

ТАМАРКИН МИХАИЛ БОРИСОВИЧ

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ ПРИ ДОСРОЧНОМ
РОДОРАЗРЕШЕНИИ**

14.01.01 - Акушерство и гинекология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва

2012

Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего
профессионального образования
«Российский университет дружбы народов»

Научный руководитель:

заведующий кафедрой акушерства
и гинекологии с курсом перинатологии
ФГБОУ ВПО РУДН,
доктор медицинских наук, профессор

В.Е. Радзинский

Официальные оппоненты:

Профессор кафедры акушерства и гинекологии
Педиатрического факультета ГБОУ ВПО
«Российский научно-исследовательский
медицинский университет им. Н.И. Пирогова»
Минздравсоцразвития РФ,
доктор медицинских наук, профессор

Р.И. Шалина

Профессор кафедры семейной медицины
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.Н. Сеченова
Минздравсоцразвития России,
доктор медицинских наук, профессор

К.Г. Серебренникова

Ведущая организация: ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии»

Защита диссертации состоится ”__”_____2012 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д.212.203.01 в Российском университете дружбы народов по адресу: 117333, г.Москва, ул. Фотиевой, 6.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке Российского университета дружбы народов (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6)

Автореферат разослан ”__”_____2012 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор**

И.М. Ордянец

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Вопреки усилиям научного и практического акушерства, частота преждевременных родов (ПР) не имеет тенденции к снижению (Honest H. et al., 2009; Ahmed A.H. et al., 2011).

Около 13 миллионов младенцев ежегодно рождается до 37 недель беременности (Mackeen A.D. et al., 2011).

Безуспешность врачебных усилий в противостоянии росту инфекционно-воспалительных заболеваний новорожденных и родильниц, в том числе, при досрочном родоразрешении отсылает к комментариям ненужного назначения антибактериальных препаратов.

Отправной точкой в определении «конца эры антибиотиков» стал Саммит глав стран «большой восьмерки» в Санкт-Петербурге (2007), когда были выделены \$ 2 млрд на создание вакцины против пневмонии.

В дальнейшем последовала коренная ломка представлений репродуктивной микробиологии: доказана физиологичность вегетации во влагалище здоровой женщины 1300 микроорганизмов. Эта цифра, прозвучавшая 18 ноября 2011 года на Всемирном Конгрессе под эгидой ВОЗ, стала убедительным подтверждением инициации инфекционно-воспалительных заболеваний самими врачами (не только гинекологами), которые бездумным назначением антибиотиков с наивной верой в их «всемогущество» уничтожают нормальный биотоп безо всяких попыток восстановить нормоценоз после лечения.

Проблема минимизации ПР и осложнений пуэрперия инфекционно-воспалительного генеза при досрочном родоразрешении неразрывно связана как с вопросами стандартизации показаний к назначению противомикробных средств и нормализации микроэкологии, как и тактикой ведения угрожающих ПР, управления родовым актом.

Прогрессивные технологии конца XX века, переход на новые критерии живорожденности и увеличение числа перинатальных центров наряду со снижением перинатальной смертности способствовали росту числа детей с различными отклонениями в состоянии здоровья (Di Renzo G.C. et al., 2011; Kawagoe Y. et al., 2011; Lin C.H. et al., 2011).

Вероятность детской инвалидности в этой когорте очень велика (Cignacco E. et al., 2007), несмотря на заключение о сопоставимости уровня выхаживания новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) в РФ с крупнейшими европейскими клиниками, однако подобные результаты реальны только для крупных перинатальных центров. Этот факт побуждает к серьезному анализу возможностей предотвращения ПР на основании выделения факторов риска их развития, изучения тактических особенностей ведения угрожающих ПР. Всестороннее изучение и совершенствование диагностических и лечебных мероприятий, направленных на снижение количества ПР, должно предусматривать решение контраверсионных вопросов, связанных с токолитической терапией, профилактикой респираторного дистресс-синдрома (РДС) у недоношенных новорожденных, предпочтением способа родоразрешения (Ancel P.Y., 2012), а главное – нивелирования инфекционных риск-факторов, часто являющихся причиной как самих ПР, так и инфекционно-воспалительных заболеваний родильниц и новорожденных.

Дискуссионное звучание сохраняет проблема преждевременного излития околоплодных вод (ПИОВ) при ПР: аргументы сторонников в пользу некогда активной тактики ведения родов базировались на якобы высоком риске развития гнойно-септических инфекций (ГСИ) матери и новорожденного, однако гипотеза не нашла научного доказательного подтверждения.

Эффективность предотвращения септической заболеваемости актуализирует вопросы нужности/ненужности антибиотикопрофилактики в родах, обсуждаются не только препараты, но и длительность их применения. Сложность подобного анализа определяет высокая частота репродуктивного и соматического нездоровья беременных при росте дисбиозов гениталий, бактериальной и вирусной обсемененности генитального тракта.

В сложившейся ситуации особенно актуален поиск путей предупреждения гнойно-септических осложнений у родильниц и недоношенных новорожденных, особенно подверженных внутригоспитальному инфицированию.

Серьезным противовесом нозокомиального инфицирования младенцев выступает стратегия современных перинатальных технологий (СПТ), предусматривающая совместное пребывание матери и ребенка с первых минут жизни после рождения, начиная с контакта «кожа к коже» в родзале, эксклюзивное грудное вскармливание, раннюю (по возможности) выписку новорожденных. Опыт отечественных исследователей безальтернативен в подтверждении эффективности реорганизации тактики ведения послеродового периода, снижении ГСИ матерей и новорожденных на основании приоритета, казалось бы, естественных природе человека мер. Обоснованность реализации СПТ для сокращения заболеваемости недоношенных младенцев в отечественной литературе не освещена, однако в иностранных источниках обсуждается перспективность ряда техник, в том числе «Кенгуру», как основополагающих для выхаживания подобного контингента.

Потребность в многоаспектном анализе управляемых причин снижения заболеваемости недоношенных новорожденных, в том числе ГСИ, отсылает к устранению агрессивных и необоснованных акушерских технологий, причастных к росту пуэрперальных материнских осложнений. Вызывает нарекания запоздалая диагностика послеродовых эндометритов и игнорирование необходимости лечебных мероприятий при субинволюции матки – маркера вялотекущего воспалительного процесса в матке. Представляется значимым анализ динамики ГСИ матки родильниц на фоне приверженности СПТ как стратегии, ориентирующей на физиологичность самой тактики ведения пуэрперия. Резюмируя необходимость расширенного анализа проблемы ПР, полагаем результативным выявление и нивелирование традиционно ошибочных, управляемых факторов последующего материнского и младенческого неблагополучия.

Цель исследования: улучшить исходы преждевременных родов путём внедрения современных перинатальных технологий для профилактики и снижения частоты инфекционно-воспалительных заболеваний родильниц и новорожденных.

Задачи исследования:

1. Выявить анте - и интранатальные факторы, влияющие на исходы преждевременных родов в 28-36 нед. беременности до и после/без внедрения современных перинатальных технологий.
2. Определить эффективность профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий при преждевременных родах в снижении частоты ГСИ родильниц и новорожденных.
3. Оценить эффективность влияния современных перинатальных технологий на снижение ГСИ родильниц и новорожденных и наметить пути их совершенствования.
4. Обосновать, разработать и внедрить комплекс профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий при преждевременных родах для профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний родильниц и новорожденных.

Научная новизна.

В результате проведенного исследования получены новые данные о значении клинико-анамнестических факторов в генезе ПР в 28-36 нед., в частности, показана роль сочетаний повышенной бактериальной и вирусной обсемененности родовых путей и новорожденных.

Показана роль ятрогенных факторов в генезе неблагоприятных перинатальных исходов, обосновывающая изменения тактики ведения преждевременных родов. Доказана основополагающая роль современных перинатальных технологий как обязательного профилактического звена в снижении ГСИ родильниц и недоношенных новорожденных.

Научно обоснован и клинически апробирован алгоритм ведения угрожающих и начавшихся ПР, направленный на снижение обсемененности родовых путей во время анте- и интранатального токолиза, профилактики РДС. Научно подтверждена целесообразность ранних лечебно-диагностических мероприятий в пуэрперии, минимизирующих риск ГСИ матки при ПР.

Практическая значимость работы.

Расширенные представления о факторах риска ПР определяют спектр профилактических мероприятий на предгравидарном этапе, при беременности и в родах (восстановление эубиоза, отказ от необоснованных ятрогенных вмешательств).

Показана оптимизация перинатальных исходов в зависимости от технологии ведения ПР (комбинированного токолиза, профилактики РДС), безальтернативность СПТ в снижении ГСИ недоношенных новорожденных в сопоставлении с «традиционным» подходом к пуэрперии. Продемонстрирована эффективность комплексного подхода для прогнозирования и профилактики (внедрение СПТ) развития ГСИ родильниц и новорожденных, адекватных лечебно – диагностических подходов.

Апробация работы, внедрение результатов исследования в практику и личный вклад автора.

Данная работа проведена в рамках основного направления научной деятельности кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии 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.

Результаты исследования и разработанные на их основе рекомендации внедрены в практическую деятельность родильного дома №25, родильного отделения ГКБ №29, в учебный процесс кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского факультета и кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ФПК МР РУДН (2012).

Клинические исследования, анализ и интерпретация данных проведены автором самостоятельно. Все научные результаты, представленные в работе, автором получены лично. По материалам диссертации опубликовано 9 печатных работ, 3 - в журнале, рекомендуемом ВАК РФ.

Апробация результатов исследования. Основные положения диссертации доложены на заседании кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (2012).

Положения, выносимые на защиту:

1. Высокая обсемененность половых путей роженицы условно- и абсолютно патогенной бактериально-вирусной микрофлорой - фактор высокого риска ПР в 28-36 нед, увеличения неонатальной заболеваемости и осложнений пуэрперия, независимо от реализации носительства в инфекционно-воспалительную заболеваемость.
2. Угрожающие и начавшиеся ПР в сроки 28-36 недель беременности при целом плодном пузыре — период максимальной контаминации микрофлорой родовых путей; при излившихся околоплодных водах - количественные характеристики микрофлоры коррелируют с длительностью БП и эффективностью/неэффективностью антимикробной терапии.
3. «Биологическая» санация родовых путей, отказ от агрессивной тактики ведения ПР с обязательным анте- и интранатальным токолизом, профилактикой РДС, обезболиванием родов (эпидуральной анестезией), выжидательной тактикой при ПИОВ с превентивной антибактериальной терапией, приверженностью СПТ снижают риск реализации ГСИ недоношенных детей и оптимизируют отдаленные» перинатальные исходы; запланированные лечебно-диагностические мероприятия (сонография, гистероскопия, вакуум - аспирация содержимого полости матки с последующим лаважем растворами антисептиков) минимизируют риск ГСИ родильниц.

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, шести глав, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы. Работа изложена на 186 страницах машинописного текста, содержит 62 таблицы и 18 рисунков. Указатель литературы включает 210 источников, из них 66 - на русском и – 144 - на иностранном языке.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Контингент и методы исследования. Обследована 101 женщина репродуктивного возраста; в зависимости от срока гестации на момент преждевременных родов и следования стратегии СПТ в послеродовом периоде сформировано четыре группы:

- ретро - и проспективное исследование – после реализации мер СПТ (2004 - 2011 гг.):

- в I когорту вошло 25 родильниц с ПР в 28-31 нед.,

- во II - 26 женщин с ПР в 32-36 нед.

- ретроспективный анализ историй родов – до внедрения СПТ (1998 – 2003 гг.):

- III группу составили 25 родильниц с ПР в 28-31 нед.,

- IV - 25 женщин с ПР в 32-36 нед.

Пары подобраны по принципу – родильница – новорожденный (101 пара).

Критерии включения в группы: одноплодная беременность, преждевременные роды в 28-36 нед. беременности.

Критерии исключения: многоплодная беременность, экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации, врожденные пороки развития плода, перинатальная смертность новорожденных.

Комплекс мероприятий СПТ, внедренных с 2003 г., включал:

- немедленное прикладывание новорожденного к груди матери сразу после рождения или активное нанесение молозива на слизистую рта новорожденного;

- эксклюзивное грудное вскармливание, предусматривающее:

- помощь матерям в кормлении, начиная с первого получаса после родов,

демонстрацию способов сохранения лактации даже при разделении с детьми;

- исключение иной пищи или питья, кроме грудного молока («выпаивания» и допаивания), за исключением случаев медицинских показаний;

- кормление по «первому» требованию;

- отказ от искусственных средств, имитирующих грудь или успокаивающих (сосок или пустышек);

- круглосуточное совместное пребывание матери и новорожденного - нахождение в одной палате 24 часа в сутки;

- метод «кенгуру»;

- ранняя выписка из родильного стационара - на третьи сутки при самопроизвольных родах и на 5-7 сутки - при абдоминальном родоразрешении;

- возможность присутствия близкого человека при родах;

- обеспечение контакта «кожа к коже» матери и ребенка с оптимальной продолжительностью до 2-х часов;

- ограничение контакта с медицинским персоналом;
- физиологический уход за пуповинным остатком (использование клеммы с последующим «сухим» ведением пуповинного остатка до его самостоятельного отделения после 5-10-го дня жизни ребенка);
- соблюдение «тепловой цепочки» - создание оптимального температурного режима для новорождённого в период пребывания в стационаре, начиная с родзала.

Сбор анамнеза проводился по специально разработанной нами анкете - опроснику, содержащей 120 пунктов. Изучаемые параметры включали паспортные данные, возраст, рост и весовые показатели; обращали внимание: на время появления первой менструации, характер менструальной функции, имеющиеся ее нарушения. Проводился анализ возраста начала половой жизни, методов контрацепции, продолжительности их применения и осложнений. Исследование генеративной функции обследованных женщин включало: сведения о каждой беременности, исходе беременностей и родов.

Изучены особенности течения данной беременности с учетом:

- перенесенных острых инфекционных заболеваний любой локализации и этиологии;
- продолжительности и течения родов, способов родоразрешения, своевременности излития вод, длительности безводного периода, токолиза, используемых препаратов для токолиза, профилактики РДС плода и антибиотикотерапии, применения эпидуральной анестезии, эпизиотомии.

Профилактическую антибактериальную терапию применяли с момента констатации ПИОВ после взятия материала – вагинального мазка на микрофлору, бактериологического посева из цервикального канала для определения микрофлоры и чувствительности к антибиотикам (препараты цефалоспоринового ряда 2 и 3- го поколения в течение 5 дней на фоне эубиотиков). После получения результатов посева и определения чувствительности проводили замену антибиотика, соответственно результатам посева.

Комплексное наблюдение за беременными с ПИОВ включало: термометрия каждые 3 часа, определение частоты пульса, АД, диуреза; уровень лейкоцитов в периферической крови ежедневно, общий анализ крови один раз в два-три дня, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, микробиологическое исследование флоры влагалища с антибиотикочувствительностью при поступлении и через 5-7 дней в динамике.

При признаках ХА в когортах с ПР до 2003г. назначали ампициллин в дозе 4 г в сутки в течение 5 дней на фоне эубиотиков.

Осуществлялось клиническое наблюдение за течением послеродового периода с изучением предполагаемых признаков ГСИ родильниц – на основании ежедневного указания пульса и температуры тела родильницы, высоты стояния дна матки, характера лактации, количества и характера лохий, подробного описания состояния швов мягких тканей (наличие или отсутствие отека, гиперемии, характера заживления).

Оценка состояния здоровья обследованных детей осуществлялась с момента рождения до первого года жизни (антропометрия, оценка по шкале Апгар, Сильвермана, заболеваемость ГСИ и отдельными нозологическими формами).

В послеоперационном периоде (после кесарева сечения) оценивали состояние шва, наличие отека и инфильтрации, серозного отделяемого. Осуществляли контроль

состояния детей от момента их рождения (оценка по шкале Апгар, масса тела и рост при рождении) до и в течение года после выписки из акушерского стационара (заболеваемость новорожденных, в том числе, ГСИ).

Проведен комплекс инструментальных исследований, включающий: фето- и плацентометрию, сонографическую оценку состояния послеродовой матки и послеоперационного рубца (после кесарева сечения), гистероскопию.

Ультразвуковое исследование осуществляли с помощью аппаратов «Siemens Sonoline Vessa Pro» (Германия), «Medison Sono Aec 8800» (Южная Корея) – скрининговое по триместрам, до и после родов.

В послеродовом периоде трансабдоминальное УЗИ проводили на 3, 5-е и 7 сутки для оценки динамики инволюции матки, характера содержимого ее полости, состояния швов на матке и на передней брюшной стенке после кесарева сечения.

Расчет объема послеродовой матки осуществляли по формуле вытянутого эллипсоида (Стрижаков А.Н. с соавт., 2000), где $V = 0,5236 \times \text{длина матки, см} \times \text{передне-задний размер, см} \times \text{ширина, см}$ на 3, 5, 7 сутки. Ультразвуковое исследование швов и матки родильниц после кесарева сечения производили на 3 и 7 сутки послеоперационного периода с определением длины, ширины, передне-заднего размеров, рассчитывали условную площадь швов по формуле: $S = D \times Ш$, где S- площадь швов, D - длина швов и Ш- ширина швов.

Индекс инволюции площади швов матки (ИИПШ) рассчитывался по разработанной В.А. Крамарским (2000) формуле: $\text{ИИПШ} = (S_1 - S_2) / S_1$, где S_1 - условная площадь швов на 3 сутки послеоперационного периода, S_2 - на 7 сутки. При $\text{ИИПШ} > 0,5$ заживление в области разреза матки считалось первичным, при $\text{ИИПШ} \leq 0,5$ – вторичным, приводящим в последующем к образованию соединительнотканного, функционально неполноценного рубца.

Гистероскопическое исследование проводилось по стандартной методике с использованием гистероскопа фирмы «Storz» (Германия) с постоянным орошением полости матки стерильным раствором 0,9% хлористого натрия, поступающего под давлением 40-50 мм рт. ст. Гистероскопия сочеталась с выскабливанием стенок слизистой матки с последующим патоморфологическим исследованием удаленного материала.

Анализ гнойно-воспалительной заболеваемости родильниц и новорожденных (истории родов и истории развития новорожденных) осуществлялся по данным официальной отчетности - родильного стационара № 25 и родильного отделения ГКБ №29 г. Москвы за период 2008-2011 гг..

Для выяснения состояния биоценоза генитального тракта родильниц проводили микробиологическое исследование (бактериоскопическое; оценку биоценоза влагалища с определением качественного и количественного состава микрофлоры; бактериологический посев на флору цервикального отделяемого с определением чувствительности инфектов к антибиотикам; исследование на урогенитальные инфекции методом полимеразной цепной реакции (ПЦР)).

Проводилось исследование микрофлоры родильниц и новорожденных до и после внедрения СПТ.

Для оценки эффективности внедрения СПТ и выяснения субъективного отношения к мерам данного комплекса самих родильниц, выявления степени участия в реализации СПТ медицинского персонала, своевременного предоставления

информации и консультирования по вопросам СПТ пользовались разработанными лично анкетами – опросниками.

Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью пакета статистических программ Statistica v.6.1. и программы Microsoft Office Excel 2003.

Для оценки достоверности полученных результатов использовали критерий Стьюдента для сравнения средних данных исследований, различия между полученными данными считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Работа была выполнена в 2008-2011 гг. на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (руководитель - Заслуженный деятель науки РФ, профессор В.Е. Радзинский), на кафедральных базах - родильный дом № 25 г. Москвы и родильное отделение ГКБ № 29.

Результаты исследования и их обсуждение.

Изучение анамнестических данных родильниц показало сопоставимость по основным факторам риска развития инфекционно-воспалительных пуэрперальных осложнений. Базовыми для формирования высокого инфекционного потенциала оказались:

предгравидарные факторы:

- наличие у четверти – анемии (28,5%), каждой пятой - болезней органов дыхания (19,8%), мочеполовой системы – у каждой восьмой (11,8%);
- репродуктивных потерь в анамнезе - у каждой пятой с ПР в 28-31 нед., трети (29,4%) – в 32-36 нед.;
- преждевременных родов в анамнезе – у четверти (26%);
- доброкачественных заболеваний шейки – более чем у половины (59,4%), воспалительных болезней матки и придатков – у каждой шестой (18,8%), нижних отделов генитального тракта и дисбиоза гениталий – у трети (32,6%); инфекций, передаваемых половым путем – у половины (43,5%).

гестационные:

- у каждой шестой - анемия беременных (17,8%) и ОРВИ (12,9%); гестационный пиелонефрит – у каждой восьмой (11,8%);
- вагиниты и другие дисбиозы гениталий – практически у четверти (28,7%); сочетание урогенитальных инфекций определено у трети обследованных;
- микробный спектр биотопа генитального тракта обследованных женщин при беременности убеждал в исходной сопоставимости выделяемых представителей условно-патогенной флоры - преимущественно (в высоких титрах) кишечной палочки, эпидермального стрептококка и стафилококка, энтеробактерий и комбинаций инфектов во всех когортах.

С помощью ПЦР – исследования отделяемого из цервикального канала установлено, что *Mycoplasma genitalium* и *Ureaplasma urealyticum* определялись практически у каждой седьмой (13,8%) женщины из обследованных групп, хламидийная инфекция регистрировалась у каждой восьмой (11,8%). При единичных эпизодах выделения гонококков трихомонадная инфекция констатирована несколько чаще - у каждой шестой (15,6%). Обращает на себя внимание факт значительной регистрации вирусной инфекции: Herpes Simplex virus (HCV) Type II присутствовал в цервикальном канале у трети (31,6%) всех обследованных женщин, Human

Cytomegalovirus (CMV) – у четверти (24,7%), а главное – высокая частота сочетания вирусных и бактериальных инфектов (более 77%).

Полученные нами данные о высокой микробной обсемененности родовых путей женщин с ПР коррелируют с мнением исследователей о прогностической значимости выявления аномальной вагинальной флоры и дефицита лактобактерий для формирования групп риска недонашивания, ГСИ (Donders G.G. et al., 2009; Menard J.P., Bretelle F., 2012).

Таким образом, прогнозирование вероятности инфекционно-воспалительных осложнений в пуэрперии сводится к констатации равных шансов для родильниц всех исследуемых когорт.

Изучение качества родовспоможения и медицинской помощи недоношенным новорожденным при ПР вскрыло диссонанс в акушерских подходах в интервалах до и после внедрения СПТ.

При анализе стратегии ведения угрожающих ПР до 2003 г. – до внедрения СПТ – констатирована необоснованная «торопливость» в родоразрешении подобных пациенток.

Лимитирование возможности дозревания младенца и его лёгких при ПР определял ряд элементов нерациональной акушерской тактики:

- отсутствие необходимого антенатального токолиза при угрозе недонашивания:
 - в 28-31 нед. – в шесть раз чаще, чем после внедрения СПТ (48% против 8%);
 - в 32-36 нед. – у 40%, что контрастирует с максимальной частотой его выполнения при внедрении СПТ – у 92,3% женщин.
- неадекватная профилактика РДС, определяющая бронхолегочную несостоятельность недоношенных новорожденных и потребность в реанимационных мероприятиях:
 - в отсутствие практики назначения бетаметазона до 2003 г. крайне низким оказалось его использование даже при реализации мер СПТ – только у каждой четвертой (24%);
 - меньшая в сравнении с периодом после внедрения СПТ констатация назначений дексаметазона - практически в два раза:
 - в 28-31 нед. (36% и 64% соответственно);
 - в 32-36 нед. (40% и 73,1% соответственно);
 - неполный курс дексаметазона - только у 4% женщин при ПР в 32-36 нед. и у 20,7% женщин – при деторождении после внедрения СПТ;
 - отсутствие необходимого интранатального токолиза при ПР:
 - в 28-31 нед. - практически в четыре раза чаще, чем после внедрения СПТ (52% и 12% соответственно);
 - в 32-36 нед. - в два раза чаще (32% и 16%, соответственно)($p < 0,05$).

Подобная тактика отрицательным образом сказывалась не только на подготовке лёгких недоношенного плода, но и на регуляции родовой деятельности.

- реализация комбинированного ante- и интранатального токолиза использовалась практически в полтора раза реже, чем после внедрения СПТ, независимо от сроков ПР: в 28-31 нед. - 40% против 64%, в 32-36 нед. – 56% против 75%.

Подобные факты соответствуют концепции А.В. Мухтаровой (2010, 2011), показавшей при анализе региональной акушерской тактики при ПР, что успешное нивелирование сократительной активности матки - составляющая благоприятных перинатальных исходов.

Констатация обсемененности генитального тракта при угрожающих ПР, последующая «биологическая» санация и стабилизация вагинальной экосистемы с достижением эубиоза гениталий – прерогатива тактики после внедрения СПТ - обеспечивали временной интервал для пролонгирования беременности с помощью указанных лечебно-профилактических мероприятий.

- отсутствие адекватного обезболивания (эпидуральной анестезии), потребного при ПР вследствие незавершенной физиологической денервации матки – практически у двух третей женщин:

- в 28-31 нед. – практически в пять раз чаще, чем после внедрения СПТ (64% против 12%)($p<0,05$);

- в 32-36 нед. – практически в четыре раза чаще (60% против 16%)($p<0,05$).

- большая частота эпизиотомии, в отношении которой бытует мнение о причастности к росту гипоксически-геморрагических поражений ЦНС новорожденных при ПР, - практически в полтора раза чаще: в 28-31 нед. (32% и 20% соответственно), в 32-36 нед. (36% и 23,1% соответственно).

Вместе с тем, несмотря на большую частоту подобной манипуляции при ПР в интервале до 2003 г., параллелей между ней и неблагоприятными перинатальными исходами нами не выявлено.

При анализе интранатальных факторов неблагополучных исходов ПР до внедрения СПТ преобладали:

- аномалии родовой деятельности:

- при ПР в 28-31 нед. – 16% против 20% (на фоне приверженности СПТ);

- в 32-36 нед. – практически в два раза (20% против 11,5%);

- быстрые и стремительные роды:

- при ПР в 28-31 нед. – практически в три раза чаще (40% против 13%);

- в 32-36 нед. – в два раза (28% против 15,3%).

- острая гипоксия плода - в четыре раза чаще в 28-31 нед. (14,3% и 50%), в два - в 32-36 нед. (20% и 40%).

Подобные осложнения достоверно коррелировали с меньшей продолжительностью родов до внедрения СПТ за счет укорочения I периода как у перво-, так и повторнородящих:

- при ПР в 28-31 нед. – в полтора раза (на 42 мин и на 61 мин) ($p<0,05$);

- в 32-36 нед. – в полтора раза (на 50 мин и на 77 мин)($p<0,05$).

Активное ведение III периода родов до 2003 г. способствовало не только сокращению его продолжительности – практически в два раза при родах в 28-31 нед. ($12,2\pm4,6'$ и $6,2\pm5,4'$ соответственно)($p<0,05$), в полтора – раза - в 32-36 нед. ($12,8\pm4'$ и $7,2\pm3,4'$ соответственно)($p<0,05$), но и превалированию осложнений последового периода (12% против 5,9%, соответственно).

Диссонансом по отношению к агрессивной тактике ведения родов до внедрения СПТ выступает бережная - после 2003 г., предусматривающая анте- и интранатальное введение токолитиков, что реализовалось в большей продолжительности родов - как у перво-, так и повторнородящих, сокращении частоты быстрых и минимизации числа стремительных родов, вплоть до их отсутствия при недонашивании в 28-31 нед.

Высокая частота необоснованного выбора метода родоразрешения при ПР – отличительная особенность акушерской стратегии до внедрения СПТ – до 2003г.: меньшая частота кесарева сечения:

- при ПР в 28-31 нед. - в 1,7 раз (16% против 28%);
- в 32-36 нед. – сопоставимые показатели (19,2% и 20%).

Тенденция преобладания абдоминального родоразрешения при недонашивании, независимо от паритета, прослеживалась после внедрения стратегии СПТ:

- практически в два раза в 28-31 нед. - как для первородящих (23,1% и 14,3%), так и повторнородящих (33,3% и 18,2%);
- в 32-36 нед. - в полтора раза - только для первородящих (25% и 14,3%).

Подобная аналогия продемонстрирована в исследовании Т.В. Златовратской (2008), показавшей зависимость гибели большинства недоношенных новорожденных при родоразрешении через естественные родовые пути.

Изучение микробного пейзажа родовых путей у беременных с угрожающими и начавшимися ПР в 28-36 нед. при целом плодном пузыре и следовании СПТ показало корреляцию его спектра с лечебно-профилактическими мероприятиями, направленными на пролонгирование беременности, что возможно только при обоснованной «биологической» санации (пероральные (вагилак, флоралдофилус) и вагинальные эубиотики - лактогель, гинофлор Э и др.)(табл.1).

Таблица 1

Характеристика микробного фона после «биологической» санации (группы I, II) и без нее (группы III и IV) , абс./%

Группы		n	Lactobacillus spp. <10 ⁷⁻⁸	Escherichia coli	Staphylococcus spp.	Streptococcus epidermidis	Enterobacter spp.	Enterococcus spp.	Candida albicans	Mycoplasma genitalium	Ureaplasma urealyticum	Cytomegalovirus	Herpes Simplex virus	G.vaginalis
I	абс.	25	5*	3	2	2	1	2	3	2	3	3	4	1
	%		20	12	8	8	4	8	12	8	12	12	16	4
II	абс.	26	4**	2	3	1	2	2	2	2	3	3	4	2
	%		15,4	7,7	11,5	2,8	7,7	7,7	7,7	7,7	11,5	11,5	15,4	7,7
III	абс.	25	16	7	4	2	2	5	4	4	5	5	5	3
	%		64	28	16	8	8	20	16	16	20	20	20	12
IV	абс.	25	18	6	4	2	3	2	4	3	4	4	6	5
	%		72	24	16	8	12	8	16	12	16	16	24	20

Примечание. *(p<0,05) – статистически значимые отличия между I и III группами, II и IV.

Дотация лактобактерий при следовании СПТ определила снижение уровня и титра (с 10⁵⁻⁸ до 10³) условно-патогенных бактерий: Candida albicans - практически в полтора раза (с 16% до 9,8%), как и Streptococcus spp. (с 8% до 5,9%); в два раза - Enterobacter spp. (с 10% до 5,8%), Enterococcus spp. (с 16% до 9,7%), Staphylococcus spp. (с 16% до 9,7%); в три раза - E. coli (с 26% до 9,8%). Терапия эубиотиками привела к уменьшению количества женщин с дефицитом лактобактерий (<10⁷⁻⁸ КОЕ/мл) - практически в четыре раза (с 68% до 17,7%)(p<0,05).

По данным ПЦР-исследования наблюдалось снижение количества и титра (менее 10⁴) сапрофитов: Ureaplasma urealyticum – в полтора раза (с 18% до 11,7%);

Mycoplasma genitalium – практически в два раза (с 14% до 7,8%); *G. vaginalis* - практически в три раза (с 16% до 5,8%), наиболее распространенных вирусов - в полтора раза (HCV II (с 22% до 15,4%), CMV (с 18% до 11,7%)).

Наиболее дискуссионная тема научных прений – тактика ведения ПР при ПИОВ - анализировалась нами с позиций факта доказанной микробной колонизации родовых путей всех обследованных женщин. Вследствие этого полагаем уместным обосновать мнение о целесообразности разделения случаев, требующих при ПР немедленного и отсроченного родоразрешения с целью лучшей подготовки гестационно незрелого ребенка к внеутробному существованию, особенно – при ПИОВ.

Агрессивная тактика медикаментозного родовозбуждения при ПИОВ (до 2003 г.) в 28-36 нед. по причине приближения безводного промежутка к 12 ч. наблюдалась в когортах до 2003 г. или с момента появления первых признаков ХА.

Контраверсией активной тактики в отсутствие ургентной, требующей немедленного родоразрешения ситуации, выступала выжидательная (после внедрения СПТ) при ПИОВ стратегия максимального (до появления признаков ХА) пролонгирования беременности с целью увеличения гестационного возраста плода, профилактики РДС младенца.

Приоритет превентивной антибактериальной терапии при ПИОВ непосредственно после бактериологического исследования цервикального отделяемого (на фоне приверженности СПТ) определял высокий инфекционный потенциал беременных – значительная бактериальная и вирусная обсемененность на фоне превалирования дисбиозов гениталий.

Констатацию максимальной контаминации родовых путей микрофлорой, особенно – при излившихся околоплодных водах, подтверждают результаты бактериологического исследования цервикального отделяемого (после внедрения СПТ): выделение практически у каждой пятой - кишечной палочки и энтерококка (по 18,2%), эпидермального стрептококка (21,2%), у четверти (27,3%) - сапрофитного стафилококка, в том числе, в комбинации с энтерококком и энтеробактериями (табл. 2).

Таблица 2

Характеристика микробного фона в когортах с приверженностью СПТ с ПИОВ, эффективной и неэффективной антибиотикопрофилактикой.

Группы		n	Lactobacillus spp. <10 ⁵	Escherichia coli	Staphylococcus spp.	Staphylococcus aureus	Streptococcus epidermidis	Enterobacter spp.	Enterococcus spp.	Candida albicans	Acinetobacter spp.	Streptococcus haemolyticus	Mycoplasma genitalium	Ureaplasma urealyticum	Cytomegalovirus	Herpes Simplex virus	G.vaginalis	Chlamydia trachomatis
ПИОВ (группы после внедрения СПТ)	абс.	33	26*	6	9*	1	7*	4	6	7	0	5	6	8	6*	7	7*	5
	%		78,8	18,2	27,3	3	21,2	12,1	18,2	21,2	0	20,8	18,2	24,2	18,2	21,2	21,2	15,1
Эффективная антибиотико профилактика	абс.	24	6**	0	2	0	1	2	0	5	0	0	2**	0	1	3	1	0
	%		25	0	8,3	0	4,1	8,3	0	20,8	0	0	8,3	0	4,1	12,5	4,1	0
Неэффективная антибиотико профилактика	абс.	9	8	2	3	1	2	2	2	2	1	3	3	4	2	3	2	2
	%		88,9	22,2	33,3	11,1	22,2	22,2	22,2	22,2	11,1	33,3	33,3	44,4	22,2	33,3	22,2	22,2

Примечание. *(p≤0,05) – статистически значимые отличия между группами с ПИОВ и эффективной антибиотикопрофилактикой; ** - группами с эффективной антибиотикопрофилактикой и неэффективной.

При оценке вагинальной флоры при ПИОВ картина нормобиоценоза определена у трети с 28-31 нед. (37,5%), в 32-26 нед. – практически у половины (47%). Необходимость достижения эубиоза гениталий выявлена у четверти (24,2%) с вагинитом, у трети (33,4%) – с преобладанием условно-патогенной флоры на фоне угнетения роста лактобацилл (ниже 10^5).

Выбор препарата при эмпирической антибактериальной терапии (цефалоспорины 2 и 3 –го поколения, ампициллин внутримышечно в течение 7 дней) основывался на анамнезе пациентки (наличии очагов хронических экстрагенитальных заболеваний, чаще - пиелонефрита, высеваемой ранее в патогенетически значимых титрах флоры) с обязательной коррекцией дисбиотических состояний влагалища и поддержанием эубиоза («биологическая» санация).

Эффективность эмпирической антибактериальной терапии при ПИОВ позволяет констатировать факт чувствительности к препарату выделенного инфекта практически у половины женщин с ПР после 2003 г. (в среднем, 39,2%). Подобная обоснованная терапия (антибиотик+пробиотик) способствовала сокращению выделения ряда инфектов (как и титра - с 10^{5-8} до 10^4), вплоть до их отсутствия: практически в полтора раза - *Enterobacter* spp. (с 12,1% до 8,3%); в три раза - *Staphylococcus* spp. (с 27,3% до 8,3%)($p<0,05$); в пять раз - *Streptococcus* spp. (с 21,2% до 4,1%)($p<0,05$). Показатели обсемененности *Candida albicans* оказались сопоставимы, однако титр сапрофита снизился до 10^3 (21,2% и 20,8% соответственно) на фоне достоверного возрастания лактобацилл в эубиотичном титре – с 21,2% до 75% (10^{7-8})($p<0,05$).

Нечувствительность выделяемого в высоких титрах патогенного инфекта к проводимой антибиотикопрофилактике (неэффективная терапия) констатирована у четверти женщин (25,4%). Смена антибиотика, осуществляемая с учетом тропности инфекта к препаратам у 7,8% женщин, определила суммарную эффективность медикаментозной терапии практически у половины обследованных с ПИОВ (47% в среднем).

При резистентности выделенных инфектов к антибиотикам наблюдался количественный прирост условно-патогенных штаммов: в 1,2 раза – *Escherichia coli* (с 18,2% до 22,2%), *Staphylococcus* spp. (с 27,3% до 33,3%), *Enterococcus* spp. (с 18,2% до 22,2%); в полтора раза - *Streptococcus haemolyticus* (с 20,8% до 33,3%); в два раза - *Enterobacter* spp. (с 12,1% до 22,2%); *Staphylococcus aureus* – в три раза (с 3% до 11,1%), *Acinetobacter* spp. (с 0 до 11,1%) при сопоставимых значениях *Streptococcus* spp. (21,2% и 22,2%).

При ПЦР-типировании определено, что снижение титра инфектов (менее 10^4) наблюдалось на фоне эффективной антибиотикопрофилактики с восстановлением нормоценоза: практически в два раза - *Mycoplasma genitalium* (с 18,2% до 8,3%)($p<0,05$) и HCV II (с 21,2% до 12,5%); в четыре раза – CMV(с 18,2% до 4,1%)($p<0,05$); в пять раз - *G.vaginalis* (с 21,2% до 4,1%)($p<0,05$), вплоть до исчезновения (*Ureaplasma urealyticum* - с 24,2% до 0).

Неэффективная антибиотикопрофилактика определяла возрастание концентрации условно-патогенных штаммов (10^{5-8}): в 1,2 раза - ЦМВ (с 18,2% до 22,2%); в полтора раза - *Chlamydia trachomatis* (с 15,1% до 22,2%), HCV II (с 21,2% до 33,3%); практически в два раза - *Ureaplasma urealyticum* (с 24,2% до 44,4%), *Mycoplasma genitalium* (с 18,2% до 33,3%). Показатели *G.vaginalis* оказались сопоставимы (21,2% и 22,2%)

Таким образом, лечебно-профилактический комплекс обоснованных санационных мероприятий как при целом плодном пузыре («биологическая» санация), так и при излившихся околоплодных водах (антибиотик+ «биологическая» санация) позволяет продлить латентный период и «выиграть» время, сконцентрироваться на осуществлении профилактики РДС и инфекционно-воспалительных осложнений матери и ребенка – условий пролонгирования беременности и «дозревания» младенца.

Анализ диагностической информативности методов распознавания хориоамнионита (ХА) в когортах обнаружил значительный диссонанс показателей:

- констатация клинической симптоматики ХА практически у каждой шестой, причем независимо от приверженности СПТ:

- при деторождении в 28-31 нед. - 18%;

- в 32-36 нед. - 17,7%;

- большая частота гистологической верификации ХА в сравнении с клиническим диагнозом - в 1,7 раз; практически в два раза (30% и 15,4% соответственно) – в 32-36 нед при следовании СПТ.

Объяснение подобной разницы, очевидно, обусловлено диагностической недостаточностью тривиальных маркеров ХА – лейкоцитоза и гипертермии и требует введения в акушерскую практику более точных прогностических маркеров.

Детальный анализ частоты развития ХА показал:

- сопоставимую вероятность клинической констатации данного осложнения в родах, независимо от эффективности антибактериальной терапии (7,8% - при нечувствительности выделяемых инфектов к антибиотикам и 9,8% - при патогенетически обоснованной терапии);

- преобладание гистологической верификации ХА над клиническим распознаванием - в 1,7 раз (29,4% против 17,7%);

- меньшая частота данного осложнения определена при чувствительности выделенных инфектов к антибиотикам – практически в полтора раза (11,7% против 17,6% в среднем);

- большую вероятность его реализации по мере удлинения безводного периода (БП)(БП более 7 суток) только при неэффективной антибиотикопрофилактике:

- при ПР в сроки 28-31 нед. – у каждой восьмой (12%);

- при деторождении в 32-36 нед. – в два раза чаще при гистологической верификации в сравнении с клинической симптоматикой (23,5% против 11,8%).

В отношении ГСИ матки (послеродового эндометрита и субинволюции) установлено возрастание эпизодов заболеваний:

- при неэффективной эмпирической антибиотикотерапии:

- при деторождении в 28-31 нед. – в четыре раза чаще, чем до внедрения СПТ (16% против 4%);

- в 32-36 нед. – в два раза чаще, чем в когорте с приверженностью СПТ (7,7% против 3,8%).

- и при удлинении БП свыше 7 суток -

- в 28-31 нед. - в три раза чаще, чем до внедрения СПТ (18,7%);

- в 32-36 нед. – у 17,6%.

Удлинение БП свыше 7 суток определяло высокий риск развития внутриутробных инфекций (ВУИ) новорожденных только при неэффективной антибактериальной терапии:

- в пять раз при деторождении в 28-31 нед. (6,2% и 31,2% соответственно);
- в четыре раза – в 32-36 нед. (5,9% и 23,5% соответственно).

Частота ВУИ новорожденных оказалась максимальна при воспалительных изменениях последа (у всех женщин из когорт до реализации СПТ и 80% – после внедрения указанной стратегии), подтверждая сопряженность этих процессов. Вне гистологического подтверждения ХА подобная заболеваемость новорожденных была сведена к минимуму, вплоть до ее отсутствия (при деторождении в 32-36 нед.).

Опровержением абсолютной эффективности эмпирически назначаемой антибактериальной терапии (без уточнения микробного фактора) при клинических признаках манифестации ХА – гипертермии и лейкоцитозе у 18% женщин с ПИОВ в 28-36 нед. беременности в когортах до внедрения СПТ выступает отсутствие ее позитивного влияния на снижение частоты ХА, инфицирование последа, ГСИ матери.

Очевидно, что рост пуэрперальных осложнений на фоне неэффективной антибактериальной терапии при излившихся околоплодных водах определяет корреляция длительного БП с количественными характеристиками микрофлоры.

При сопоставимо высокой частоте гистологической констатации ХА во всех когортах вероятность реализации ГСИ матки оказалась достоверно меньшей после внедрения СПТ:

- при ПР в 28-31 нед. - в два раза (20% и 40% соответственно)($p < 0,05$),
- в 32-36 нед. - в четыре раза (11,5% и 48% соответственно)($p < 0,05$).

Несмотря на длительный БП (свыше 7 дней) при ПИОВ в сроки 28-36 нед. беременности пролонгирование беременности без риска реализации ВУИ новорожденных, ГСИ матки возможно при биологической санации родовых путей – чувствительной к выделенным при микробиологическом исследовании инфектам антибиотикопрофилактике с поддержанием эубиоза генитального тракта. Полученные нами данные согласуются с мнением, что пролонгирование беременности при ПИОВ сокращает частоту ГСИ новорожденных, однако противоположны высказываниям J.M. Lieman (2005) о возрастании риска инфицирования матери и плода при выжидательной после 34 нед. тактике.

Таким образом, как и можно было предположить, минимизацию внутриутробного инфицирования, послеродового эндометрита при ПИОВ определяет не сам факт антибактериальной терапии, а чувствительность выделяемых инфектов к антибиотикам.

Сравнительный анализ перинатальных исходов в зависимости от сроков гестации, активной и выжидательной тактики ведения родов осуществлялся из расчета параметров неврологического статуса новорожденных, степени гипоксически-геморрагического повреждения ЦНС, наличия и степени тяжести РДС, потребности в ИВЛ и дополнительной оксигенации – СРАР в раннем неонатальном периоде.

Контрастность состояния новорожденных в зависимости от тактики родоразрешения подтверждают сведения о том, что родовой стресс недоношенным плодом переносится значительно тяжелее, чем доношенным из-за меньшей кислородной емкости крови, малых ресурсов гликогена и жира, незрелости архитектоники.

Вместе с тем, исходное состояние вступающего в роды недоношенного ребенка далеко от благополучного, потому как является отражением влияния причины, непосредственно повлекшей недонашивание. Этот факт в полной мере объясняет

одинаково низкие показатели Апгар новорожденных во всех когортах – до и после внедрения СПТ (в 28-31 нед. - $5,7 \pm 1,2$ и $5,4 \pm 1,3$ баллов, в 32-36 нед. - $6,5 \pm 1,4$ и $6,2 \pm 1,3$ баллов).

Успешное выхаживание недоношенных детей требует оснащенности отделения интенсивной терапии специальной аппаратурой, однако именно активная («агрессивная») тактика ведения ПР в когортах до внедрения СПТ определяла большую потребность новорожденных в реанимационных мероприятиях, применении дополнительных методов оксигенации - аппаратной ИВЛ по причине пренебрежения профилактикой РДС или его неполного курса: в 28-31 нед. – в полтора раза (68% против 44%); в 32-36 нед. – в 2,7 раза (40% против 15,4%).

Следствием бережной тактики ведения ПР (после внедрения СПТ) оказалась меньшая констатация реанимационных мероприятий за счет применения:

- сурфактанта для сокращения риска дальнейшей бронхолегочной дисплазии непосредственно после рождения при констатации СДР новорожденных - в четыре раза меньше, чем до внедрения СПТ:

- в 28-31 нед. 84% и 20% соответственно;
- в 32 - 36 нед. – 60% и 15,4% соответственно.

- ранней СРАР - еще в родильном зале:

- в 28-31 нед. – в 1,2 раза чаще, чем до внедрения СПТ (44% против 36%);
- в 32 - 36 нед. – сопоставимой частоте (23,1% и 24%).

Резюмируя итоги совершенствования акушерской тактики ведения ПР при следовании стратегии СПТ, констатируем сокращение заболеваемости новорожденных:

- РДС – в полтора-два раза:

- в 28-31 нед. (с 100% до 84%);
- в 32-36 нед. (с 60% до 34,6%);

- гипоксически-ишемических повреждений ЦНС новорожденных:

- в 28-31 нед. - в полтора раза (с 72% до 52%);
- в 32-36 нед. – более чем в два раза (с 56% до 20,8%);

- внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК)(преимущественно, средней степени тяжести):

- в 28-31 нед. - в три раза (с 36% до 11,7%)($p < 0,05$);
- в 32-36 нед. – в полтора (с 12% до 7,7%)($p < 0,05$).

- несколько меньшей частоте перевода на II этап выхаживания при ПР в 32-36 нед. – в 1,1 раз (76,9% против 84%) при 100% переводе новорожденных от ПР в 28-31 нед.

Полученные нами результаты полностью соответствует концепции В.Е. Радзинского и соавт. (2008), показавших, что неадекватная тактика ведения беременности и родоразрешения - одна из ведущих причин тяжелого состояния недоношенных детей.

Таким образом, принимая во внимание практическую невозможность влияния на антенатальное состояние плода, интранатальное воздействие следует рассматривать как управляемый фактор жизнеспособности гестационно незрелых детей, минимизируя необоснованные акушерские действия с четкой алгоритмизацией необходимых вмешательств.

Научно-практическая база успешного опыта модернизации ведения послеродового периода с внедрением СПТ довольно обширна, однако в отношении ПР

– представлена только зарубежными коллегами (Lawn J.E. et al., 2010; Nyqvist K.H. et al., 2010; de Macedo E.C. et al., 2007).

Собственная оптимизация предусматривала следование стратегии СПТ в полном объеме, поэтому все недоношенные новорожденные, за исключением детей, требующих неотложных реанимационных мероприятий, выкладывались на живот матери в течение первых 30 мин. после рождения.

При деторождении в сроки **28-31 нед.** следование СПТ предусматривало:

- формирование стойкой доминанты лактации за счет нанесения молозива из пипетки на десну младенцев;
- совместное пребывание с матерью, вплоть до момента перевода на 2-й этап выхаживания с практикой техники «кенгуру», предполагающей тесный контакт «кожа к коже» на протяжении всего стационарного периода.

Полагаем обоснованным заключение ряда исследователей о позитивном эффекте подобной практики для улучшения грудного вскармливания, становления тесной психо-эмоциональной связи новорожденных с матерями и поддержания адекватной терморегуляции (Colaizy T.T. et al., 2012; De Curtis M, Rigo J., 2012; Hake-Brooks S.J., Anderson G.C., 2008);

- приоритет эксклюзивного грудного вскармливания сцеженным молозивом, грудным молоком через зонд или с помощью одноразовых ложечек - в полтора раза чаще (72% и 40% соответственно), чем до внедрения СПТ, определял меньшую частоту докорма смесью – в полтора раза (20% против 36%)($p<0,05$);
- при нахождении в отделении реанимации и интенсивной терапии вскармливание специализированной адаптированной молочной смесью для недоношенных проводилось в три раза реже, чем до внедрения СПТ (8% против 24%);
- ознакомление со способами сохранения лактации при переводе новорожденных на 2-й этап выхаживания – прерогатива СПТ – определила вскармливание сцеженным нативным грудным молоком, после ухода матерей - стерилизованным грудным молоком в три раза чаще, чем до внедрения стратегии (48% против 16%). Варианты кормления младенцев определялись тяжестью состояния детей, массой тела и гестационным возрастом (ложечкой, через орогастральный зонд путем болюсного введения или в режиме постоянной инфузии);
- авторитетная поддержка медперсонала в вопросах сохранения лактации при вынужденной разлуке с новорожденным способствовала меньшему сокращению частоты эксклюзивного грудного вскармливания – только в полтора раза, до внедрения СПТ - более чем в два раза (40% против 16%). Сцеживание родильниц способствовало возобновлению грудного вскармливания при стабилизации состояния новорожденного.
- смешанное вскармливание с добавлением специализированной адаптированной молочной смеси для недоношенных новорожденных после их перевода практиковалось в полтора раза реже, чем до внедрения СПТ (36% и 48% соответственно).

При деторождении в сроки **32-36 нед.** следование СПТ предусматривало:

- первое прикладывание новорожденных к груди (капли молозива);
- совместное пребывание родильниц с новорожденными – залог эксклюзивного грудного вскармливания (Flacking R. et al., 2011), приоритет которого предусматривал отказ от докармливания и «выпаивания» при информированной помощи и поощрении

со стороны медперсонала, демонстрацию техники грудного вскармливания вкупе с лекциями о его преимуществах;

- совместное пребывание с матерью, вплоть до момента выписки или перевода на 2-й этап выхаживания, при согласии женщины – в сочетании с практикой техники «кенгуру», предполагающей тесный контакт «кожа к коже» на протяжении всего стационарного периода;
- преимущественно грудное вскармливание до перевода новорожденных определено практически в два раза чаще, чем в когортах без приверженности СПТ (84,6% и 48% соответственно) ($p < 0,05$) при минимальных показателях смешанного – 7,7%, что практически в четыре раза меньше, чем до внедрения указанной стратегии (28%);
- вскармливание специализированной адаптированной молочной смесью для недоношенных новорожденных констатировано в три раза реже, чем до внедрения СПТ (7,7% против 28%);
- сохранность приоритета эксклюзивного грудного вскармливания при переводе новорожденных на 2-й этап выхаживания - более чем в два раза (61,5% против 28%), чем до внедрения СПТ сопровождалась стабильной частотой докорма новорожденных смесью (по 30,8%).

Следствием бытовавших до внедрения СПТ представлений о низкой при ПР лактирующей способности, а потому - необходимости докармливания и «выпаивания» ребенка с первых дней жизни вкупе с отдельным пребыванием матери и новорожденного являлась большая частота перевода на искусственное вскармливание.

Анкетирование женщин, роды которых состоялись до 2003 г., вскрывает причины подобного диссонанса:

- ранний категорический отказ от грудного вскармливания провоцируют его фиксированный график, нехватка опыта матерей вследствие недостатка в обучении, консультировании и поддержке;
- вскармливание из бутылочек и пользование «пустышек», упоминаемые и другими исследователями (Abolyan L.V. et al., 2006; De Lathouwer S. et al., 2004; Vieira G.O. et al., 2010).

Подобная тактика определяла высокую частоту мастита до внедрения СПТ – у 6% родильниц в среднем, лактостаза - у трети (32%) при деторождении в 28-31 нед. и четверти (24%) – в 32-36 нед.

Приоритет грудного вскармливания на фоне практики СПТ определял сокращение заболеваний лактирующей молочной железы:

- нивелирование лактостазов и маститов, что полностью подтвердило зарубежные данные (Bezares B., Sanz O., Jiménez I., 2009);
- минимальную констатацию трещин сосков как убедительного фактора риска развития лактостаза и мастита (Vieira G.O. et al., 2010) – в четыре раза реже при деторождении в 28-31 нед. (8% против 32%), практически в пять раз – в 32-36 нед. (7,6% против 36%).

Оценка инфекционно – воспалительной заболеваемости новорожденных позволяет констатировать сокращение эпизодов нозокомиальных инфекций после реализации СПТ:

- болезней пуповинного остатка:
 - в 28-31 нед. – в шесть раз (40‰ и 240‰ соответственно);
 - в 32-36 нед. – в четыре раза (38,5‰ и 120‰);

- ГСИ кожи (пемфигус, пиодермия, фурункулез):
 - в 28-31 нед. – в шесть раз (40‰ и 280‰ соответственно);
 - в 32-36 нед. – в пять раз (38,5‰ и 280‰);
- ГСИ глаз новорожденных (конъюнктивит, дакриоцистит):
 - в 28-31 нед. - в пять раз (40‰ и 200‰ соответственно);
 - в 32-36 нед. – нивелирование до нуля с 200‰;
- совокупной частоты ГСИ:
 - в 28-31 нед. - в пять раз (120‰ и 680‰ соответственно);
 - в 32-36 нед. - в семь раз (77‰ и 520‰).

Подобное заключение согласуется с данными мета-анализа о существенном снижении смертности недоношенных новорожденных весом менее 2000 г, их тяжелой заболеваемости, особенно - от инфекций (Conde-Agudelo A. et al., 2011; Moore E.R. et al., 2012).

При оценке инфекционно – воспалительной заболеваемости родильниц установлено, что, несмотря на идентичность микробного пейзажа обследованных женщин при беременности, значительный контраст характеристик флоры отмечен в когортах *до внедрения СПТ* за счет преобладания внутрибольничных штаммов в очагах ГСИ:

- родильниц - *Escherichia coli* - практически у половины (45,4%), *Staphylococcus aureus* – у четверти (27,3%), *Acinetobacter* spp. – у 13,6% родильниц, *Klebsiella* spp. (9,1%); CMV – у каждой пятой (18,2%), HCV II – практически у четверти (22,7%);
- новорожденных - у трети (36,7%) – *Escherichia coli*, практически аналогичного количества – *Staphylococcus aureus* (30%), каждого десятого (10%) – *Klebsiella* spp., у 6,7% - *Pseudomonas aeruginosa*.

Подтверждением госпитального характера ГСИ новорожденных выступала сопоставимость материнского микробного пейзажа в период беременности и бактериологии смазки младенцев в 84,3% случаев.

Приверженность СПТ способствовала радикальной микробной перестройке с сокращением высевания нозокомиальных штаммов:

- у родильниц - кишечной палочки – в полтора раза (45,4% против 25%)($p<0,05$), золотистого стафилококка – в два раза (27,8% против 12,5%)($p<0,05$) вплоть до полного отсутствия в посевах ацинетобактера, клебсиеллы при некотором возрастании частоты эпидермального стрептококка (25%), энтерококка (25%) при единичных показателях вирусов – CMV и HCV II (по 25%).
- у новорожденных – кишечной палочки - практически в два раза (с 36,7% до 20%) вплоть до нивелирования золотистого стафилококка, клебсиеллы, синегнойной палочки.

Наряду с отсутствием подобных штаммов в когорте младенцев с приверженностью СПТ разительный контраст спектра выделенных инфектов был обусловлен их приближенностью к материнской флоре.

Констатация микробной изменчивости с превалированием в очагах пуэрперальной инфекции условно-патогенных представителей подтверждает роль СПТ как безальтернативного фактора для снижения частоты гнойно-септических осложнений.

Высокую степень риска реализации инфекционных осложнений при рутинном сканировании органов малого таза уже на 3-и сутки пуэрперия подтверждал ряд критериев:

для самопроизвольных родов

- низкая интенсивность темпов инволюции матки (ее объема):

- к 5-м суткам – в 1,2 раза меньше (с $650,4 \pm 1,8$ до $556,6 \pm 1,1$ мм²)($p < 0,05$), независимо от срока деторождения; после внедрения СПТ – в 1,5 раза (в 28-31 нед. - с $378,9 \pm 0,39$ до $255,5 \pm 0,48$ мм²)($p < 0,05$); в 1,4 раза (в 32-36 нед. – с $377,5 \pm 0,94$ до $257,3 \pm 0,12$ мм²)($p < 0,05$);

- на 7-е сутки – в 28-31 нед. - в 1,8 раза (с $645,3 \pm 1,1$ до $359,6 \pm 0,5$ мм²) ($p < 0,05$) против 2,4 раз при следовании СПТ (с $378,9 \pm 0,4$ до $154 \pm 0,1$ мм²)($p < 0,05$); в 32-36 нед. - в 1,8 раза (с $645,3 \pm 1,1$ до $359,6 \pm 0,53$ мм²) против 2,5 раз после внедрения СПТ (с $655,6 \pm 2,64$ до $367,7 \pm 0,51$ мм²);

- сонографическая констатация эхонеоднородной полости матки (патологических гетерогенных включений - сгустов крови, остатков плацентарной ткани и децидуальной оболочки) при ее толщине > 15 мм.

для абдоминального родоразрешения:

- менее интенсивная динамика сокращения площади швов в интервале с 3-х по 7-е сутки - в 1,2 раза (против 2-хкратного уменьшения при следовании СПТ):

- в 28-31 нед. ($1077,5$ и 584 против $2522,8$ и $2028,2$ мм²)($p < 0,05$);

- в 32-36 нед. ($1061,5$ и $491,8$ и $2494,4$ и $2073,4$ мм²) ($p < 0,05$);

- низкий индекс инволюции площади швов (ИИПШ) – менее 0,5 (показатель неосложненного течения пуэрперии и адекватности репаративных процессов – более 0,5):

- в 28-31 нед. - $0,2 \pm 0,14$;

- в 32-36 нед. - $0,17 \pm 0,11$ ($p < 0,05$).

Ранняя прицельная сонографическая верификация группы риска ГСИ матки в пуэрперии с последующими реабилитационными мероприятиями – запланированной гистероскопией, плановым лаважем послеродовой матки антисептическими растворами, при необходимости - вакуум - аспирацией ее содержимого позволила добиться их реального снижения:

- послеродового эндометрита (ПЭ):

- в 28-31 нед. - в полтора раза (с 12% до 8%);

- в 32-36 нед. - в пять раз (20% и 3,8% соответственно)($p < 0,05$);

- субинволюции матки:

- в 28-31 нед. - в два раза (28% и 12% соответственно)($p < 0,05$);

- в 32-36 нед. - практически в четыре раза (28% против 7,6%)($p < 0,05$).

Сопоставление встречаемости ГСИ матки в зависимости от способа родоразрешения показало разительный контраст в показателях заболеваний после внедрения СПТ:

- частота субинволюции матки после *самопроизвольных родов* сократилась

- в 28-31 нед. - в три раза (24% и 8% соответственно)($p < 0,05$) при сопоставимой частоте ПЭ (по 4%);

- в 32-36 нед. – практически в четыре раза (3,8% против 16%)($p < 0,05$);

- после *кесарева сечения*: в 28-31 нед. – в два раза (с 8% до 4%); в 32-36 нед. – в три раза (12% против 3,8%)($p < 0,05$), вплоть до нивелирования эпизодов ПЭ (с 4% до 0%).

Ряд пуэрперальных осложнений констатирован только до приверженности СПТ: частичное расхождение швов промежности – у четверти женщин (26%), серозный мастит – у 6%, серома шва передней брюшной стенки после КС – у 10% всех

обследованных. Нивелирование указанных вариантов ГСИ после внедрения СПТ определяло меньшую совокупную частоту пуэрперальных осложнений инфекционно-воспалительного характера:

- в 28-31 нед. - в четыре раза (84% и 20% соответственно)($p<0,05$);
- в 32-36 недель – практически в восемь раз (88% против 11,4%)($p<0,05$).

При оценке совокупной встречаемости ГСИ матки констатируется наибольшая заболеваемость до внедрения СПТ, независимо от сроков ПР: у трети (30%) - после самопроизвольных родов и только у каждой шестой (16%) – после абдоминального родоразрешения ($p<0,05$).

Сроки продолжительности пребывания в акушерском стационаре при ГСИ до внедрения СПТ превосходили аналогичные при реализации указанной стратегии. Определено, что приверженность СПТ обеспечила снижение регистрации ГСИ матерей в полтора раза ($p<0,05$), новорожденных – практически в семь раз ($p<0,05$).

Эффективность реализации мер СПТ подтверждает катамнестическая оценка заболеваемости новорожденных в течение года - меньшая ежемесячная регистрация отдельных нозологических форм. Благоприятное течение периода ранней неонатальной адаптации в условиях приверженности СПТ, в частности, эксклюзивному грудному вскармливанию при непрерывном кожном контакте и технике «кенгуру» реализовалась в большей активации компенсаторных возможностей:

- более интенсивных темпах прибавки массы тела (с трех месяцев):
 - в 28-31 нед. - на 6,6%;
 - в 32-36 нед. – на 5,4% при исходно сопоставимых показателях массы тела ($1428,4\pm 294,5$ г в среднем в 28-31 нед. и $2210\pm 413,6$ г – в 32-36 нед.);
- менее затяжном течении конъюгационной желтухи (разрешение - к 4-му месяцу):
 - в 28-31 нед. – в три раза чаще, чем до внедрения СПТ (40‰ и 120‰);
 - в 32-36 нед. - в полтора раза (115,5‰ и 160‰);
- меньшей частоте гипоксически-ишемического синдрома в сравнении с детьми, разлученными с матерями, к году:
 - в 28-31 нед. - в полтора раза (520‰ и 720‰);
 - в 32-36 нед. – практически в два раза (307,6‰ и 560‰);
- всплеск анемии регистрировался к 3-му месяцу, с тенденцией преобладания в когорте с ПР 32-36 нед. (до внедрения СПТ – в полтора раза чаще) и сопоставимыми к году показателями в когортах):
 - в 28-31 нед. - в три раза (40‰ и 120‰);
 - в 32-36 нед. – более чем в два раза (38,5‰ и 80‰). Полученные нами данные соответствуют сведениям об улучшении параметров оксигенации головного мозга при практике техники «кенгуру» (Begum E.A. et al., 2008), темпов психомоторного и когнитивного развития - на фоне пролонгированного грудного вскармливания (Hake-Brooks S.J. et al., 2008).

Рациональная последовательность действий при угрожающих и начавшихся ПР, определяющая возможность пролонгирования беременности, особенно – при ПИОВ, сокращения частоты неблагоприятных перинатальных исходов и ГСИ родильниц и новорожденных отражена в алгоритме (рис.1).

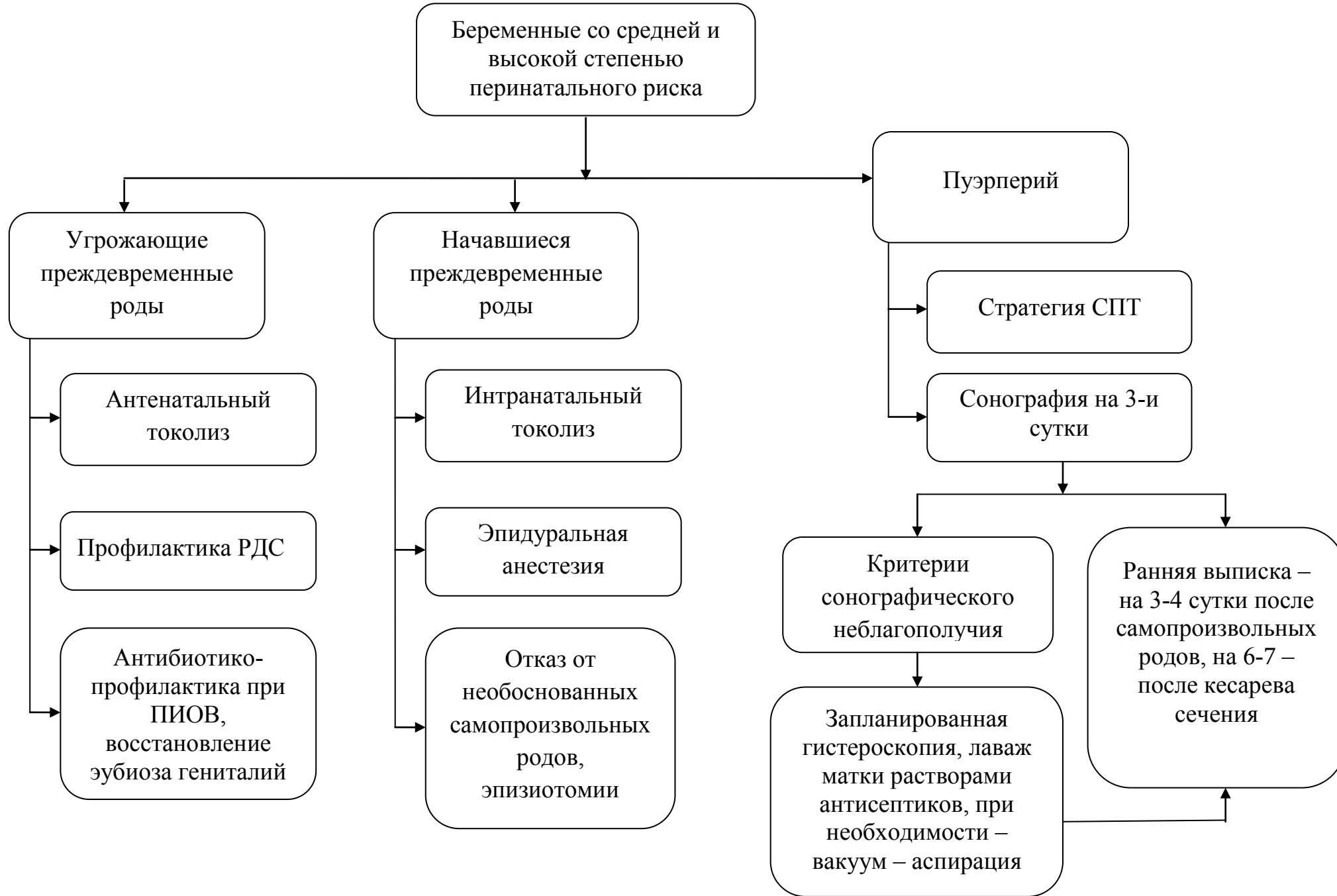


Рис. 1. Алгоритм ведения преждевременных родов.

ВЫВОДЫ

1. Вероятность реализации ГСИ определяют состояния, предрасполагающие к высокой бактериально-вирусной обсемененности генитального биотопа: низкий индекс соматического здоровья (болезни дыхательной системы (19,8%), мочевыделительной системы (11,8%), анемия (28,5%)), высокая частота репродуктивных потерь (29,4%), сопряженных с ними внутриматочных вмешательств и воспалительных заболеваний гениталий (18,8%); течение беременности на фоне анемии (17,8%), гестационного пиелонефрита (11,8%), дисбиоза гениталий (28,7%).
2. Интранатальными факторами неблагоприятных исходов ПР без использования СПТ являются аномалии родовой деятельности - (практически у каждой пятой (18%) в 28-31 нед; в два раза чаще - в 32-36 нед. (20% против 11,5%); быстрые и стремительные роды - в 2-3 раза чаще (в 28-31 нед. - 40% против 13%; в 32-36 нед. - 28% против 15,3%); острая гипоксия плода (в три раза чаще, чем при своевременных).
3. Основными причинами неблагоприятных перинатальных исходов до внедрения СПТ следует считать несостоятельность акушерской стратегии при ПР: низкую частоту реализации комбинированного анте- и интранатального токолиза - в полтора раза реже (в 28-31 нед. - 40% и 64%, в 32-36 нед. - 56% и 75%), профилактики РДС плода - в два раза (в 28-31 нед. - 36% и 64%, в 32-36 нед. - 40% и 73,1%; его неполный вариант - в пять раз реже (4% и 20,7%), адекватного обезболивания - в пять раз (в 28-31 нед. - 64% и 12%; в 32-36 нед. - 60% и 16%), отказ от тактики пролонгирования беременности при ПИОВ, приоритета абдоминального родоразрешения в 28-31 нед. - в два раза (16% и 28%), независимо от паритета.
4. Комплекс мероприятий для снижения ГСИ родильниц и новорожденных предусматривает биологическую санацию, устранение кофакторов как в целом максимальной микробной контаминации родовых путей, так и их неблагоприятного исхода вследствие неадекватной акушерской тактики: необоснованного отказа от анте- (в 28-31 нед. - в шесть раз чаще - 48% и 8%; в 32-36 нед. - у 40%) и интранатального токолиза (в 28-31 нед. - в четыре раза чаще (52% и 12%); в 32-36 нед. - в два раза (32% и 16%)), пренебрежения профилактикой РДС плода (реализуется в два раза чаще у не прошедших полного курса кортикостероидной профилактики - 25%, а 75% не получали их вовсе).
5. Эффективность мероприятий при излившихся околоплодных водах определяет приоритет выжидательной тактики ведения беременности с превентивной антибактериальной терапией (уточненной после бактериологического исследования) доказывает сокращение гистологической (в полтора - два раза (6,2% - в 28-31 нед., 11,8% - в 32-36 нед.)) картины ХА, послеродовых ГСИ (в 2-4 раза) (3,9% в среднем). Значимость длительного БП (до 7 суток) как фактора риска ХА и ВУИ детей актуальна только при неэффективной антибактериальной терапии. Частота реализованности ВУИ в неонатальном периоде при гистологическом подтверждении ХА максимальна (100% - до реализации СПТ, 80% - после).
6. Комплекс профилактических и лечебных мероприятий при ПР (сурфактант, ранняя СРАР) позволяет добиться сокращения гипоксически-ишемических повреждений ЦНС

новорожденных - в полтора - два раза (в 28-31 нед. - с 72% до 52%; в 32-36 нед. - с 56% до 20,8%); ВЖК - в полтора - три раза (в 28-31 нед. - с 36% до 11,7%; в 32-36 нед. - с 12% до 7,7%); РДС – в полтора - два раза (в 28-31 нед. - со 100% до 84%; в 32-36 нед. - с 60% до 34,6%); потребность в реанимационных мероприятиях и аппаратной ИВЛ – в полтора – три раза (в 28-31 нед. - 68% и 44%; в 32-36 нед. - 40% и 15,4%); перевода на II этап выхаживания - в 1,1 раза (в 32-36 нед. - 76,9% против 84% при 100% - в 28-31 нед.) и уменьшить продолжительность пребывания на нём – в 1,5 раза.

7. Безальтернативность СПТ (совместное пребывание, контакт «кожа к коже», техника «кенгуру», эксклюзивное грудное вскармливание - в 28-31 нед. - сцеженными молозивом и молоком из ложечки, через орогастральный зонд, до перевода на II-й этап выхаживания - в полтора раза чаще (72% и 40%), после - в три раза (48% против 16%); в 32-36 нед. – кормление грудью - в два раза чаще (до перевода - 84,6% и 48%, после - 61,5% против 28%), при стабилизации состояния – ранняя выписка); подтверждает минимизация нарушений лактационной функции вплоть до нивелирования мастита (с 6%), лактостаза – в 4-5 раз (с 24% - 32%).

8. Эффективность реализации мер СПТ подтверждает катамнестическая оценка заболеваемости новорожденных в течение года: более быстрые темпы прибавки массы тела (с трех месяцев)(в 28-31 нед. - на 6,6%; в 32-36 нед. – на 5,4%); сокращение регистрации неврологических заболеваний (в 28-31 нед. - в полтора раза (520‰ и 720‰); в 32-36 нед. – практически в два раза (307,6‰ и 560‰)); менее затяжное течение конъюгационной желтухи (в 28-31 нед. – в три раза (40‰ и 120‰); в 32-36 нед. - в полтора раза (115,5‰ и 160‰)).

9. Разработанный алгоритм ведения ПР, предусматривающий: ante- и интранатальный токолиз, профилактику РДС плода, поддержание зубиоза гениталий, при ПИОВ - выжидательную тактику с превентивной обоснованной антибактериальной терапией, адекватное обезболивание (эпидуральная анестезия) с отказом от необоснованных самопроизвольных родов и эпизиотомии, реализацией стратегии СПТ, при активном ведении пуэрперия (лечебные мероприятия при сонографической картине субинволюции послеродовой матки) позволяет улучшить перинатальные исходы и сократить пуэрперальные ИВЗ матерей в 4-8 раз, новорожденных - в 5-7 раз.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При угрозе преждевременных родов в сроки гестации 28-36 нед. беременности целесообразно применение острого антенатального токолиза (гексопреналина сульфат с/без индометацином, магния сульфат с/без индометацина, нифедипин) в течение 1-3 дней с целью полноценной профилактики РДС плода (28-34 нед.) глюкокортикостероидами (бетаметазон эффективнее дексаметазона) и/или перевода женщины в учреждения III уровня.
2. При начавшихся преждевременных родах в сроки гестации 28-36 нед. беременности обоснованным является использование интранатального токолиза в первом периоде родов до открытия маточного зева на 3-4 см для снижения

частоты быстрых/стремительных родов, адекватное обезболивание (эпидуральная анестезия), отказ от необоснованных самопроизвольных родов, эпизиотомии.

3. При ПИОВ после забора материала для бактериологического исследования из цервикального канала на флору и антибиотикорезистентность целесообразна превентивная антибактериальная терапия (с учетом предыдущего инфекционного анамнеза (ИППП, бактериальный вагиноз, болезни мочеполовой системы, гестационный пиелонефрит)) со сменой антибиотика при необходимости.
4. Непременным условием рационального ведения женщин с угрожающими ПР является восстановление эубиоза, ограничение санации дезинфектантами и антибиотиками, бережное ведение родов.
5. Послеродовой период женщин с ПР должен протекать в условиях приверженности СПТ.
6. Сонографический скрининг является обязательной практикой на 3-и сутки после родов – как после самопроизвольных родов, так и после кесарева сечения. При объективных критериях адекватной инволюции матки (уменьшение объема матки к 3-м суткам матки в 1,5 раза от исходного, размерах полости менее, чем 15 мм, отсутствии внутриматочных «находок», после КС - ИИПШ $>0,5$), родильница подлежит выписке.
7. При наличии критериев «неблагополучия» выполняется запланированная гистероскопия – с последующей вакуум-аспирацией содержимого полости матки и внутриматочным лаважем антисептическими растворами (изолированно – при «чистой форме» эндометрита, в т.ч. и после кесарева сечения). Своевременное выполнение комплекса лечебно-диагностических мероприятий (гистероскопия, вакуум-аспирация, лаваж матки) не удлиняет срок послеродовой госпитализации.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Апресян С.В., Арутюнян А.С., Крижановская А.Н., Тамаркин М.Б. Особенности течения беременности и родов у женщин с анемией // **Вестник Российского университета дружбы народов**. Серия Медицина. Акушерство и гинекология. – 2009. - №7. – С. 379-387.
2. Тамаркин М.Б., Леонидзе Л.Д., Гаранина О.С., Результаты модернизации подходов ведения пуэрперия при преждевременных родах // **Вестник Российского университета дружбы народов**. Серия Медицина. Акушерство и гинекология. – 2012. - №6. – С...
3. Тамаркин М.Б. Эффективность лечебно-профилактических санационных мероприятий для улучшения исходов преждевременных родов // **Вестник Российского университета дружбы народов**. Серия Медицина. Акушерство и гинекология. – 2012. - №6. – С...
4. Тамаркин М.Б., Осьмакова А.А., Рафеенко Т.В., Зятишкина И.В. Эффективность внедрения современных перинатальных технологий в родильном отделении городской многопрофильной больницы // Материалы IV международной научной конференции science4health 2012, 18 – 21 апреля. - М., 2012. – С. 11.
5. Оленева М.А., Тамаркин М.Б. Эффективность внедрения современных перинатальных технологий в оптимизации здоровья новорожденных // Проблемы репродукции. Материалы IV международного конгресса по репродуктивной медицине. – 2010. – С. 41.
6. Оленева М.А., Тамаркин М.Б. Частота инфекционно-воспалительных заболеваний родильниц и новорожденных до и после внедрения современных перинатальных технологий // Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Охрана репродуктивного здоровья – будущее России». – Белгород, 2010. – с. 63-65.
7. Ordiyanc I., Tamarkin M., Radzinskiy V., Olenewa M. Modern perinatalogical technologies in decreasing of postnatal pyoinflammatory diseases level. – COGI. The 13th World Congress on Contraversies in obstetrics, gynecology and infertility. – Berlin. – 2010. – A-53.
8. Krizhanovskaya A.N., Radzinskiy V.E., Tamarkin M.B., Toktar L.R. Prevalence and risk factors of the perineal trauma. – COGI. The 13th World Congress on Contraversies in obstetrics, gynecology and infertility. – Berlin. – 2010. – A-53.
9. Burenkova I., Ordiyants I., Tamarkin M., Vasilenko I. Morphofunctional features of thrombocytes in the first trimester of the pregnancy complicated with diabetes type 1 // J. Thromb. Haemost. – 2011. - Vol.9, Supplment 2. - P-WE-348.

**Тамаркин Михаил Борисович
(Россия)**

Эффективность современных перинатальных технологий для профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний новорожденных и родильниц при досрочном родоразрешении

В диссертационном исследовании показано, что модернизация тактики ведения преждевременных родов предусматривает оценку инфекционного потенциала беременных при угрозе недонашивания, восстановление эубиоза путем лечебно-профилактических санационных мероприятий.

Показано, что снижение обсемененности родовых путей при угрожающих ПР и ПИОВ достигается удлинением латентного периода за счет рационализации акушерской стратегии - комбинированного токолиза, профилактики РДС.

Доказана эффективность современных перинатальных технологий в снижении ГСИ родильниц и недоношенных новорожденных, оптимизации как ближайших исходов младенцев, так и отдаленных – на основании их катамнестической оценки на протяжении года. Обоснована целесообразность комплексного подхода - следования СПТ и адекватным лечебно – диагностическим мероприятиям для прогнозирования и профилактики осложнений пuerперия при досрочном родоразрешении.

**Tamarkin Mikhail Borisovich
(Russia)**

The effectiveness of modern perinatal technologies for the prevention of infectious and inflammatory diseases of newborn and postpartum women with early delivery

The dissertation study shows that modernization tactics of preterm birth will assess potential infectious pregnant with the threat of premature birth, recovery eubioz by treatment-and-prophylactic sanitization measures.

It is shown, that lowering the contamination of the birth canal during the threat of premature delivering and early discharge of amniotic fluid – is reached by lengthening of the latent period by rationalization of obstetrics strategy, combined tocolysis, prevention of respiratory distress syndrome.

It is proved, that modern perinatal technologies is efficiently reduce purulent-septic diseases of puerperas and premature newborns, optimizing both immediate outcomes of infants and remote - based on their catamnestic assess throughout the year. The reasonability of comprehensive approach is proved – following the usage of modern perinatal technologies and adequate medical – diagnostic measures for the prediction and prevention of puerperium complications during premature delivery.