

УДК 618.39 : 314.42-053.32 (571.56/.6)

Т.Ю. Пестрикова

Результаты анализа преждевременных родов на 22-27 неделе в 2015 году

Дальневосточный государственный медицинский университет

Контактная информация: Т.Ю. Пестрикова - e-mail: typ50@rambler.ru

Резюме

Представлен анализ преждевременных родов на 22-27 недели беременности в Дальневосточном федеральном округе. Основной причиной преждевременных родов на 22-27 неделях беременности были воспалительные заболевания. Per vias naturalis были родоразрешены 61,6% женщин в сроке беременности 22-27 недель. Операция кесарева сечения была выполнена в 38,4%. Выживаемость младенцев составила 37%. Доказано, что высокий показатель операции кесарева сечения не влияет на результаты выживаемости новорожденных при родах на 22-27 неделе гестационного периода.

Ключевые слова: преждевременные роды, младенческая смертность

T. Yu. Pestrikova

Results analysis preterm birth 22-27 Weeks in 2015 Far East state medical university, Khabarovsk

Far Eastern State Medical University

e-mail: typ50@rambler.ru

Summary

The analysis of preterm birth at 22-27 weeks of pregnancy in the Far Eastern Federal District. The main cause of preterm delivery at 22-27 weeks of pregnancy were inflammatory diseases. Per vias naturalis were 61,6% of women gave birth at 22-27 weeks of gestation. Caesarean section was performed in 38,4%. The survival rate of infants was 37%. It is proved that the high rate of caesarean section does not affect the results of neonatal survival at birth at 22-27 weeks of gestational period.

Key words: premature birth, infant mortality

Введение

По данным отечественных и зарубежных источников частота прежде-

временных родов (ПР) колеблется в популяции от 4 до 12 % [1, 6, 7].

Так в США уровень ПР достигает 11%. Данный факт объясняется широким использованием вспомогательных репродуктивных

технологий, в том числе экстракорпорального оплодотворения, а также высокой частотой ПР у афроамериканцев [1, 2, 6, 7].

ПР составляют 60-80% всех случаев перинатальной смертности (ПС) [2, 3, 6, 7].

В РФ частота ПР составляет 4,4 % (2013 г.). В Дальневосточном федеральном округе (ДФО) частота ПР соответствует 5,6 % (2014 г.). Частота ПР колеблется по ДФО от 4,7 % (Еврейская автономная область -ЕАО) до 6,9% (Республика Саха, Якутия -РС, Я), 2014 г.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) если беременность прерывается при сроке 22 недели и более, а масса плода составляет 500 г и более, а новорожденный выживает в течение 7 дней, то роды считают преждевременными с экстремально низкой массой плода. В настоящее время в РФ используется следующая классификация ПР:

- ПР (очень ранние) – 22-27 недель;
- ПР (ранние) – 28-32 недели;
- ПР – 33-36 недель (с 37 недель роды считаются срочными) [1,2,3,7].

В выступлениях докладчиков на У Конгрессе с международным участием «Ранние сроки беременности: от предгравидарной подготовки к здоровой ге-

станции. Проблемы ВРТ» (2015г.) приводились данные масштабного исследования, из которых следует, что при интенсивной терапии врачи могут спасти жизнь недоношенному ребенку в возрасте 22 недель. При этом врачи неонатологи разделились на две группы: одни считают, что на таком сроке младенцу нельзя помочь, а другие медики решаются на лечение. Согласно данным, представленным в журнале *The New England Journal of Medicine (2015 г.)*, часто лечение приводило к развитию у детей серьезных заболеваний, в том числе несовместимых с жизнью.

Многие врачи считают, что недоношенный ребенок может успешно перенести интенсивную терапию только в том случае, если его возраст составляет не менее 23 недель, поэтому изучение причин и исходов очень ранних преждевременных родов (ОРПР), является важной медико-социальной проблемой [4, 5, 8].

На основании вышеизложенного целью нашего исследования было проведение мониторинга ОРПР по территории ДФО, для уточнения их частоты, причин и анализа организационных мероприятий.

Обсуждение результатов

В соответствии с поставленной целью, нами был определен удельный вес ОРПР как в общей структуре родов, так при среди ПР (по ДФО). Всего нами было проанализировано 392 случая ОРПР.

Как следует из данных, представленных в табл.1 удельный вес ОРПР в общей структуре родов составил 0,54%, а среди ПР - 9,5%. Наименьшее количе-

ство ОРПР в общей структуре родов зафиксировано в Чукотском АО (0,22%), а в структуре ПР – в Магаданской области (3,7%).

Таблица 1. Частота ОРПР на территориях ДФО (2014 г.)

Территория ДФО	Частота ОРПР в структуре ПР (%)	Частота ОРПР в структуре родов (%)
Амурская область	4,3	0,56
Еврейская АО	14,8	0,67
Камчатский край	16,3	0,82
Магаданская область	3,7	0,9
Приморский край	9,5	0,5
Республика Саха	6,1	0,43
Сахалинская область	7,6	0,43
Хабаровский край	6,5	0,3
Чукотский АО	16,67	0,22
ДФО, 2014 г.	9,5	0,54

Анализ причин ОРПР представлен в табл. 3. Основной причиной ОРПР (табл.3) была патология плаценты (плацентарная недостаточность) и амниотической жидкости (АЖ) воспалительного генеза, которая составила 88,0%, и была статистически значимой величиной ($p < 0,001$). К плацентарной недостаточности (ПН) были отнесены преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), предлежание плаценты, хориоамнионит и др. В патологию АЖ вошли мало- и многоводие.

На втором месте по частоте распространения осложнений гестационного периода было невынашивание беременности (угроза прерывания беременности в I-II-м триместрах, истмико-цервикальная недостаточность - ИЦН), частота которого составила 64,3%.

Экстрагенитальная патология (ЭГП), как причина ОРПР, была верифицирована в 33,2% (патология почек воспалительного генеза - 12,8%).

Удельный вес вагинальных инфекций составил 30,9%; преэклампсии (ПЭ) – 7,4% (Табл.3).

Таким образом, у каждой женщины, гестационный период у которых завершился ОРПР, было по два и более нозологические формы осложнений гестационного периода, в основном воспалительного генеза.

Результаты родоразрешения женщин с ОРПР представлены в табл.2. Как следует из данных, представленных в табл.2, роды (в среднем по ДФО) у женщин с ОРПР в 61,6% были проведены через естественные родовые пути (Per vias naturalis), а в 38,4% случаев было выполнено родоразрешение посредством операции кесарева сечения (ОКС).

Таблица 2. Результаты родоразрешения женщин с ОРПР

Территория ДФО	Per vias naturalis (%)	ОКС (%)
Амурская область	60,3	39,7
Еврейская АО	53,3	46,7
Камчатский край	70,6	29,4
Магаданская область	50	50
Приморский край	36,36	63,64
Республика Саха (Я)	25,4	74,6
Сахалинская область	77,8	22,2
Хабаровский край	80,4	19,6
Чукотский АО	100	0
ДФО, 2014 г.	61,6	38,4

Анализ результатов по территориям округа показал, в Чукотский АО в 100% случаев роды были проведены рег

vias naturalis. Наиболее высокий показатель ОКС был зафиксирован в Республике Саха (Я) - 74,6% случаев.

Таблица 3. Осложнения гестационного периода у женщин при ОРПР (ДФО, 2014 г.) (часть 1).

Территории ДФО	ПЭ	ЭГП (n=130 – 33,2%)					Цервицит / вагинит
		Сахарный диабет	Пиелонефрит	ССП	Анемия (II-III)	Патология легких	
Амурская обл.	1	1	9	8	1	2	11
Еврейская АО	1	0	2	1	8	0	8
Камчатский край	6	1	2	1	1	2	21
Магаданская обл.	0	1	0	0	1	0	1
Приморский край	18	4	9	5	2	2	32
Республика Саха	18	6	15	9	6	1	4
Сахалинская обл.	2	0	6	2	3	6	12
Хабаровский край	6	0	7	3	1	0	31
Чукотский АО	1			1	1		1
ДФО, 2014 г.	53 7,4%	13 3,3%	50 12,8%	30 7,7%	24 6,1%	13 3,3%	121 30,9%

Таблица 3. Осложнения гестационного периода у женщин при ОРПР (ДФО, 2014 г.) (часть 2).

Территории ДФО	Патология плаценты, АЖ (n=345-88,0%)				Угроза прерывания беременности (1-2 триместры) (n=252 – 64,3%)			Другие причины
	ХА	ПН	Мало-, многоводие	ПОНР II	I	II	ИЦН	
Амурская обл.	14	46	10	0	20	18	0	9
Еврейская АО	3	8	3	3	6	7	0	0
Камчатский край	3	5	5	0	30	18	0	1
Магаданская обл.	1	1	1	0	2	2	11	0
Приморский край	24	52	18	9	21	67	0	0
Республика Саха	4	27	8	9	7	12	0	0
Сахалинская обл.	5	12	2	5	4	14	0	0
Хабаровский край	8	16	21	9	22	24	18	5
Чукотский АО	1	2	2			3		
ДФО, 2014 г.	63 16,1%	169 43,1%	78 19,9%	35 8,9%	99 25,3%	153 39%	91 23,3%	15 3,8%

В соответствии с регламентирующими документами МЗ РФ (приказ МЗ РФ № 572н от 1.11.12 г.; клинический протокол «Преждевременные роды» от 17.12.13 г.) ОРПР должны проводиться в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) III уровня, к которым относятся перинатальные центры (ПЦ), родильные стационары многопрофильных республиканских, краевых, областных больниц.

На территории ДФО ПЦ функционируют в Республике Саха (Я), в составе республиканской больницы; в Амурской области – в составе областной больницы. В Приморском и Хабаровском краях ПЦ функционируют как самостоятельные ЛПУ. Кроме этого, в Сахалинской области на базе областной многопрофильной больницы развернуты подразделения ПЦ.

Анализ маршрутизации женщин с ОРПР в ЛПУ представлен в табл.4.

Таблица 4. Уровни ЛПУ, в которых произошли ОРПР

Территория ДФО	ОРПР произошли в ЛПУ (уровень)		
	I (%)	II (%)	III (%)
Амурская область	8,3	12,7	82,5
Еврейская АО	6,7	93,3	0
Камчатский край	17,6	82,4	0
Магаданская область	0	100	0
Приморский край	5,8	37,2	58,68
Республика Саха	11,3	40,9	47,9
Сахалинская область	11,1	11,1	77,8
Хабаровский край	0	0	100
Чукотский АО	0	100	0
ДФО, 2014 г.	6,7	53,0	40,3

Как следует из данных, представленных в табл.4., только 40,3% ОРПР произошли в ЛПУ III уровня. В 53,0% женщины с ОРПР были родоразрешены в ЛПУ II уровня; 6,7% - в ЛПУ I уровня. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в неполной мере выполняются приказы МЗ РФ, поскольку строятся вопросы организации по оказанию помощи женщинам с ОРПР. Конечно, не во всех территориях ДФО есть возможность создать полноценные ПЦ, но организовать функционально связанные подразделения (на базе разных областных

стационаров: родильных, детских) вполне возможно и необходимо.

Вне всякого сомнения, нарушение логистики при оказании помощи женщинам с ОРПР оказывает негативное влияние на результаты исходов ОРПР, которые представлены в табл.5.

Как следует из данных, представленных в табл.5, наилучшие результаты (по оказанию помощи при ОРПР) были достигнуты в Магаданской и Сахалинской области. На данных территориях удельный вес выживших детей (не было случаев младенческой смертности -

Результаты анализа преждевременных родов на 22-27 неделе в 2015 году

МлС) составил 67,7% и 63,3% соответственно.

ной смертности (РНС) и поздней неонатальной смертности (ПНС) были зафиксированы в Еврейской АО и Чукотском АО (табл.5).

Наиболее высокие показатели мертворождаемости, ранней неонатальной смертности (РНС) и поздней неонатальной смертности (ПНС) были зафиксированы в Еврейской АО и Чукотском АО (табл.5).

Таблица 5. Исходы ОРПР

Территория ДФО	Исходы ОРПР			
	Не было случаев МлС (%)	Мертворождаемость (%)	РНС (%)	ПНС (%)
Амурская область	58,7	25,8	11,1	4,4
Еврейская АО	0	56,25	43,75	0
Камчатский край	22,2	27,8	50,0	0
Магаданская область	67,7	0	16,15	16,15
Приморский край	60,5	18,6	16,1	4,8
Республика Саха	39,5	22,2	19,8	18,5
Сахалинская область	63,3	30,1	3,3	3,3
Хабаровский край	21,4	33,9	10,7	34,0
Чукотский АО	0	50	33,3	16,7
ДФО, 2014 г.	37	29,0	23,2	10,8

Несмотря на наличие ПЦ в Хабаровском крае, на данной территории, по сравнению с другими образованиями ДФО, остаются высокими показатели мертворождаемости, РНС и ПНС.

Как следует из данных, представленных в табл. 6, наиболее частой причиной ПС и МлС при ОРПР были внутриутробные инфекции (ВУИ), к которым относятся пневмонии, сепсис, менингиты, энцефалиты и т.д. Частота данной патологии составила - 31,0%.

Полученные нами результаты (Табл.3) подтверждают мнение ряда исследователей о том, в 80% причиной ПР являются инфекционно-воспалительные заболевания, как генитальные, так и экстрагенитальные [1, 6, 7].

На втором месте по частоте распространения, как причины ПС и МлС при ОРПР, находится асфиксия (25,2%), далее следуют синдром дыхательных расстройств (СДР) - 20,6%; врожденные пороки развития (ВПР) - 14,8%.

Анализ причин МлС по территориям округа показал, что наибольшее количество случаев, явившихся причиной МлС, были следующие:

- Республика Саха - СДР (37,5%);
- Приморский край - ВПР (26%);
- Хабаровский край - ВЖК (66,7%).

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения организационных мероприятий по отработке алгоритма действий при вышеуказанной патологии.

Анализ случаев ОРПР показал, что во всех случаях были выявлены дефекты при ведении беременности и родов (Табл.7).

Как следует из данных, представленных в Табл.7, на уровне амбулатор-

ного звена были отмечены нарушения стандартов обследования и лечения (100,0%). В первую очередь это касалось качества выполнения УЗИ (пропущенные ВПР), свидетельствующее о недостаточной оснащенности.

Таблица 6. Причины перинатальной и младенческой смертности при ОРПР

Территория ДФО	Причины перинатальной и младенческой смертности при ОРПР (n =155)							
	Асфиксия	ВПР	ВЖК	ВУИ	Родовая травма	СДР	БЛД	Другие причины
Амурская область	6	5		6		7	2	1
Еврейская АО	9	1		4		3		
Камчатский край	3			3		2		
Магаданская область						2		
Приморский край	9	6		25	2			
Республика Саха	2	6	1	4		12	4	1
Сахалинская область	7	3					1	
Хабаровский край	1	1	2	5		4	1	
Чукотский АО	2	1		1		2		
ДФО, 2014 г.	39/ 25,2%	23/ 14,8%	3/ 1,9%	48/ 31,0%	2/ 1,3%	32/ 20,6%	6/ 3,9%	2/ 1,3%

аппаратурой и низкой квалификации врачей, работающих в кабинетах функциональной диагностики. Не менее важное значение имеет своевременное обследование, постановка диагноза и лечение воспалительных заболеваний, как генитальной, так и экстрагенитальной локализации.

Дефекты, выявленные на уровне стационаров (табл.7), при ведении беременных в отделениях патологии бере-

менных, свидетельствуют о необходимости четкой верификации диагноза, лечения воспалительных заболеваний, как генитальной, так и экстрагенитальной локализации, а также неадекватное использование препаратов для токолиза:

- назначение препаратов, не рекомендованных регламентирующими документами МЗ РФ;
- не использование эффективных для токолиза препаратов (атозибан).

Таблица 7. Дефекты, выявленные при оказании медицинской помощи при ОРПР (%)

	Амбулаторное звено	Стационар	В родах – врачи акушеры	Врачи неонатологи
ДФО	100	85,7	50,0	35,7

При оказании помощи роженицам (50,0%), в большинстве случаев, выявлено отсутствие адекватного обезболивания (перидуральная анестезия).

В процессе оказания помощи новорожденным с экстремально низкой массой тела отмечено отсутствие адекватных реанимационных мероприятий (35,7%): ИВЛ; назначение сурфактанта.

Заключение

1. Удельный вес ОРПР в общей структуре родов (по ДФО) составил 0,54%; среди ПР - 9,5%.
2. В структуре причин ОРПР патология плаценты, АЖ (воспалительного генеза) составила 88,0% ($P < 0,001$).
3. ЭГП, как причина ОРПР, выявлена в 33,2%.
4. Угроза прерывания беременности (1-2 триместры) составила 64,3%.
5. Удельный вес ОРПР был достоверно выше в ЛПУ II-го уровня (53,0%, $p < 0,001$); I-й уровень - 6,7%; III -й уровень - 40,3%.
6. Результаты родоразрешения ОРПР: *per vias naturalis* -61,6%; ОКС - 38,4%; выживаемость младенцев составила 37%.
7. Высокий удельный вес ОКС не влияет достоверно на результаты выживаемости новорожденных при ОРПР.

8. Причины перинатальной и младенческой смертности при ОРПР: *ВУИ* -31,0%; *асфиксия* - 25,2%; *СДР* - 20,6%; *ВПП* - 14,8%.

9. Дефекты, выявленные при оказании медицинской помощи при ОРПР: амбулаторное звено – 100%; стационар – акушеры-гинекологи (50,0%) и неонатологи (35,7%).

Список литературы

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии: практическое руководство / Под ред. И.С. Сидоровой, Т.В. Овсянниковой, И.О. Макарова. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 720 с.
2. Байбарина Е.Н., Дегтярев Д.Н. Переход на новые правила регистрации рождения детей в соответствии с критериями, рекомендованными Всемирной организацией здравоохранения: исторические, медико-экономические и организационные аспекты // Рос. вест. перинат. и пед. — 2011. № 6. С. 6-9.
3. Байбарина Е.Н., Шувалова М.П., Сорокина З.Х. и др. Переход Российской Федерации на международные критерии регистрации рождения детей: взгляд организатора здравоохранения // Акушерство и гинекология. 2011, № 6. С. 4-8.
4. Башмакова Н.В., Ковалев В.В. Выживаемость и актуальные перинатальные технологии при выхаживании новорожденных с экстремально низкой массой тела // Рос. вестник акуш. -гин. 2012. № 1. С. 4-7.

5. Особенности оказания медицинской помощи детям, родившимся в сроках гестации 22-27 недель / Д.О. Иванов, О.Г. Капустина, Т.К. Мавропуло и др. / под ред. Д.О. Иванова, Д.Н. Суркова. — СПб: Информ-Навигатор, 2013. 132 с.
6. Пестрикова Т.Ю. Мониторинг основных показателей работы акушерско-гинекологической службы Дальневосточного Федерального округа в 2014 году // Сборник научных трудов «Новые технологии в акушерстве и гинекологии». Хабаровск: издательство ДВГМУ, 2015. С. 8-37.
7. Сидельникова В.М. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок: руководство для врачей / В.М. Сидельникова, А.Г. Антонов. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. 447 с.
8. Углева Т.Н., Колмаков И.В., Хадиева Е.Д. Анализ летальных исходов новорожденных с экстремально низкой массой тела // Материалы VII Ежегодного конгресса специалистов перинатальной медицины. М., 2012. С. 45.