

УДК 618.396

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА И АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ В 1997 И 2012 ГОДАХ

М. М. Киселева*,

А. И. Малышкина, доктор медицинских наук,

И. К. Богатова, доктор медицинских наук,

О. К. Барсегян, кандидат медицинских наук

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова»
Минздрава России, 153045, Россия, г. Иваново, ул. Победы, д. 20

Ключевые слова: преждевременные роды, патология беременности, акушерская тактика, недоношенные новорожденные.

* Ответственный за переписку (corresponding author): mmkiseleva88@gmail.com

Цель работы – провести сравнительный анализ течения гестационного периода и акушерской тактики ведения женщин с преждевременными родами в 1997 и 2012 гг. для оптимизации помощи женщинам при беременности и в родах.

Материалом для изучения преждевременных родов в 1997 г. послужили амбулаторные карты девочек-подростков, родившихся преждевременно в родильных домах г. Иваново. Производилась выкопировка данных из справок, выданных в родильных домах, выписок из отделений выхаживания недоношенных детей, данных первичного патронажа врачей-педиатров (88 случаев).

Преждевременные роды в 2012 г. были изучены по медицинской документации, полученной в ФГБУ ИвНИИ Мид им. В. Н. Городкова Минздрава России. Анализировались журналы родов физиологического и обсервационного родовых блоков института, проведена выборка преждевременных родов девочками (262 случая). Производилась выкопировка данных из индивидуальных карт беременных и родильниц, историй родов. Оценивались: патология беременности, акушерская тактика, сроки родоразрешения, состояние детей при рождении. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Патология беременности осложняла течение гестационного процесса как в 1997 г., так и в 2012 г. Нами была проанализирована распространенность наиболее частой акушерской патологии: многоплодной беременности, угрозы прерывания, преэклампсии средней тяжести и тяжелой, отеков беременных, плацентарной недостаточности, синдрома задержки развития плода, изменения количества околоплодных вод (многоводия и маловодия), кольпита и дисбиоза влагалища, острых респираторных вирусных инфекций при беременности, внутриутробного инфицирования, гестационного и хронического пиелонефрита, гестационного диабета, вегетососудистой дистонии, анемии беременных, предлежания плаценты, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Анемия беременных в 1997 г. диагностирована у 20% женщин, в 2012 г. – у 42%, т. е. чаще ($p < 0,001$). Выраженный дефицит железа способствует увеличению риска преждевременных родов, задержке роста плода. Полученные результаты могут быть связаны со снижением качества питания, употреблением меньшего количества железосодержащих продуктов. С другой стороны, нельзя исключить улучшение работы лабораторной службы.

Гестационный и хронический пиелонефрит – фактор риска преждевременных родов – наблюдал-

M. M. Kisselyova, A. I. Malyshkina, I. K. Bogatova, O. K. Barsegyan

THE COURSE OF GESTATION PERIOD AND OBSTETRIC TREATMENT TACTICS IN WOMEN WITH PREMATURE BIRTH IN 1997 AND IN 2012: THE COMPARATIVE ANALYSIS

Key words: premature birth, pregnancy pathology, obstetric tactics, premature newborns.

ся в 2012 г. чаще ($p < 0,01$), чем в 1997 г. (16 и 2% соответственно). При беременности, на фоне физиологического иммунодефицита и гормональных изменений, часто происходит активация хронических инфекций.

В 1997 г. преждевременные роды до 28 недель гестации произошли у одной женщины, в то время как в 2012 г. – у 16 пациенток ($p < 0,01$), что, очевидно, связано с новым порядком регистрации преждевременных родов. Чаще роды были в 2012 г. в 29 ($p < 0,05$), 32 ($p < 0,001$) и 34 ($p < 0,01$) недели гестации. Анализ непосредственных причин прерывания беременности в 28–33 недели показал, что до 40% преждевременных родов обусловлены наличием инфекции, 30% родов – преждевременным излитием околоплодных вод, что также нередко обусловлено восходящей инфекцией. Большинство родов в 1997 г. было в 36 недель беременности, что чаще, чем в 2012 г. ($p < 0,001$).

В родовой блок женщины поступали с преждевременным излитием околоплодных вод (ПИОВ) и имели длительный безводный период чаще в 2012 г. ($p < 0,02$). Особый интерес представляет акушерская тактика ведения преждевременных родов при наличии ПИОВ. По нашим данным, она имеет достоверные различия в 1997 и 2012 гг. В 2012 г. частота родостимуляции окситоцином и оперативного родоразрешения превышала таковую в 1997 г. ($p < 0,001$). В настоящее время рекомендуется придерживаться выжидательной тактики ведения преждевременных родов с ПИОВ на фоне профилактических мероприятий, которые способствуют рождению более зрелого ребенка и снижают неонатальную смертность от респираторного дистресс-синдрома плода до 34 недель гестации.

Дискутабельным является вопрос о методах родоразрешения при преждевременных родах. Большинство преждевременных родов в 2012 г.

завершилось путем кесарева сечения, а в 1997 г. большинство проведено через естественные родовые пути ($p < 0,001$). Полученные данные можно объяснить изменившимся общим подходом к кесареву сечению и расширением показаний к операции со стороны плода, улучшением возможностей выхаживания недоношенных детей. Нельзя забывать и о проблеме акушерской агрессии, которая остается актуальной и в 2014 г.

При родоразрешении через естественные родовые пути фактором, неблагоприятно влияющим на выживаемость недоношенных детей, являлось быстрое течение родов. Роды через естественные родовые пути в 1997 г. чаще были быстрыми (менее 6 часов у первородящих и 4 часов у повторнородящих женщин), чем в 2012 г. ($p < 0,02$).

Недоношенные девочки, родившиеся в 1997 и 2012 гг., достоверно не отличались по средней массе тела и оценкам по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах после рождения.

Таким образом, выявлены различия в структуре акушерской патологии и тактике ведения женщин с преждевременными родами в 1997 и 2012 гг. За пятнадцать лет возросло количество пациенток с анемией и пиелонефритом при беременности. В связи с этим на ранних сроках гестации следует обращать внимание на жалобы и соответствующие лабораторные показатели, проводить своевременную профилактику и лечение этой патологии.

Отмечена выраженная тенденция к увеличению числа женщин, поступивших с преждевременным излитием околоплодных вод, количества родов в сроках до 34 недель беременности, наиболее частой причиной которых являлись инфекции урогенитального тракта, что указывает на необходимость прегравидарной подготовки, своевременного выявления и лечения инфекционного процесса.