

СЛУЧАИ ОЧЕНЬ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Абукеримова А. К., Старкова Д. С.
Научный руководитель: к.м.н., доцент Фомина И. В.

*ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,
кафедра акушерства и гинекологии г. Тюмень*

Ключевые слова: очень ранние преждевременные роды, преждевременный разрыв плодных оболочек.

Резюме: проведен сравнительный анализ случаев очень ранних преждевременных родов (ПР) прошедших в Тюменской области (ТО) в 2014 и 2016 гг. Выявлены основные причины самопроизвольных и индуцированных очень ранних ПР. Установлено незначительное снижение числа очень ранних ПР с 7% в 2014 г. до 5,7% в 2016 г.. Выявлено увеличение числа случаев преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО), как причины ПР в 22-27 недель.

Resume: A comparative analysis of the cases of premature delivery of the "Perinatal Center" (Tyumen), held in the State Health Insurance Service, in 2014 and 2016 has been carried out. It was revealed that with a slight decrease in the number of PB in the period of 22-27 weeks in 2016 to 5.7% from 7% in 2014. However, an increase in the number of premature rupture of the membranes as a cause of PD in the period of 22-27 weeks.

Актуальность. Важной проблемой в акушерской практике являются ПР [1,2,3,4,5], частота которых за последние несколько лет как в РФ, так и в ТО имеет тенденцию к снижению, что обусловлено правильным ведением пациенток в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и протоколами, а также развитием акушерской службы и грамотно организованной этапностью оказания медицинской помощи в случаях ПР в акушерском стационаре третьего уровня. В развитых странах ПР составляют от 5% до 7% от всех родов, но не имеют тенденции к снижению [1,3]. А в РФ число ПР колеблется от 5 до 6,5% [6]. Безусловно, неонатологическая служба за последние годы получила огромный виток развития и показатели перинатальной смертности стремительно снижаются, при растущей перинатальной заболеваемости [9]. Уход за недоношенным ребенком требует больших финансовых затрат со стороны семьи и государства. Данные расходы сложно посчитать из-за высокой заболеваемости этих детей и неблагоприятным исходом в виде осложнений, что является частой причиной смерти детей до пяти лет [3,5]. А выжившие в основном имеют отклонения в развитии [3].

Цель исследования. Сравнить частоту и структуру ПР очень раннего срока за 2014 и 2016 гг.

Задачи: 1. Сравнить количество ПР в ТО за 2014 и 2016 гг. 2. Оценить и сравнить количество очень ранних ПР в ТО за 2014 и 2016 гг. 3. Проанализировать причины очень ранних ПР в ТО за 2014 и 2016 гг.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 644 историй родов женщин, родоразрешенных в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г.Тюмень), далее ПЦ, в 2016 г. и 489 в 2014 г. (уч. форма № 096/у), заключений гистологических исследований последов (уч. форма № 014/у), индивидуальных карт

беременных и родильниц (уч. форма № 111/у), а также “Формализованные истории болезни” (ФИБ) родов, женщин, родивших в других родовспомогательных учреждениях Тюменской области (ТО) в 2016 г. Для обработки материала использована программы Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. В целом в ТО уделяется большое внимание проблеме ПР. Так, активно внедряются клинические протоколы по ПР, используется неинвазивный метод коррекции ИЦН-акушерские пессарии, назначаются препараты прогестерона (при наличии показаний), проводятся мероприятия по просвещению беременных женщин. С 2016 года для постоянного аудита ПР внедрено в работу всех родовспомогательных учреждений ТО заполнение на каждый случай ПР ФИБ родов врачом, который принял роды. Вследствие совокупности проведенных мероприятий в ТО, направленных на улучшение положения по проблеме ПР, в 2016 г. этот показатель 4,4% снизился на 1,0% по сравнению с 2014 г., что даже ниже такого показателя по РФ 5-6,5% [8].

Выделяют: очень ранние ПР (произошли в 22-27,6 недель гестации) - 5%, ранние ПР (в 28-33,6 недель) - 25-35% и поздние ПР (в 34-36,6 недель) - 60-70% [7]. Обращает на себя внимание снижение числа очень ранних ПР с 2014 года - 7% до 5,7%, что приблизилось к таковому показателю в РФ – 5%. Можно сделать заключение, что в ТО, несмотря на проводимые мероприятия, удерживается высокий показатель в очень раннем сроке, чем в среднем по РФ.

ПР также делятся по характеру на самопроизвольные и индуцированные [8]. К спонтанным (самопроизвольным) ПР относят: роды начавшиеся вследствие ПРПО, ИЦН и самопроизвольно развившейся родовой деятельности. А к медицинским показаниям для завершения беременности относят: преэклампсию, острую гипоксию плода, СЗРП, ПОНРП, предлежание плаценты с кровотечением, антенатальную гибель плода, ГБП и другие.

В 2016 г. большое количество преждевременных родов ПЩ относились к самопроизвольным – 62,3%, а 37,7% к индуцированным, в сравнении с РФ: самопроизвольные - 70-80%, а индуцированные - 20-30%. Сравнив данные 2014 г. - 56% можно проследить, что среди ПР очень раннего срока в 2016 г. выросло число самопроизвольных - 64,9%.

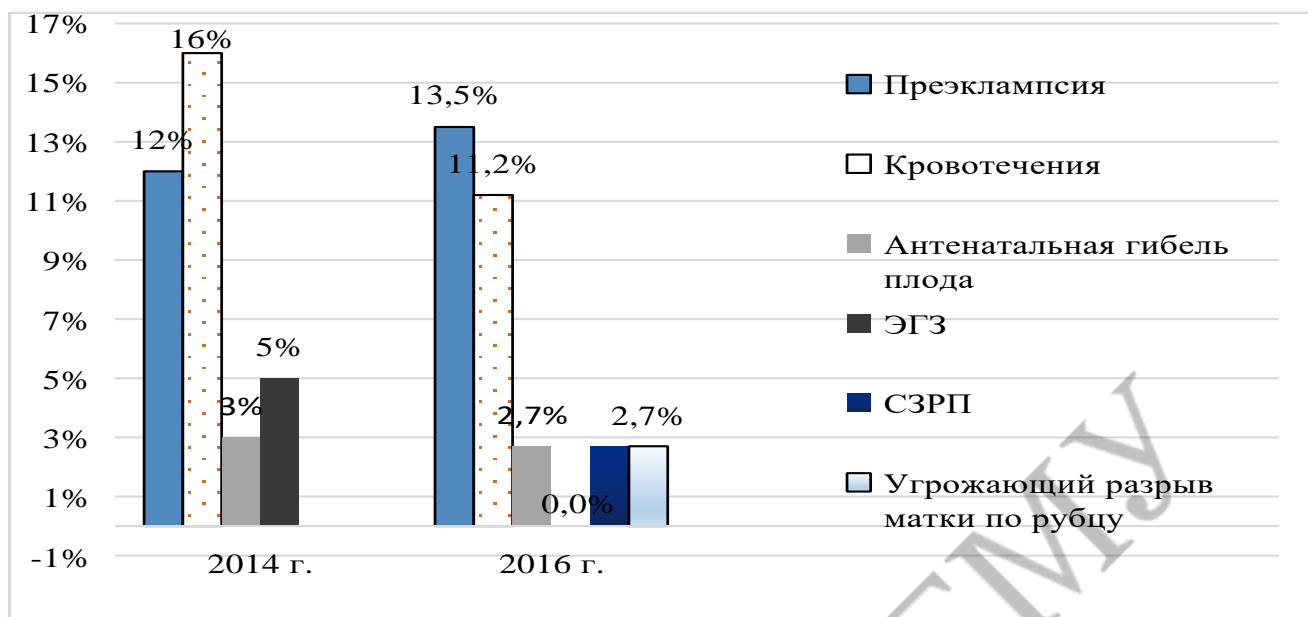


Рис.1 - Динамика причин индуцированных родов в 22-27 недель в 2014 и 2016 гг.

Как видно из рисунка 1, самой частой является преэклампсия, так в 2014 г. - 12%, в 2016 г. - 13,5%. Отмечается снижение кровотечений вследствие ПОНРП и подлежанием плаценты с 16% до 11,2%. Прерывание беременности из-за экстрагенитальной патологии в этом сроке не выявлено в 2016 г., в отличие от 2014 г. В 2014 и 2016 гг. СЗРП и угрожающий разрыв матки встречались гораздо реже - 2,7%.

Сравнивая причины спонтанных ПР в 22-27 недель, виден резкий рост ПРПО с 16% в 2014 г. до 35% (в 2,2 раза) в 2016 г.. Касательно иных причин, то они встречались реже. Так, например, случаи спонтанно развившейся родовой деятельности снизились с 22% до 16% и ИЦН с 16% до 13,5%., что связано с массовым использованием акушерских pessaries.

Выводы. 1. В ТО в 2016 г. ПР снизились на 1,0% по сравнению с 2014 годом (2016г.- 4,4%, 2014 - 5,4%), что даже ниже такого показателя по РФ 5-6,5%. 2. По сравнению с 2014 г. в 2016 году произошло снижение числа очень ранних ПР с 7% до 5,7%, что стало близким к данному показателю в РФ - 5%. 3. Самой частой причиной ПР очень раннего срока является ПРПО, возросшее в 2,2 раза по сравнению с 2014 г.

Литература

1. Акушерство. Национальное руководство / ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: «ГЭОТАР-Медиа», — 2015. — 189,264 с.
2. Насирова Ф.Ж. Взаимосвязь урогенитальной инфекции с преждевременными родами / Насирова Ф.Ж., Якубова О.А., Мамаджанова М.Р. // Российский электронный медицинский журнал. — 2015. — №2 (16). — С. 107-111.
3. Преждевременные роды. Информационный бюллетень ВОЗ. Ноябрь 2016 г. // who.int/mediacentre/factsheets (дата обращения 24.01.2018)
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: «ГЭОТАР-Медиа», — 2016. — 187,413 с.
5. Ртищева Е. Надо ли в России спасать детей, рождающихся на 22 неделе

беременности//Доктор Питер. 18.06.2012. URL: <http://doctorpiter.ru/articles/4129> (дата обращения 27.01.2018)

6.Зиядинов А.А. Преждевременные роды: факторы риска, состояние плода и новорожденного, критерии прогноза: Автореф. дис. канд.мед.наук. — Москва, 2016. — 25 с.

7.Преждевременные роды. Клинические рекомендации (протокол) [Электронный ресурс]. —Режим доступа: <http://www.trmo.ru/media/cms-page-media/46> (дата обращения 21.01.2018).

8.Фаткуллин И.Ф. Эффективные практики в диагностике и терапии преждевременных родов [Электронный ресурс].—Режим доступа: <http://www.arfpoint.ru/Effektivnie-praktiki-v-diagnostike-i-terapii-prejdevremenih-rodov> (дата обращения 23.01.2018).

9. Фомина И.В., Полякова В.А., Пыленко Н.В., Абукеримова А.К. Преждевременные роды:куда двигаться дальше // Международный научно-исследовательский журнал. – 2017. -№12 (66).-ч.4. - С.124-127.

Репозиторий БГМУ