
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ВЕДЕНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Е.Х. Тажетдинов

ГБУЗ «Родильный дом № 17» ДЗ г. Москвы
ул. 800-летия Москвы, 22, Москва, Россия, 127591

Ч.Г. Гагаев, С.В. Апресян, О.С. Трифонова

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Макля, 8, Москва, Россия, 117198

В работе представлены данные анализа эффективности различных современных перинатальных технологий при преждевременных родах в сроки гестации 28—36 нед. Использование комплекса перинатальных технологий: анте- и интранатальный токолиз, применение кортикостероидов с целью профилактики респираторного дистресс синдрома новорожденного, выжидательная тактика и применение антибиотиков при преждевременном разрыве оболочек плодного пузыря, бережное ведение родов с применением эпидуральной анестезии, улучшение методов вентиляции легких, использование препаратов сурфактанта, улучшение неонатального ухода, тепловая защита новорожденного, применение нативного молозива и молока, — позволяет улучшить перинатальные исходы.

Ключевые слова: преждевременные роды, современные перинатальные технологии.

Проблема преждевременных родов продолжает привлекать пристальное внимание акушеров-гинекологов и педиатров не только в нашей стране, но и во всем мире. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в выхаживании недоношенных детей (по данным ВОЗ и ЮНИСЕФ смертность среди детей в возрасте до пяти лет снизилась с 12 миллионов случаев в 1990 году до 7,6 миллиона случаев в 2010 году), их удельный вес в популяции составляет 5—12%, и в развитых странах он имеет тенденцию к росту [1].

К снижению смертности и заболеваемости привело использование современных перинатальных технологий: регионализация перинатальной помощи, анте- и интранатальный токолиз, применение кортикостероидов с целью профилактики РДС новорожденного, выжидательная тактика и применение антибиотиков при преждевременном разрыве оболочек плодного пузыря, бережное ведение родов с применением эпидуральной анестезии, улучшение методов вентиляции легких, использование препаратов сурфактанта, улучшение неонатального ухода, тепловая защита новорожденного, применение нативного молозива и молока [2]. Таким образом, эффективность отдельных элементов современных технологий оказания помощи при ПР доказана ранее опубликованными исследованиями. Однако необходимы исследования, направленные на изучение совокупности всех современных технологий и разработку алгоритма акушерской тактики при ПР и неонатальной помощи недоношенным детям.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности комплекса перинатальных технологий при преждевременных родах.

Контингент, материалы и методы исследования. В соответствии с целью работы объектами данного исследования явились 104 пациентки, родившие в пе-

риод с 1999 г. по 2011 г. в родильном доме № 17 в сроки гестации 28—36 нед. беременности, и их новорожденные.

В связи со сроками внедрения СПТ были составлены две группы: первая — ретроспективная, вторая — проспективная.

В первую группу исследования вошли 55 женщин и 55 новорожденных (1999—2004 гг.), у которых не были использованы современные перинатальные технологии. Вторую группу составили 49 пациенток и 49 новорожденных (2005—2011 гг.), где использовался комплекс СПТ.

Критериями включения в группы обследования были:

— срок беременности 28—36 нед.;

— одноплодная беременность;

— информированное добровольное согласие беременной на проведение всех необходимых лечебно-диагностических мероприятий.

Критериями исключения явились:

— оперативное родоразрешение методом кесарева сечения;

— врожденные пороки развития плода;

— индуцированные ПР.

СПТ включали в себя:

— анте- и интранатальный токолиз;

— профилактику РДС плода;

— выжидательную тактику и применение антибиотиков при преждевременном разрыве оболочек плодного пузыря;

— бережное ведение родов с применением эпидуральной анестезии без защиты промежности;

— тепловую защиту новорожденного;

— раннее прикладывание к груди матери;

— оптимизацию методов вспомогательной вентиляции легких;

— совместное пребывание матери и новорожденного;

— эксклюзивное грудное вскармливание;

— раннюю выписку.

Были использованы такие методы исследования, как клинико-статистическая характеристика, лабораторные (бактериоскопическое, бактериологическое, морфологическое исследование), инструментальные исследования (ультразвуковое исследование плода, доплерометрическое исследование кровотока, кардиотокография плода, нейросонография новорожденного) и статистическая обработка полученных данных.

Полученные результаты. Проведенный сравнительный клинико-статистический анализ показал, исследуемые группы женщин были сопоставимы по основным анализируемым параметрам: возрасту, антропометрическим показателям, семейному положению, характеру менструальной функции, паритету, частоте экстрагенитальных и гинекологический заболеваний.

Средний возраст пациенток в первой и второй группе составил 25,4 (4,8) и 27,7 (5,8) лет соответственно ($p > 0,05$).

При анализе исхода предыдущих беременностей выявлено, что в общей выборке каждая вторая женщина (50%; $n = 52$) имела в анамнезе искусственный

аборт. Следует отметить, что 50% в I группе и 35% во II группе сделали его перед первыми предстоящими родами, что существенно выше общепопуляционных показателей (10%).

Из осложнений данной беременности наиболее часто встречалась угроза прерывания беременности ($n = 61$; 58,6%). При этом во II группе это осложнение отмечалось достоверно чаще, чем в I группе, у 36 (73,4%) и 25 (45,4%) соответственно, что статистически значимо ($p = 0,005$).

Пациенткам с угрозой ПР при поступлении в стационар проводили токолитическую терапию. При проведении острого токолиза (антенатального) были использованы такие группы препаратов, как β -адреномиметики (гексопреналина сульфат), а также был использован сульфат магния.

В I группе частота токолитической терапии составила 10,4%, во II группе — 61,2% ($p = 0,00...$). Комбинированный токолиз (интранатальный + антенатальный) гексопреналином сульфатом был использован в 18 случаях (36,7%) только во II группе.

Данные по продолжительности течения родов по группам представлены в табл. 1.

Таблица 1

Продолжительность родов (мин.)

| Группа | | Кол-во | Продолжительность родов | | | |
|---------|-----------------|--------|-------------------------|-------------|-------------|------------|
| | | | общая | I период | II период | III период |
| | | | M ± m | | | |
| Без СПТ | первородящие | 37 | 402 ± 23* | 380 ± 22,9* | 16,6 ± 2,2* | 6,2 ± 0,4 |
| | повторнородящие | 18 | 285 ± 43,7* | 269 ± 43,8* | 11,3 ± 1,7* | 6,4 ± 0,6 |
| СПТ | первородящие | 33 | 470 ± 34 | 444 ± 34,2 | 20,6 ± 1,7 | 6 ± 0,8 |
| | повторнородящие | 16 | 33 ± 32 | 303 ± 31,8 | 14,3 ± 1,1 | 5 ± 0,3 |

Примечание: * — различия достоверны, $p < 0,05$.

Выявлено достоверное увеличение продолжительности родов за счет первого и второго периодов родов во II группе и у первородящих, и у повторнородящих ($p = 0,00...$).

Эффективность антенатальной профилактики РДС доказана зарубежными и отечественными исследователями [3, 4]. Так, и в нашем исследовании отмечалась корреляционная связь: во II группе некротический энтероколит не наблюдался ни в одном случае, РДС наблюдался в 1,2 раза реже, перевод детей на аппаратную ИВЛ уменьшился в 1,5 раза, ВЖК — в 2 раза, дополнительные методы оксигенации (кислородная маска) — в 1,6 раза, синдромом угнетения — в 1,2 раза.

Эпидуральная анестезия коррелировала с продолжительностью родов ($R = 0,38$; $p = 0,001$). Ее применение способствует снижению гипоксически-геморрагических поражений ЦНС и родового травматизма, за счет более «мягких» родов.

Сравнительные данные о исходах для новорожденных приведены в табл. 2.

Таблица 2

Исходы у новорожденных

| Группа | Кол-во | Выписаны домой | | | Смерть в неонатальном периоде | | | Переведены на II этап выхаживания | | | |
|---------|--------|----------------|------|-------------|-------------------------------|-----|--------------|-----------------------------------|------|------------|-------------------|
| | | абс. | % | сутки | абс. | % | сутки | абс. | % | сутки | продолжительность |
| Без СПТ | 55 | 6 | 10,9 | 12,8 ± 3,3* | 5 | 9,1 | 10,5 ± 9,8 * | 44 | 80 | 6,7 ± 0,9* | 28,2 ± 2,1* |
| СПТ | 49 | 10 | 20,4 | 9 ± 1,1 | — | — | — | 39 | 79,6 | 5,7 ± 0,4 | 25,5 ± 2,5 |

Примечание: * — различия достоверны ($p < 0,05$).

При использовании СПТ в 2 раза чаще детей выписывали домой 10 (20,4%) против 6 (10,9%) в I группе. Смерти в неонатальном периоде были только в первой группе (без СПТ) — 5 (9,1%) случаев. В основном, они были обусловлены внутриутробным инфицированием, ателектазами легких, ВЖК III—IV ст.

Достоверно различалась продолжительность госпитализации как на первом, так и на втором этапе выхаживания.

Внутрижелудочковые кровоизлияния различной степени тяжести достоверно на 18,6% чаще были в группе, где не использовали СПТ 28 случаев (50,9%) против 16 (32,6%) во второй группе ($p = 0,05$).

В нашем исследовании внутриутробное инфицирование зарегистрировано у 30 (54,5%) новорожденных в I группе, что на 21,8% больше, чем во II группе — 16 (32,6%) ($p = 0,03$); конъюнктивита — 4 случая (7,2%) и 1 случай (1,8%) омфалита были только в первой группе. Это связано как с тем, что во II группе использовали антибиотикопрофилактику при длительном безводном промежутке, так и с совместным пребыванием матери и ребенка ($R = 0,21$; $p = 0,03$).

Данные о применении вспомогательных методов оксигенации представлены в табл. 3.

Таблица 3

Вспомогательные методы оксигенации (%)

| Группа | Кол-во | Без дополнительной оксигенации | Кислородная маска | CPAP | ИВЛ |
|------------|--------|--------------------------------|-------------------|-------|-------|
| | | | | | |
| Без СПТ | 37 | —* | 44,4 | 33,3* | 77,7* |
| СПТ | 33 | 25 | 68,5 | 6,2 | 25 |
| 28—33 нед. | | | | | |
| Без СПТ | 18 | —* | 70,3 | 10,8* | 89,2* |
| СПТ | 16 | 15,1 | 48,5 | 45,4 | 36,4 |

Примечание: * — различия достоверны ($p < 0,05$).

Во II группе в 10 (18,3%) случаях не потребовалось использование каких-либо дополнительных методов оксигенации.

Достоверно чаще были использованы в I группе CPAP и ИВЛ.

На грудном вскармливании в сроки гестации 28—33 нед. беременности во II группе (СПТ) находились 69,7% новорожденных, что в 6,4 раза чаще, чем в I группе ($p = 0,00...$). Каждый шестой новорожденный был как на искусственном (15,1%), так и на смешанном (15,1%) вскармливании. Это было связано как

с гипогалактией у матерей, так и с состоянием здоровья новорожденных — срок гестации (менее 34 нед.), раздельное пребывание (аппаратная ИВЛ, СРАР), слабые сосательные рефлекссы.

В первой группе только каждый десятый новорожденный был на естественном грудном вскармливании ($p = 0,00\dots$) и почти каждый второй на искусственном ($p = 0,007$) и смешанном ($p = 0,01$) вскармливаниях. Это было связано как с вышеперечисленными причинами, так и с отсутствием совместного пребывания матери и ребенка, что приводило к более частому использованию докорма.

В сроки гестации 34—36 нед. беременности 71,2% детей из II группы (СПТ) были на исключительно грудном вскармливании, и только каждый восьмой — на смешанном вскармливании, что было связано с гипогалактией у матерей.

Дети же из I группы только в 16,7% случаев были на грудном вскармливании, что почти в 4 раза реже, чем во II группе ($p = 0,003$). Преобладали как искусственное ($p = 0,008$), так и смешанное ($p = 0,05$) вскармливания. Причины таких показателей связаны с гипогалактией, раздельным пребыванием матери и ребенка, докормом и допаиванием новорожденных.

С 2007 года в родильном доме стали использовать метод «кенгуру».

Метод «кенгуру» практиковали с 30—31-й недели гестации, при весе более 1100 г и наличии хотя бы слабых признаков сосательного рефлекса. Метод «кенгуру» включает в себя несколько элементов: контакт кожа к коже мамы и малыша, раннее и исключительно грудное вскармливание, совместное пребывание матери и малыша при поддержке необходимых технологий.

При использовании данного метода отмечалась корреляционная связь с длительностью пребывания в родильном доме и на II этапе выхаживания детей ($R = 0,24$; $p = 0,02$), заболеваемостью в неонатальном периоде ($R = 0,28$; $p = 0,03$).

Обсуждение результатов. Таким образом, антенатальный токолиз позволяет пролонгировать беременность на 3—4 дня для проведения терапии, направленной на профилактику РДС плода. Использование комбинированного токолиза в сочетании с эпидуральной анестезией снижает частоту стремительных и быстрых родов в 1,6—2 раза, способствуя уменьшению детского травматизма.

Проведение терапии кортикостероидами позволяет избежать развития некротизирующего энтероколита, уменьшить риск развития ВЖК — в 2 раза, РДС — в 1,2 раза, синдрома угнетения — в 1,2 раза.

Применение сурфактанта снижает вероятность перевода детей на аппаратную ИВЛ в 1,5 раза.

При применении эксклюзивного грудного вскармливания и метода кенгуру достоверно реже наблюдались заболевания и осложнения у новорожденных. Так же детей чаще выписывали домой и сокращались сроки госпитализации как на первом, так и на втором этапах выхаживания.

Вид вскармливания зависел от состояния здоровья новорожденного и гипогалактии у матери.

Наиболее важно, что при использовании комплекса СПТ не было случаев младенческой смерти.

Выводы

Использованные современные перинатальные технологии в сроки гестации 28—36 нед. беременности привели к более благоприятным перинатальным исходам. Это позволило нам сформировать следующую концептуальную акушерскую тактику:

- применение антенатального токолиза с целью пролонгирования беременности для проведения полной профилактики РДС плода;
- использование интранатального токолиза с целью уменьшения частоты быстрых и стремительных родов и тем самым родового травматизма;
- полноценная профилактика РДС плода глюкокортикостероидами в сроки гестации 28—34 нед. беременности;
- в родах использование адекватного обезболивания — эпидуральной анестезии;
- совместное пребывание матери и ребенка;
- грудное вскармливание;
- ранняя выписка в зависимости от состояния здоровья новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Радзинский В.Е.* Акушерская агрессия. — М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2011.
- [2] *Радзинский В.Е., Костин И.Н.* Преждевременные роды // *Акуш. и гинек.* — 2009. — № 4. — С. 16—19.
- [3] *Barros F.C., Bhutta Z.A., Batra M. et al.* Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions // *BMC Pregnancy Childbirth.* — 2010. — 10 Suppl 1: S3.
- [3] *Dyer K.Y., Alvarez J.R., Salamon C.G. et al.* The influence of race on the incidence of respiratory distress syndrome after antenatal betamethasone or dexamethasone // *J. Reprod. Med.* — 2010. — V. 55. — № 3—4. — P. 124—128.

THE EFFICIENCY OF MODERN TECHNOLOGIES IN PRETERM LABOR

Е.Н. Tazhetdinov

Maternity hospital № 17
800-letiya Moskvi str., 22, Moscow, Russia, 127591

Ch.G. Gagaev, S.V. Apresyan, O.S. Trifonova

Department of obstetrics and gynecology with course of perinatology
Russian University of People's Friendship
Health Department of Moscow
Miklukho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

The article presents data on the effectiveness of various modern perinatal technologies in spontaneous preterm labor at 28—36 weeks of gestation. Combination of modern perinatal technology: ante- and intranatal tocolysis, antenatal corticosteroidtherapy, epidural anesthesia, exclusive breast feeding, Kangaroo Mother Care were improved perinatal outcomes.

Key words: premature birth, modern perinatal technologies.