

На правах рукописи

Хапова Татьяна Вячеславовна

**ПУТИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЖЕНЩИН
ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

14.01.01 – акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

18 МАЙ 2016

Москва – 2016



008649674

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки Российской Федерации.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПК МР МИ РУДН

Соловьева
Алина Викторовна

Официальные оппоненты:

Директор ФГБУ "Уральский НИИ ОММ" Министерства здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, профессор

Башмакова
Надежда Васильевна

Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета ГОУВПО УГМУ, доктор медицинских наук, доцент

Обоскалова
Татьяна Анатольевна

Ведущая организация:

ГБУЗ МО "Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии" 101000 ул Покровка, 22а

Защита состоится «21» июня 2016 г. в 11.00 часов по адресу: 117333, г. Москва, ул. Фотиевой, д.6 на заседании диссертационного совета Д.212.203.01 при Российском университете дружбы народов (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6).

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке Российского университета дружбы народов (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6) и на сайте <http://dissovet.rudn.ru/>.

Автореферат размещен на сайте <http://dissovet.rudn.ru/> «__» _____ 2016 г.

Автореферат разослан «06» 05 _____ 2016 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д. 212.203.01,
кандидат медицинских наук

Лебедева Марина Георгиевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Преждевременные роды (ПР) являются важной медико-социальной и демографической проблемой в силу высокой частоты осложнений и перинатальной смертности (Радзинский В.Е., 2011; Пекарев О.Г., 2013). Социальный аспект проблемы ПР связан с большими трудовыми и экономическими затратами, прежде всего обусловленными выхаживанием глубоко недоношенных новорожденных, а также значительной долей этих детей среди инвалидов детства (Козлов В.П., 2012).

ПР – это не просто роды не в срок, это роды у «больной матери больным ребенком» (Серов В.Н., 2010). Низкий уровень здоровья женщин репродуктивного возраста определяет чрезвычайную ценность каждой желанной беременности (Радзинский В.Е., 2011; Костин И.Н., 2012). Одной из приоритетных задач современной медицины является реабилитация женщин после неразвивающейся беременности, привычных выкидышей, ПР и совершенствование профилактических мероприятий, проводимых на прегонцепционном этапе (Чинчаладзе А.С., 2010; Чотчаева Ф.И., 2013). Реализация репродуктивной функции происходит на фоне уже накопленных экстрагенитальных и гинекологических заболеваний. Все это является предрасполагающими факторами репродуктивных потерь в нашей стране – материнской и перинатальной смертности (Радзинский В.Е., 2011; Сахарова Г.М., 2013; Набеева Д.А., 2014). Ухудшение репродуктивного здоровья женщин связано с ранним началом половой жизни, частой сменой половых партнеров, отсутствием применения надежных средств контрацепции, большой частотой аборт (Радзинский В.Е., 2010; Хамошина М.Б. и соавт., 2012; Кузнецова И.В., 2014; Хамошина М.Б., 2014).

Актуальность данного исследования также связана с тем, что всего 4-7% женщин получают реабилитацию после неблагоприятных исходов беременности и/или прегравидарную подготовку (Радзинский В.Е., 2014). Формирование групп риска, лечение больных женщин – залог успешной беременности и рождения

здорового ребенка, являющееся логическим завершением каждой наступившей беременности, как основополагающего фактора современного акушерства (Радзинский В.Е., 2015).

Степень разработанности темы. В литературе последних лет практически отсутствуют публикации, посвященные проблеме реабилитационных мероприятий после ПР по окончании периода лактации. Разработанные методические рекомендации в отношении профилактики ПР, современные методы прогнозирования, позволяющие осуществить раннее выявление факторов риска и выбрать оптимальную тактику ведения женщины до и после беременности, не способствуют снижению частоты ПР. Большинство исследований направлено на изучение различных методов, применяемых непосредственно во время беременности, например, использованию препаратов прогестерона в первой половине беременности (Радзинский В.Е., 2013; Carp H., 2012; Schindler A., 2014), коррекции истмико-цервикальной недостаточности путем наложения швов на шейку матки, применению пессариев (Сидельникова В.М, 2010; Drassinower D., 2015), антибактериальной терапии при лечении бессимптомной бактериурии и др. (Марьянц А.Ю., 2013; Widmer M., 2015).

До настоящего времени не существует четко обоснованных рекомендаций по комплексному оздоровлению женщин после ПР, недостаточно исследованы основные корреляционные связи между возникновением ПР и состоянием соматического и репродуктивного здоровья женщин. Большинство авторов считают, что все женщины, родившие преждевременно, нуждаются в тщательном обследовании и реабилитационно-оздоровительных мероприятиях по восстановлению здоровья с целью предотвращения повторных неблагоприятных исходов беременности, что и определило нами выбор темы настоящего исследования.

Цель исследования: улучшить репродуктивное здоровье женщин после преждевременных родов.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности гинекологического здоровья и структуру нарушений репродуктивной функции женщин до и после преждевременных родов;
2. Выявить распространенность и структуру экстрагенитальных заболеваний женщин до и после преждевременных родов;
3. Установить особенности репродуктивного и соматического здоровья женщин со сверхранными (22–27 недель+6 дней) и преждевременными родами на сроке (28–37+6 дней) беременности;
4. Обосновать принципы организации рационального оздоровления женщин после преждевременных родов, выявить основные причины отказа от реабилитационно-оздоровительных мероприятий;
5. Разработать и апробировать алгоритм реабилитационно-оздоровительных мероприятий у женщин после преждевременных родов, оценить его эффективность.

Научная новизна. Разработана научная идея активного комплексного оздоровления женщин после ПР, обогащающая современную концепцию реабилитации и прегравидарной подготовки в акушерской практике. Дополнены существующие представления об особенностях состояния здоровья женщин после ПР. Выявлены факторы риска снижения репродуктивного потенциала женщин после ПР.

Обоснованы принципы организации реабилитационно-оздоровительных мероприятий у женщин после ПР: раннее начало, персонализированный подход, непрерывность, преемственность и этапность оказания медицинской помощи.

Теоретическая и практическая значимость. Расширены существующие положения концепции комплексного оздоровления женщин после ПР. Предложен и апробирован комплекс реабилитационно-оздоровительных мероприятий у женщин после ПР, заинтересованных в продолжении репродуктивной функции, подтверждена его эффективность. Показано, что индивидуально подобранные

реабилитационно-оздоровительные мероприятия, начатые с момента окончания лактации, позволяют сохранить репродуктивный потенциал и завершить последующую беременность своевременными родами у 73,1% женщин.

Методология и методы исследования. Настоящая работа выполнена в период 2012 - 2015 гг. на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского факультета Медицинского института Российского университета дружбы народов (зав. кафедрой – засл. деятель науки РФ, проф. Радзинский В.Е.) – городском родильном доме №25 г. Москва (с 01.03.2014 г.– акушерский филиал №1 ГБУЗ ГКБ №1 им. Н. И. Пирогова (гл. врач – Свет А.В.) и филиале №2 ГБУЗ ГКБ № 24 (зав. филиалом №2 – к.м.н. Оленев А.С.).

В соответствии с целью и задачами исследования методом сплошного отбора на первом этапе сформированы три группы пациенток. Объектом исследования явились 87 беременных, поступавшие в родильные стационары для оказания медицинской помощи. Пациентки были разделены на три группы: I группа – женщины с ПР в сроке гестации от 22 до 27+6 дней недель (n=17); II группа – пациентки, родившие преждевременно, на сроке гестации 28-37+6 дней недель (n=28) и III группа – женщины со своевременными родами, которые составили контрольную группу (n=42). Критериями включения служили ПР от 22 до 37 недель +6 дней гестации в возрасте от 18 до 45 лет, одноплодная беременность, наступившей спонтанно; информированное добровольное согласие пациентки. Критерии исключения: беременность, наступившая в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий; тяжелые экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации; врожденные аномалии развития половых органов; врожденные пороки у плода.

Начальным этапом исследования явилось определение возможных причин ПР у женщин изучаемой когорты. Данные для анализа наиболее значимых факторов риска получали с помощью разработанной статистической карты, состоящей из 86 пунктов по 298 параметрам. В статистическую карту были

внесены паспортные данные, сведения о наличии профессиональных вредностей, перенесенные детские инфекции, особенности соматического статуса, гинекологические заболевания, особенности течения предыдущих и настоящей беременности и родов, состояние плода и новорожденного.

Второй этап работы включал обследование родивших женщин после окончания периода лактации и курс реабилитационно-оздоровительных мероприятий с учетом выявленных факторов риска. Под наблюдением находились 49 женщин с различными гинекологическими и соматическими заболеваниями, решившими продолжить наблюдение и реабилитационные мероприятия. Остальные обследованные женщины выбыли из исследования по различным причинам. Все пациентки были стратифицированы на две группы: I группа – женщины после ПР (n=29); II группа – пациентки после своевременных родов (n=20). Оценку эффективности лечения осуществляли спустя 2 года после курса реабилитационно-оздоровительных мероприятий. На осмотр были вызваны 29 женщин после ПР.

При поступлении в родильный стационар всем пациенткам выполняли рутинные исследования согласно медико-экономическим стандартам, с последующим анализом полученных результатов (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, гемостазиограмма, определение групповой принадлежности и резус-фактора). Обследование также включало микроскопическое, бактериологическое исследования влагалищного отделяемого, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, исследование гормонального профиля.

При микроскопическом исследовании окрашенных метиленовым синим или по Граму мазков учитывали лейкоцитарную реакцию, общее количество микроорганизмов и их морфологию, наличие «ключевых» клеток во влагалищном отделяемом. Для верификации БВ использовали критерии Амсея (Amsel R. et al., 1983 г.) и Ньюджента (Nugent R.P. et al., 1991 г.).

Бактериологическое исследование включало в себя нанесение содержимого

цервикального канала и заднего свода на половину чашки Петри с 5% кровавым агаром, затем производили посев тампоном в 1% сахарный бульон. Посевы инкубировали при температуре 37°C, просматривая ежедневно. Отрицательным считали результат исследования при отсутствии роста на всех питательных средах в течение 72 часов.

Эхографическую фето-, плацентометрию и доплерометрическое исследование кровотока в системе мать-плацента-плод проводили на ультразвуковых аппаратах Voluson E8 и Medisone Accuvex V20. По формуле M.J. Shephard, R.A.Filly автоматически вычисляли предполагаемую массу плода. Индекс амниотической жидкости измеряли по методикам P.F. Chamberlain. Степень тяжести нарушений маточно – плацентарно - плодового кровотока оценивали по классификации M.B. Медведева (1998).

При цервикометрии, измерение длины шейки матки осуществлялось по линии, проведенной через центр цервикального канала (анэхогенное или гипозохогенное пространство) от влагалищной части децидуальной пластинки (ультразвуковой внутренней зев) к основанию ультразвукового наружного зева.

УЗИ органов малого таза пациенткам, проходившим реабилитацию, осуществляли на 5-7 день менструального цикла с помощью серии продольных и поперечных сечений.

Исследование гормонального профиля включало в себя определение концентрации тиреотропного, фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, пролактина и тестостерона.

Положения, выносимые на защиту:

1. Оздоровление женщин после преждевременных родов на основе персонифицированного подхода является неиспользованным резервом сохранения их репродуктивного здоровья и профилактики преждевременных родов в будущем.
2. Факторами риска снижения репродуктивного потенциала женщин после преждевременных родов в сроках беременности 22–27 недель + 6 дней

следует считать воспалительные заболевания органов малого таза (70,6%), искусственные аборты (58,8%), многоплодность (23,6%) и преждевременные роды в анамнезе (23,6%); в сроках 28–37 недель + 6 дней гестации – нарушения МЦ (21,4%).

3. Разработанный алгоритм персонализированных реабилитационно-оздоровительных мероприятий с момента окончания лактации способствует восстановлению здоровья женщин после преждевременных родов, снижению при последующей беременности ($p < 0,05$) частоты угрожающего выкидыша на 28,6%, вагинитов/вагинозов – на 33,3%, а также позволяет ($p < 0,05$) завершить беременность срочными родами у 73,1% женщин и уменьшить риск рождения маловесного плода (средняя масса плода при рождении 3445 ± 492 г).

Степень достоверности, апробация результатов и личный вклад автора. Каждому параметру карты выкопировки, описывающему атрибутивный признак статистической единицы, отводили одну переменную в созданной базе данных, позиции по которым шифровали традиционным способом (0, 1, 2, 3... и т.д.). При нормальном распределении для количественных данных вычисляли среднее арифметическое (M), среднеквадратичное отклонение (σ), средняя ошибка средней арифметической (m); для количественных данных, при распределениях, отличных от нормальных, – медиана (Me), нижний и верхний квартили (LQ , UQ). Для определения достоверности данных использовали критерий Стьюдента – при количественных нормально распределенных данных, метод Mann–Whitney (U -тест) – для непараметрических данных. За критерий достоверности была принята величина $p < 0,05$.

Данная работа проведена в рамках основного направления кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского факультета Медицинского института Российского университета дружбы народов «Репродуктивное здоровье населения Московского мегаполиса и пути его улучшения в современных экологических и социально-экономических условиях» (№ гос. регистрации 01.9.70 007346, шифр темы 317712).

Автором лично осуществлены клиническое и инструментальное обследование пациенток, организация реабилитационных мероприятий, вошедших в исследование. Участие автора в сборе первичного материала и его обработке более 90%, обобщении, анализе и внедрении в практику результатов работы – 100%. Все научные выводы и положения, представленные в диссертации, автором получены лично. По результатам исследования опубликовано 7 печатных работ, из них 5 – в рецензируемых изданиях, рекомендуемых ВАК РФ.

Основные положения работы доложены и обсуждены на: Конгрессе с международным участием «Инфекции и инфекционный контроль» (Москва, 2013); III Общероссийском семинаре «Репродуктивный потенциал России: здоровье женщины – здоровье нации. Казанские чтения» (Казань, 2013); Общероссийском научно–практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (Сочи, 2014); Общероссийском научно–практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: Уральские чтения» (Екатеринбург, 2015); Научно–практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: Донские сезоны», (Ростов–на–Дону, 2015). Апробация диссертации состоялась на заседании кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского факультета Медицинского института РУДН 28 мая 2015 года.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования было установлено, что возраст обследуемых женщин варьировал от 18 до 41 года, при этом средний возраст женщин с ПР составил $29,2 \pm 0,8$ года, в группе со своевременными родами – $27,0 \pm 1,5$ лет ($p > 0,05$). Анализ профессиональной принадлежности выявил, что большая часть пациенток, родивших преждевременно, являлись служащими, каждая третья - была домохозяйкой. Доля домохозяек в группах с ПР статистически достоверно была в 2,3 раза больше, чем со своевременными родами ($p < 0,05$).

У всех женщин после ПР были обнаружены соматические заболевания. Частота экстрагенитальных заболеваний у них была выше в 1,3 раза, чем у женщин со своевременными родами.

Наиболее часто выявляли болезни почек и мочевыделительной системы, органов пищеварения, ОРВИ и хронический тонзиллит. Женщины, родившие преждевременно, значительно чаще болели аутоиммунными заболеваниями, так аутоиммунный тиреодит встречали у 11,1% пациенток. При анализе распространенности артериальной гипертензии у женщин с ПР было выявлено, что она наблюдалась только в группах с ПР, в сравнении в группе со своевременными родами, в которой данное заболевание отсутствовало ($p < 0,05$).

При исследовании особенностей менструальной функции было выявлено, что нерегулярный менструальный цикл отмечали в семь раз чаще у женщин II группы (21,4%), в сравнении с III группой (2,9%). Раннее менархе выявлено у 15,6% женщин с ПР, позднее менархе – у 13,3% обследованных. Раннее начало половой жизни (до 18 лет) наблюдалось в три раза чаще у женщин с ПР, особенно в I группе (52,9%), в сравнении с контрольной группой (14,3%).

При изучении структуры гинекологических заболеваний лидирующие позиции занимали нарушения биотопа влагалища: вагиниты (24,4% – у женщин с ПР, 2,9% – у женщин со своевременными родами) и бактериальный вагиноз (11,1%), наблюдали только у женщин с ПР (Таблица 1).

Таблица 1 – Структура гинекологических заболеваний у обследованных женщин

Гинекологические заболевания	Группы (недель беременности)					
	I (22-27/6)		II (28-37/6)		III(38-40)	
	Абс	%	Абс.	%	Абс.	%
Воспалительные болезни женских тазовых органов (N70–N77)	12	70,6×	11	39,3	11	25,7*
Кандидозный вульвовагинит	5	29,4■	6	21,4**	1	2,9*

(N77.1)						
Невоспалительная болезнь матки (N89.9)	1	5,8	4	14,3**	-	-*
Миома матки (D25)	4	23,6■	1	3,6	1	2,9
Синдром предменструального напряжения (N94.3)	3	17,6*	3	10,8	1	2,9
Дисфункция яичников (E28)	2	11,8■	6	21,4**	-	-*
Всего (n=87)	17	100	28	100	42	100

*достоверность различий выявлена при сопоставлении женщины с преждевременными и своевременными родами ($p<0.05$); **достоверность различий выявлена при сопоставлении II группы с III группой ($p<0.05$); *достоверность различий выявлена при сопоставлении I группы с III группой ($p<0.05$); ×достоверность различий выявлена при сопоставлении женщины I и II группы ($p<0.05$).

Отмечена высокая частота хронических воспалительных заболеваний органов малого таза в анамнезе – 41,3% от общего числа всех обследованных женщин, из них у 55,6% женщин с ПР и у 25,7% пациенток, родивших в срок, что и неудивительно, учитывая высокую частоту выскабливаний при медицинских и самопроизвольных абортах в отсутствие реабилитационных мероприятий.

Миому матки в 8 раз чаще обнаруживали в I группе пациенток (23,6%), в сравнении с контрольной группой (2,9%, $p<0,05$). Дисфункция яичников была отмечена только у женщин с ПР (17,8%). Синдром предменструального напряжения наблюдали как у женщин с ПР, так и у женщин, родивших в срок ($p<0,05$).

При анализе репродуктивной функции женщин было установлено, что каждая вторая пациентка в I группе и каждая третья – во II группе имели в анамнезе артифициальный аборт (Таблица 2).

Таблица 2 – Репродуктивная функция обследованных женщин

Репродуктивные показатели пациенток	Группы (недель беременности)					
	I (22-27/6)		II (28-37/6)		III (38-40)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Первобеременные	5	29,4	12	42,9	17	40,5
Первородящие	5	29,4	7	25	8	19
2 и более беременностей	9	52,9	10	35,7	14	33,3
Срочные роды	7	41,2	9	32,1	17	40,5
Самопроизвольный выкидыш	5	29,4*	8	28,6	6	14,3
Артифициальные аборт	10	58,8	8	28,6	6	14,3
Преждевременные роды	4	23,6	-	-	-	-
Всего (n=87)	17	100	28	100	42	100

* достоверность различий выявлена при сопоставлении I и II групп ($p<0,05$); **достоверность различий выявлена при сопоставлении I и III групп ($p<0,05$).

Соотношение родов и медицинских абортов в анамнезе у женщин I группы было равно 1:1,4. Практически у каждой второй женщины с ПР первая беременность заканчивалась либо самопроизвольным прерыванием беременности, либо артифициальным аборт.

Артифициальные аборты в анамнезе имели место у 58,8% обследованных женщин в I группе. У 40% женщин с ПР настоящей беременности предшествовали артифициальные аборты: один аборт – у 22,2% пациенток, два и более абортов – у 17,8% пациенток. ПР в анамнезе наблюдали у 8,9% пациенток, предшествующие данной беременности, и только у пациенток I группы.

Наибольшее количество осложнений беременности во все триместры беременности наблюдали у пациенток с ПР. У женщин, родивших преждевременно, в первом триместре беременности в 2,6 раза чаще встречали такое осложнение как угрожающий выкидыш, в сравнении с группой контроля ($p<0,05$). Железодефицитную анемию легкой степени не наблюдали в I и

контрольной группе, в отличие от II группы, где данное заболевание было выявлено у 10,8% женщин.

Течение второго триместра беременности осложнялось чаще всего угрожающим поздним выкидышем у 62,2% женщин с ПР и у 5,7% женщин в контрольной группе ($p < 0,05$).

Задержка роста плода была выявлена только у женщин, родивших преждевременно (17,8%). Анемия беременных легкой степени лабораторно подтверждена у каждой пятой пациентки с ПР и не требовала госпитализации в стационар, корректировалась железосодержащими препаратами амбулаторно.

В третьем триместре беременности были отмечены такие осложнения как плацентарная недостаточность и задержка роста плода у 35,7% женщин, родивших преждевременно. Анемия беременных легкой степени наблюдалась во II группе в 6,2 раза чаще, чем в группе контроля.

При УЗИ у женщин с ПР нормальное количество вод имело место у 48,9% пациенток с ПР и у 85,7% в группе со своевременными родами ($p < 0,05$). Маловодие обнаружено у 40,0% пациенток, родивших преждевременно, у 14,3% - в группе контроля. Многоводие во время УЗИ выявлено у 11,9% пациенток, родивших преждевременно, в III группе данные пациентки отсутствовали.

Операция кесарево сечение была произведена только у женщин на сроке 28-37+6 дней недель беременности. Основными показаниями к оперативному родоразрешению были длительный безводный промежуток, выраженный СЗРП, прогрессирование тяжести гестоза, острая гипоксия плода и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Анализ перинатальной смертности показал, что чем меньше был срок родоразрешения, тем выше был уровень ранней неонатальной смертности. В сроки беременности от 22 до 27+6 дней недель мертвыми родилось 50% новорожденных от общего числа мертворожденных. Все они имели массу тела менее 1000 г. В раннем неонатальном периоде из общего числа, родившихся

преждевременно, на сроке 22-27+6 дней недель беременности умерло 6,6% плодов.

При анализе перинатальной заболеваемости установлено, что у недоношенных детей встречались два-три заболевания. Синдром дыхательных расстройств проявился у 48,9% детей, рожденных преждевременно. Ишемически-гипоксическое поражение ЦНС проявилось у 51,1% детей. ВЖК различной степени были обнаружены при ультразвукографии у 35,6% новорожденных. От конъюгационной желтухи страдали 66,7% новорожденных. Диагноз внутриутробной инфекции был выставлен у 53,3% детей.

На второй этап выхаживания были переведены 62,2% детей, рожденных преждевременно. Пятеро новорожденных (11,1%) были выписаны домой. У женщин со своевременными родами все новорожденные были выписаны домой.

Анализируя течение послеродового периода у женщин с ПР, мы установили, что субинволюция матки статистически достоверно встречается чаще у женщин как в первой (52,9%), так и во второй группах (32,1%) в сравнении с группой контроля (4,7%).

На втором (реабилитационном) этапе обследованы две группы: 29 женщин после ПР и 20 пациенток после своевременных родов после завершения периода лактации (после ПР – $8,4 \pm 1,8$ мес, после своевременных родов – $12,7 \pm 4,3$ мес) (Таблица 3).

Таблица 3 – Реабилитационные мероприятия у обследованных женщин

Реабилитационные мероприятия	Группы (недель беременности)			
	I (22-37/6)		II (38-40)	
	Абс.	%	Абс.	%
Лечение вагинитов/вагинозов: интравагинально антибактериальная терапия	15	51,7	1	5
Препараты прогестерона	4	13,8	2	10
Комбинированные оральные	21	72,4	7	35

контрацептивы				
Миомэктомия	1	6,7	-	-
ВМК с левоноргестрелом	5	17,2	1	5
Диета	5	17,2	1	5
Коррекция инсулинорезистентности	2	6,9	-	-
Всего (n=49)	29	100	20	100

Нарушения менструального цикла были более чем у половины женщин после ПР – у 51,7%, после своевременных родов – у 15% пациенток.

Было отмечено преобладание условно-патогенных энтеробактерий (кишечной палочки) у женщин после ПР – у 20,7%, после своевременных родов у 10% пациенток. У 58,6% женщин после ПР и в 70% после своевременных родов в бактериологических анализах отделяемого из цервикального канала патологической микрофлоры не выявлено. В большинстве случаев инфекция у пациенток после ПР имела смешанный характер.

Реабилитационные мероприятия у женщин после ПР привели к нормализации вагинального биотопа и увеличению частоты влагилищных мазков в два раза с первой степенью чистоты по сравнению с первоначальным исследованием. В пять раз сократилось число женщин после ПР с третьей степенью чистоты влагилищного мазка.

Согласно полученным ультразвуковым данным на 5-7 день менструального цикла, расширение полости матки максимально до 0,7 см наблюдали у 5 (33,3%) пациенток в I группе, у 7 (50%) во II группе. Неоднородность структуры эндометрия была обнаружена у 6 (40%) женщин в I группе и у 8 (57,1%) – во II группе. Чаще всего имело место сочетание несколько ультразвуковых признаков: неровность внутренней поверхности эндометрия, выявление в базальном слое четких гиперэхогенных образований, максимальным размером до 0,1 см, наличие пузырьков газа, с акустическим эффектом «хвоста кометы», которые позволили нам предположить наличие хронического эндометрита у данных пациенток. При

ультразвуковом исследовании у 5,9% пациенток после ПР были обнаружены множественные миоматозные узлы; у 20% – мелкие интерстициальные узлы размером до 2,0 см.

После обследования с учетом выявленных нарушений репродуктивного и соматического здоровья у женщин после преждевременных и своевременных родов нами были осуществлены реабилитационно-оздоровительные мероприятия, согласно разработанному алгоритму (Рисунок 1).



Рисунок 1 – Алгоритм ведения пациенток после преждевременных родов

Для оценки эффективности проведенного комплекса реабилитационно-оздоровительных мероприятий мы обзвонили и осмотрели 29 женщин спустя два-

три года после ПР. Из 29 женщин, родивших преждевременно, 10,3% отказались от дальнейшего взаимодействия, ссылаясь на нежелание продолжать исследование. Основной причиной отказа послужило наличие детей с различными группами инвалидности. Поэтому пока в рождении детей они заинтересованы не были, и в данный момент используют эффективные средства контрацепции: ВМС или КОК.

Брак сохранился у большинства пациенток, но, в тоже время, практически каждая третья женщина развелась или больше не живет с прежним супругом.

Рекомендации врача-эндокринолога соблюдали 7,7% женщин, страдающих ожирением (Таблица 4).

Таблица 4 – Структура экстрагенитальной заболеваемости у обследованных женщин

Экстрагенитальные заболевания	До реабилитации		Спустя 2-3 года после реабилитации	
	Абс.	%	Абс.	%
Артериальная гипертензия	2	7,7	1	3,8
Заболевания почек и мочевыводящих путей	6	23,1	5	19,2
Заболевания желудочно-кишечного тракта	7	26,9	5	19,2
Болезни органов дыхания	2	7,7	-	-
Анемия	1	3,8	1	3,8
Миопия	8	30,8	8	30,8
Всего (n=26)	26	100	26	100

*достоверных различий найдено не было ($p>0,05$)

Средние показатели ИМТ снизились на 22,1%, а максимальный вес пациенток уменьшился примерно на 20%. За несколько лет некоторым пациенткам (19,2%) удалось в среднем сбросить от 5% до 30% лишнего веса.

Значительно снизилось число пациенток, страдающих экстрагенитальными заболеваниями: на 28,6% – число пациенток с болезнями органов пищеварения, на 16,7% – с заболеваниями почек и мочевыводящих путей. У 3 женщин (37,5%) была лазерная коррекция зрения по поводу миопии высокой степени.

Отдаленные результаты реабилитационно-оздоровительных мероприятий после ПР показали, что жалоб по поводу гинекологических заболеваний пациентки не предъявляли (Таблица 5).

Таблица 5 – Характеристика репродуктивной системы обследованных женщин

Характеристика репродуктивной системы		До реабилитации		Спустя 2-3 года после реабилитации	
		Абс.	%	Абс.	%
Длительность менструации (дни)		5,2±1,3		4,1±0,2	
Продолжительность МЦ (дни)		29,5±6,1		27,3±0,3	
Интенсивность	Скудные	-	-	4	15,4
	Умеренные	21	80,8	21	80,8
	Обильные	5	19,2	1	3,8
Воспалительные болезни женских тазовых органов (N70-N77)		18*	69,2	7	26,9
Бактериальный вагиноз (N89.9)		1	3,8	-	-
Миома матки (D25)		4	15,4	4	15,4
Дисфункция яичников (E28)		8*	30,7	-	-
Всего (n=26)		26	100	26	100

*достоверность различий выявлена при сопоставлении женщин до и после реабилитации ($p<0,05$).

Менструальный цикл у обследованных женщин восстановился, стал регулярным, кровянистые выделения стали умеренными, безболезненными, продолжительностью 4,1±0,2 дня через 27,3±0,3 дня. На 80% уменьшилось число

женщин, предъявляющих жалобы на обильные кровянистые выделения, у 15,4% пациенток количество менструальных выделений стало скудным.

Одной из женщин с выявленным во время ультразвукового исследования миоматозным узлом диаметром более 4,5 см была произведена миомэктомия с последующим назначением монофазных КОК с диеногестом до момента планирования беременности. Послеоперационный период протекал без осложнений и после операции у пациентки спонтанно наступила беременность, закончившаяся неразвивающейся беременностью на сроке 8-9 недель гестации. По данным ультразвукового исследования, причиной неразвивающейся беременности стала анэмбриония. Остальные женщины с миомой матки продолжают ежегодно наблюдаться у врача-гинеколога с УЗ-контролем роста узлов.

Несмотря на разные сроки родоразрешения и длительность пребывания на втором этапе выхаживания, многие дети смогли восстановить здоровье (Рисунок 2).

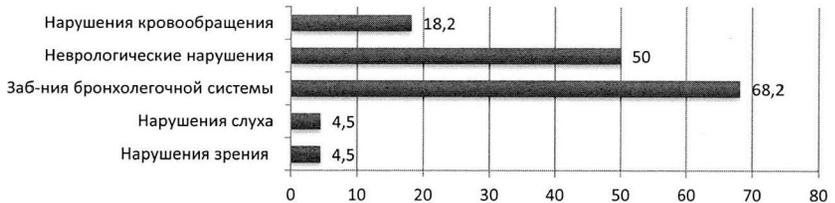


Рисунок 2 – Структура заболеваемости новорожденных, %

В настоящее время, несмотря на недоношенность, 100% соответствуют графикам физического роста и умственного развития и здоровья. Практически у всех детей к 2-летнему возрасту были сняты все диагнозы.

Из 26 женщин самопроизвольное наступление беременности отмечалось у 88,5% (Рисунок 3).

Из них 3,8% беременностей закончились самопроизвольным прерыванием, 7,7% ПР на сроке гестации 22 - 27+6 дней и в 73,1% случаев своевременными родами. У 3,8% женщин после преждевременных родов на сроке гестации 28 недель беременности последующая беременность закончилась правосторонней внематочной беременностью с оперативным вмешательством в объеме правосторонней тубэктомии. Не собиралась рожать детей 11,5% пациенток, так как считали одного ребенка достаточным для данного жизненного периода.



Рисунок 3 – Течение и исход беременностей после реабилитации у женщин с ПР, %

Половина пациенток, чьи беременности закончились родами, заметили, что количество осложнений беременности было меньше, чем во время предыдущей. (Таблица 6).

Таблица 6 – Осложнения беременности родивших женщин*

Осложнения беременности	Недели беременности			
	22-37/6			
	До реабилитации		Спустя 2-3 года после реабилитации	
	Абс.	%	Абс.	%
Угрожающий выкидыш	7	33,3	5	23,8
Анемия легкой степени	8	38,1	11	52,4
Пиелонефрит, цистит	1	4,8	–	–
ОРЗ	3	14,3	4	19,0
Вагиниты/вагинозы	3	14,3	2	9,5
Всего (n=21)	21	100	21	100

*достоверных различий найдено не было ($p > 0,05$).

Значительно уменьшилось число осложнений беременности: угрожающего выкидыша - в 1,4 раза, вагинитов/вагинозов – в 1,5 раза. Наиболее часто встречалась железодефицитная анемия – у 52,4% женщин

Послеродовой период у 52,6% женщин, из числа родивших, протекал без осложнений и родильницы вместе с детьми были выписаны на 3-4 сутки домой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты настоящего исследования свидетельствуют о том, что реабилитационно-оздоровительные мероприятия после ПР, направленные на коррекцию нарушений с учетом факторов риска преждевременных родов при последующей беременности, необходимы и результативны для обеспечения благоприятного исхода последующей беременности. Комплексная реабилитационная терапия должна быть направлена на восстановление нарушенного МЦ (30,7%), обеспечение надежными средствами контрацепции (51,1%), диспансерное наблюдение женщин по поводу миомы матки, восстановление нормального биотопа влагалища, достижение нормализации массы тела. Реабилитационные мероприятия после преждевременных родов, начатые непосредственно с момента окончания лактации, способствуют уменьшению частоты самопроизвольного аборта в 2,5 раза ($p < 0,05$), других осложнений беременности - угрожающего выкидыша – в 1,4 раза, вагинитов/вагинозов – в 1,5 раза и рождению доношенных детей у 73,1% женщин с преждевременными родами в анамнезе ($p < 0,05$).

Подводя итоги проведенного исследования, можно сделать следующие **выводы:**

1. Женщины с преждевременными родами по сравнению с родившими в срок характеризуются более высокой частотой гинекологических заболеваний (80,8% против 65,0%, $p < 0,05$), в структуре которых лидируют хронические воспалительные болезни женских тазовых органов (69,2%), нарушения

менструального цикла (31,0%), дисфункция яичников (30,7%), миома матки (15,4%). Типичными нарушениями репродуктивной функции являются самопроизвольные аборты (28,9%) и преждевременные роды в анамнезе (8,9%). По окончании лактации у них достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечаются вагиниты/вагинозы (51,7% против 30,0%), нарушения менструального цикла (55,2% против 15,0%).

2. Структура и распространенность экстрагенитальных заболеваний у женщин до и после преждевременных родов достоверно не различаются (95,6% против 93,1%, $p > 0,05$), однако у них чаще ($p < 0,05$), чем у родивших в срок, имеют место заболевания мочевыводящих путей (69,0% против 30,0%); ожирение и избыточная масса тела (27,6% против 5,0%), артериальная гипертензия (48,3% против 15,0%).

3. У женщин со сверхнормальными преждевременными родами в сравнении с преждевременными родами на сроке гестации 28–37 недель + 6 дней чаще ($p < 0,05$) наблюдаются воспалительные болезни женских тазовых органов (70,6% против 39,3%), миома матки (23,6% против 3,6%), искусственные аборты (58,8% против 28,6%) и преждевременные роды (23,6% против 0%) в анамнезе. Особенности репродуктивного и соматического здоровья женщин на сроке гестации 28–37 недель + 6 дней в сравнении с родившими в срок ($p < 0,05$) являются нерегулярный менструальный цикл (21,4% против 2,9%), раннее менархе (17,9% против 0%), наличие вагинитов/вагинозов (35,7% против 2,9%).

4. Основными принципами организации оздоровления женщин после преждевременных родов являются раннее начало (непосредственно после окончания лактации), непрерывность диспансерного наблюдения, этапность медицинской помощи, персонализированный подход, преемственность между родильным стационаром и женской консультацией. Среди причин отказа от реабилитационно-оздоровительных мероприятий преждевременно родивших женщин (35,6%), лечения гинекологических и соматических заболеваний лидируют: психологический стресс, вызванный преждевременными родами

(81,3%), сверххранние преждевременные роды (56,3%), повлекшие за собой появление в семье детей-инвалидов (50%), нежелание продолжать лечение в данном учреждении и недоверие официальной медицине (18,8%).

5. Разработанный комплекс реабилитационно-оздоровительных мероприятий после преждевременных родов, начатых непосредственно с момента окончания лактации, способствуют улучшению исходов при последующей беременности у оздоровленных женщин: своевременные роды (73,1%); сокращение самопроизвольных выкидышей на 80%, преждевременных родов – на 92,3%.

Результаты исследования позволяют сформулировать **практические рекомендации:**

1. Реабилитационно-оздоровительные мероприятия всем женщинам после преждевременных родов, заинтересованных в продолжении репродуктивной функции, необходимо начинать непосредственно по окончании периода лактации. Они должны быть персонализированы и включать комплексное обследование с целью выявления гинекологических заболеваний, прежде всего оценку состояния эндометрия и биоценоза влагалища, функции яичников, соматических болезней с целью дальнейшей компенсации и лечения диагностированных заболеваний.

2. Программа ведения пациенток после преждевременных родов должна быть основана на системном подходе. При нарушениях менструального цикла необходимо его восстановление с помощью комбинированных гормональных контрацептивов в течение 6-9 месяцев. При выявлении нарушений биоценоза влагалища показана обоснованная с учётом патогенетических особенностей развития коррекция бактериального вагиноза и терапия вагинита с последующим восстановлением зубиоза. При обнаружении миомы матки малых размеров показано консервативное лечение, контрацепция с использованием левоноргестрел-содержащей ВМС, УЗИ в динамике не реже 1 раза в 6 месяцев или миомэктомия. При верификации экстрагенитальных заболеваний всем

пациенткам после преждевременных родов необходимо наблюдение профильными специалистами с целью коррекции выявленных нарушений и назначения соответствующего лечения, направленного на достижение стойкой ремиссии.

3. Активное врачебное наблюдение, тщательно собранный анамнез на уровне женской консультации способствуют ранней диагностике акушерских осложнений и перинатальной заболеваемости и позволяют вовремя провести их лечение и возможную профилактику. Преемственность работы служб здравоохранения позволяет осуществить родоразрешение женщин с преждевременными родами в анамнезе с использованием полного комплекса современных перинатальных технологий выхаживания недоношенных детей.

На наш взгляд, реальными перспективами исследований, направленных на снижение частоты ПР и улучшение показателей перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности, являются разработка и обоснование принципов дифференцированной диспансеризации беременных в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний, разработка клинических рекомендаций и протоколов ведения женщин, имеющих в анамнезе ПР, на этапе прегравидарной подготовки.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Преждевременные роды. Диагностика. Профилактика. / Т.В. Хапова, А.С. Оленев, В.М. Шуравин, О.А. Кузнецова, Т.В. Смирнова // **Вестник РУДН. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология»**. – 2013. - №5. - С. 177-183.
2. Соловьева, А.В. Невынашивание и недонашивание: спорные и нерешенные вопросы/ А.В. Соловьева, А.С. Оленев, Т.В. Хапова // **Доктор. Ру.**- 2013. - №7 (ч.1). - С.70-74.
3. Роль отдельных факторов в профилактике преждевременных родов/А.В. Соловьева, Т.В. Хапова, О.А. Кузнецова, А.С. Оленев // **Фарматека.** – 2013.- №12. — С.71-73.

4. Перспективы и реалии прегравидарной подготовки в России/ А.В. Соловьева, О.А. Кузнецова, Т.В. Хапова, А.С. Оленев //Медицинский совет .- 2014.- №17.- С.138-139.

5. Отеки у беременных: заболевание или норма?/ В.Е. Радзинский, А.В. Соловьева, Т.В. Хапова, А.С. Оленев // Гинекология. – 2014. - №3. - С.72-74.

6. Преждевременные роды в анамнезе. Возможности реабилитации и прегравидарной подготовки/ А.В. Соловьева, Т.В. Хапова, О.А. Кузнецова, А.С. Оленев //Акушерство и гинекология. – 2015. – №3(9).- С.101-108.

7. Khapova, T.V. Preterm Labor. Risk factors. Prediction / T.V. Khapova // Современная парадигма научного знания: актуальность и перспективы. – М., 2013. - С.76-78.

ПУТИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Хапова Татьяна Вячеславовна

(Россия)

Работа посвящена восстановлению соматического и репродуктивного здоровья женщин после преждевременных родов. Оценка состояния здоровья женщин с преждевременными родами показала, что практически все из них не только имеют отклонения в состоянии здоровья, но и достоверно увеличивается выявление гинекологических и соматических заболеваний у них после родов. На основе полученных данных разработан и научно обоснован дифференцированный алгоритм обследования, лечения и реабилитации пациенток. Комплексное оздоровление женщин после преждевременных родов предупреждает прогрессирование расстройств репродуктивной системы и экстрагенитальных заболеваний.

RECOVERY OPTIONS AFTER PRETERM LABOR

Khapova Tatiana Vyacheslavovna

(Russia)

The research is devoted to rehabilitation of female reproductive and somatic health after preterm labor. Assessment of women's health with preterm delivery showed that almost all women have impairments in health status, but they have the growth of somatic and gynecological diseases at the end of post-partum period and lactation. Basing on the study there was developed and scientifically based the algorithm of differentiated examination, treatment and rehabilitation of patients. Complete recovery of women after preterm birth prevents progression of disorders of the reproductive system and extragenital diseases.

Заказ № 104-а/04/2016 Подписано в печать 22.04.2016 Тираж 100 экз. Усл. п.л. 1,4



ООО «Цифровичок», тел. (495) 649-83-30
www.cfr.ru ; *e-mail*: zak@cfr.ru