Czeizel E., Hancsok M. *Mag. Nőorv. Lap.*, 1963, 26, 1, 58—64.—26. Bowen P., Lee C. S. *N. Am. J. Obstet. Gynec.*, 1969, 104, 7, 973—983.—27. Carr D. H. *Ibid.*, 1967, 97, 3, 283—293.—28. Gillet J. Y., Keller B., Muller P. *Gynec. et Obstet.*, 1968, 67, 1, 51—66.—29. Goecke H., Pavenstadt G. *Geburtsh. u. Frauenheil.*, 21, 1125—1129, 1961.—30. Golob E., Fischer P., Holzner H. *Wien. klin. Wschr.*, 1969, 81, 42/43, 744—747.—31. Gromadzki W., Lukasik J., Mlodzinski E., Kamienska K. *Ginek. pol.*, 1969, 40, 8, 877—891.—32. Hawkinson J. A., Chulman N. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1966, 94, 7, 898—902.—33. Montemagno U., Cardone A., Di Stefano M. *Minerva ginec.*, 1969, 21, 16, 1083—1086.—34. Nicora G., Giarola A. *Rev. franc. Gynec.*, 1967, 62, 9, 477—487.—35. Pawlowitzki I. H. *Dtsch. med. Wschr.*, 1966, 91, 23, 1094—1097.—36. Pergament E., Kadotani T. and Sato H. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1968, 100, 7, 912—917.—37. Rippman E. T., Yu Chen-Lo. *Gynaecologia*, 1964, 157, 3, 166—176.—38. Szabó S., Abztalos M., Aszódi L. *Zbl. Gynäk.*, 1969, 91, 38, 1244—1248.—39. Uher J. *Z. Geburtsh. Gynäk.*, 1959, 154, 1, 111—122.—40. Joël C. A. *Gynaecologia*, 1962, 154, 5, 257—271.

УДК 618.4—616—036.8

## ОПЫТ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА РОДОВОГО АКТА

*Н. В. Архангельская, Л. Г. Ляйфер, проф. А. М. Фой*

*Акушерско-гинекологическая клиника (зав.—проф. А. М. Фой) лечебного факультета Саратовского медицинского института*

Многолетний анализ деятельности ряда акушерских стационаров привел нас к выводу о необходимости обязательной тщательной комплексной оценки анамнестических и объективных данных, могущих стать причиной нарушения течения родов, с целью прогнозирования и своевременного проведения различных корригирующих мероприятий в плане эффективного «управления» родовым процессом.

В последние годы опубликован ряд работ, в которых, главным образом в целях объективизации процесса оценки научных данных, используются количественные характеристики тех или иных признаков. В акушерстве эти оценки касаются данных анамнеза, особенностей течения беременности, состояния шейки матки, данных амниоскопии, реактивности матки и некоторых других факторов [2, 4 и др.].

Мы поставили перед собой задачу разработать систему количественной оценки множества акушерских факторов, пригодную в первую очередь для целей практического акушерства. В связи с этим нами предложена «Прогностическая шкала для определения течения и исхода родов», используемая в самом начале родового акта. Упомянутая шкала представляет собой попытку комплексной оценки в начале родов сочетания ряда факторов, так или иначе влияющих на особенности течения и исход родового акта. Схематизированное в виде четких формулировок определение этих признаков, данное в школе, и оценка каждого из признаков в баллах в конечном итоге

дают определенную сумму баллов, которая и служит основанием для предположения о нормальном или патологическом течении предстоящих родов. Предложенная нами шкала приводится ниже.

### Прогностическая шкала для определения течения и исхода родов<sup>1</sup>

1. Анамнестические данные:
  - а) без особенностей . . . . . 2 балла
  - б) нечеткие проявления общего и полового инфантилизма, общие инфекционные заболевания в недавнем прошлом . . . . . 1 балл
  - в) общий и половой инфантилизм, дисфункциональные нарушения, бесплодие (первичное и вторичное), абортс различной этиологии (в том числе искусственные и осложненные), воспалительные процессы внутренних гениталий, угрожающее недонашивание при предыдущих и данной беременностях, аномалии родовой деятельности (затяжное течение) и кровотечения при предыдущих родах, длительный прелиминарный период при данных родах . . . . . 0 баллов
2. Размеры таза:
  - а) нормальные . . . . . 2 балла
  - б) анатомическое сужение таза I степени при отрицательном признаке Вастена . . . . . 1 балл
  - в) анатомически или функционально узкий таз при признаке Вастена вровень . . . . . 0 баллов
3. Вставление головки (для первородящих):
  - а) во входе в таз . . . . . 2 балла
  - б) прижата ко входу в таз . . . . . 1 балл
  - в) подвижна над входом . . . . . 0 баллов
4. Степень подготовленности к родам шейки матки:
  - а) размягчена, очень податлива . . . . . 2 балла
  - б) недостаточно размягчена, малоподатлива к попыткам перемещения пальцем . . . . . 1 балл
  - в) ригидность, напряженное состояние тканей наружного зева, несмотря на истончение краев; отечность шейки матки при резко болезненных схватках . . . . . 0 баллов
5. Степень сглаживания шейки матки:
  - а) сглажена (у первородящих) . . . . . 2 балла
  - б) укорочена . . . . . 1 балл
  - в) сохранена . . . . . 0 баллов
6. Раскрытие шеечного канала или наружного зева:
  - а) на 1—1,5 пальца . . . . . 2 балла
  - б) менее 1 пальца . . . . . 1 балл
  - в) раскрытия нет . . . . . 0 баллов
7. Состояние плодного пузыря:
  - а) функционально полноценный . . . . . 2 балла
  - б) преждевременное и раннее отхождение вод . . . . . 1 балл
  - в) плоский пузырь . . . . . 0 баллов
8. Характер схваток:
  - а) координированные маточные сокращения . . . . . 2 балла
  - б) схватки без тенденции к нарастанию интенсивности . . . . . 1 балл
  - в) аномалии родовой деятельности (дискоординация, гипертонус, слабость по гипотоническому типу) . . . . . 0 баллов

Примечание: при одной из нижеприведенных особенностей сумма баллов должна быть уменьшена на 2 балла: 1) тазовое предлежание, 2) многоплодие, 3) многоводие, 4) крупный плод, 5) выраженное эмоциональное напряжение, чувство страха перед родами, 6) неблагоприятные возрастные данные (старые первородящие).

Для предварительного определения прогностической ценности нашей шкалы мы изучили и статистически обработали 109 историй родов: 53 истории родов с патологическим течением (аномалии плодоизгоняющих сил, затяжные роды, необходимость родоразрешения с помощью акушерских щипцов, кровотечения и др.) и 56 историй физиологических родов.

Исходя из наличия в шкале 8 признаков, каждый из которых может быть оценен в пределах от 0 до 2 баллов, нетрудно подсчитать, что сумма баллов в любом случае не выходит за пределы 0—16 баллов, причем максимальная сумма баллов (16) соответствует такому состоянию всех 8 основных факторов, которые дают возможность рассчитывать на физиологическое течение и завершение родового акта. Иными словами, чем выше сумма баллов, тем более благоприятен прогноз предстоящих родов.

<sup>1</sup> Используется в самом начале первого периода родов.

Статистическая обработка полученных результатов показала, что средняя сумма баллов для физиологических родов равняется  $13,5 \pm 0,6$  балла, для патологических —  $9,4 \pm 0,7$  балла. Разница статистически достоверна. Полученные суммы баллов, характерные для физиологических и патологических родов, позволили нам с помощью простого расчета ( $\frac{13,5+9,4}{2} = 11,45$ ) найти тот приблизительный уровень суммы баллов (от 0 до 12), при котором возникает повод предполагать осложненное течение данных родов. Этот подход может явиться основанием для проведения лечебно-профилактических мер после выявления особо неблагоприятных в прогностическом отношении факторов.

После предварительной проверки мы приступили к использованию «Прогностической шкалы» в практике родовспоможения в нашей клинике, а также в некоторых других городских родильных домах (гг. Пенза и Кузнецк). Полученные данные подвергнуты статистической обработке.

Нами было проанализировано 534 родов, из которых 459 (85,9%) протекали физиологически и 75 (14,1%) — патологически. Для физиологических родов средняя сумма баллов оказалась равной  $14,3 \pm 0,09$ , для патологических —  $9,9 \pm 0,4$ , что практически не отличается от предварительных результатов проверки шкалы.

Представляет определенный интерес частота распределения различных сумм баллов. Эти сведения приводятся в таблице.

Частота распределения сумм баллов

	Сумма баллов														Итого	
	0-2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		16
Число родов	—	—	1	1	3	4	10	5	16	26	48	38	117	142	123	534
% к числу родов	—	—	0,19	0,19	0,55	0,74	1,9	0,93	3,0	5,0	9,0	7,1	22,0	26,5	23,0	100,0

В 78,6% родов сумма баллов была в пределах 13—16 баллов. Однако углубленный анализ показывает, что не всегда высокая сумма баллов (13—16) предопределяет безосложненное течение родового акта, а низкая — осложненное. Действительно, из 420 родов, прогноз которых был оценен благоприятно (сумма баллов 13 и выше), закончились без осложнений лишь 403 (95,9%), а 17 родов (4,1%) сопровождались различными осложнениями. Из 114 родов, прогноз которых был неблагоприятен (сумма баллов до 12 включительно), сопровождались осложнениями лишь 58 (50,9%), а 56 (49,1%) закончились без осложнений. Иными словами, достоверность прогноза при высокой сумме баллов (13—16) равна 95,9%, а при низкой (0—12) — только 50,9%.

Почти стопроцентное совпадение прогноза и исхода родов при высокой сумме баллов комментариев не требует. Несовпадение же прогноза и исхода родов при низкой сумме баллов, на наш взгляд, явление закономерное. Предложенная нами прогностическая шкала, как всякая схема, безусловно не отражает всех особенностей конкретной акушерской ситуации. С другой стороны, обнаружение низкой суммы баллов мобилизует внимание врача, заставляет его, выявив неблагоприятные исходные данные, с помощью различных корригирующих мероприятий добиваться нормализации родового процесса, что в конечном итоге приводит к благоприятному исходу родов в значительной части наблюдений. Как известно, к числу этих индивидуально назначаемых лечебно-профилактических мер можно отнести целый ряд эффективных рекомендаций: 1) рациональное положение женщины в родах в целях более быстрого вступления в малый таз предлежащей головки [1, 3 и др.], 2) использование средств спазмолитического действия для пресечения дискоординированных маточных сокращений, ликвидации «нерзлости» к родам шейки матки, 3) назначение средств окситоцического действия, 4) применение атарактиков при выраженном эмоциональном напряжении женщины, 5) профилактическое создание гормонального фона и мн. др.

Нельзя не отметить и положительного влияния использования шкалы на качество заполнения основного медицинского документа — истории родов. Исключение произвольных формулировок основных акушерских данных и изучение общепринятых прогностических данных, использованных в шкале, в немалой степени способствуют оптимизации учебного процесса в клинике и облегчают идентифицированную научную разработку истории родов.

Все эти обстоятельства позволяют рекомендовать внедрение разработанной нами прогностической шкалы в практику родовспомогательных учреждений любого уровня — от родильных отделений сельских больниц до клинических стационаров.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гентер Г. Г. Учебник акушерства. ОГИЗ, 1937.— 2. Гоголов П. З. Казанский мед. ж., 1970, 1.— 3. Николаев А. П. Практическое акушерство. Госмедиздат УССР, 1958.— 4. Федорова М. В. Акуш. и гинек., 1969, 7.