

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: ИЗМЕНЕНИЯ К ЛУЧШЕМУ

Фомина И.В.¹, Кукарская И.И.¹, Полякова В.А.¹, Кукарская Е.Ю.¹

¹ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Тюмень, e-mail: fiv-1982@mail.ru

Проведен сравнительный анализ случаев преждевременных родов (ПР), прошедших в Тюменской области (ТО) в 2014 и 2016 гг. Определена структура и частота ПР в зависимости от срока гестации. Выявлены основные причины самопроизвольных и индуцированных ПР. В 2016 году в ТО достигнут самый низкий показатель ПР за последние 5 лет - 4,4%. Установлено, что при незначительном снижении числа очень ранних ПР с 7% в 2014 г. до 5,7% в 2016 г. структура с прежним числом ранних ПР сохраняется. Отмечено явное снижение числа истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН), тяжелой преэклампсии, как причины ПР во всех сроках гестации. Но выявлено увеличение числа случаев преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО), как причины ПР в 22-27 недель, а в сроках 28-33 и 34-37 недель за счет спонтанно развившейся родовой деятельности.

Ключевые слова: преждевременные роды, преэклампсия, преждевременный разрыв плодных оболочек, истмико-цервикальная недостаточность.

PREMATURE BIRTH: CHANGES FOR THE BETTER

Fomina I.V.¹, Kukarskaya I.I.¹, Polyakova V.A.¹, Kukarskaya E.Y.¹

¹Tyumen state medical University, Tyumen, e-mail: fiv-1982@mail.ru

A comparative analysis of cases of premature birth (PR) in the Tyumen region (TU) in 2014 and 2016 was carried out. The structure and frequency of the PR is determined depending on the gestation period. The main causes of spontaneous and induced PR are revealed. In 2016, the technical service achieved the lowest level of PR for the last 5 years - 4.4%. It was found that with a slight decrease in the number of very early PRs from 7% in 2014 to 5.7% in 2016, the structure with the same number of early PRs remains. There was a marked decrease in the number of ischemic-cervical insufficiency (ICS), severe preeclampsia, as the cause of PR in all gestation terms. However, an increase in the number of cases of premature rupture of the membranes (PRPO) as a cause of PR in 22-27 weeks, and in terms of 28-33 and 34-37 weeks due to spontaneously developed labor was revealed.

Keywords: premature delivery, preeclampsia, premature rupture of membranes, ischemic-cervical insufficiency.

Преждевременные роды (ПР) — это комплексная медико-социальная проблема во всем мире [1-5]. Безусловно, грамотная маршрутизация пациенток, современная служба неонатальной реанимации с соблюдением этапности оказания помощи достигла своих результатов. Показатели перинатальной смертности имеют как в РФ, так и в Тюменской области тенденцию к снижению. Но недоношенные дети требуют огромных финансовых затрат как от государства, так и от семьи. Стоимость выхаживания новорожденного с экстремально низкой массой тела колеблется на двух этапах от 700 тысяч рублей до 1 миллиона рублей и более [5]. Затраты семьи на последующую реабилитацию таких детей подсчитать практически невозможно в связи с их высокой заболеваемостью и зачастую неблагоприятными в отношении здоровья исходами. Осложнения ввиду недоношенности являются основной причиной смертей детей в возрасте до пяти лет [3; 5]. Выжившие же в большинстве своем имеют различные степени отклонения в развитии, имеют трудности в обучении и социализации начиная от проблем с отдельными органами и системами вплоть до инвалидности [3]. Частота преждевременных родов в развитых странах составляет 5-7%

от всех родов и не имеет тенденции к снижению [1; 3]. В РФ число ПР в разных регионах колеблется от 5 до 6,5% [6].

Цель исследования. Провести сравнительный анализ частоты и структуры ПР за 2014 и 2016 гг.

Материалы и методы. Проведено сплошное ретроспективное исследование 644 историй родов женщин, родоразрешенных в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмени (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 исследования

В ТО систематически ведется работа по проблеме ПР: внедрены клинические протоколы по ПР, активно применяются акушерские пессарии, как неинвазивный метод коррекции ИЦН, широко, при наличии показаний, назначаются препараты прогестерона, проводится и аудит ПР. Так, в родовспомогательных учреждениях ТО на каждый случай ПР заполняется ФИБ, что внедрено в работу с 2016 года для контроля качества оказания медицинской помощи женщинам с ПР. ФИБ заполняется врачом, принявшим роды, и отражает срок, причину ПР, наличие наблюдения в женской консультации, возраст пациенток, группы и факторы риска по ПР, место родов, метод родоразрешения, вес плода, обезболивание родов, токолиз, наличие профилактики СДР плода, проведение нейропротекции плода по показаниям, выявление ИЦН и методы ее коррекции, наличие обследования на ИППП и проведение ее лечения, назначение гестагенов и наличие экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ). Благодаря комплексу проведенных мероприятий в ТО в 2016 г. продолжилась с 2014 г. наметившаяся тенденция по снижению числа ПР. Так, в 2016 г. отмечен достаточно низкий показатель преждевременных родов - 4,4% (1058), по сравнению с 2014 годом - 5,4% (1337), что даже ниже среднего показателя преждевременных родов по РФ - 5-6,5% [7].

Однако имеет значение не только само по себе число ПР, но и их структура в зависимости от срока гестации, в котором произошли ПР, поскольку общеизвестно, что чем он меньше, тем выше стоимость выхаживания новорожденного пропорционально койко-дню, проведенному ребенком и в отделении реанимации новорожденных, и на втором этапе выхаживания - в отделении патологии новорожденных и недоношенных [3; 5]. Так, в зависимости от срока гестации, в котором произошли ПР, выделяют: очень ранние ПР (произошли в 22-27,6 недели гестации) - 5%, ранние ПР (в 28-33,6 недели) - 25-35% и

поздние ПР (в 34-36,6 недели) - 60-70% [8]. По сравнению с 2014 г. произошло снижение числа очень ранних ПР с 7% до 5,7%, что стало близким к данному показателю в РФ - 5% [6; 7]. В остальном же структура ПР достоверно не изменилась, и по-прежнему число ранних ПР составляет 40%. Так, и количество поздних ПР практически не изменилось и составило 54,3% в 2016 г. против 53% в 2014. Таким образом, в Тюменской области сохраняется относительно большее число ПР в сроках гестации 22-27 и 28-33 недели, чем в среднем по РФ.

В 2016 г. в ПЦ г. Тюмени (ЛПУ 3 уровня) произошло 750 (70,9%) из 1058 случаев ПР, произошедших в ТО, лишь остальные 308 в других родовспомогательных учреждениях субъекта (ЛПУ 2 уровня: Межрайонные ПЦ г. Тобольска и г. Ишима; городские родильные дома № 2 и № 3 г. Тюмени). Так, лишь 2,5% ПР произошли в ЛПУ первого уровня (родильные отделения ЦРБ юга ТО), что, безусловно, говорит об отлаженной и работающей схеме маршрутизации пациенток в соответствии с Приказом МЗ РФ № 572Н от 01.11.2012 г. «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и приказом департамента здравоохранения ТО от 27.05.08 г. № 259, 259н от 27.05.2014 г. «О неотложных мерах по снижению материнской и младенческой смертности».

По характеру ПР принято подразделять на самопроизвольные (спонтанные) и индуцированные, т.е. имевшие медицинские показания для завершения беременности [8]. К самопроизвольным ПР относили роды, наступившие по причине ПРПО, ИЦН и спонтанно развившейся родовой деятельности. Индуцированные ПР имели следующие причины: преэклампсию, острую гипоксию плода, синдром задержки роста плода (СЗРП), преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты (ПОНРП), предлежание плаценты с кровотечением, антенатальную гибель плода, гемолитическую болезнь плода (ГБП), угрожающий разрыв матки по рубцу и другие.

Общая структура причин ПР в Тюменской области представлена в таблице 1 и выглядит следующим образом.

Таблица 1

Структура причин ПР в Тюменской области, n (%)

Причины ПР	Сводные данные по ТО, n=718	Данные ПЦ г. Тюмени, n=644
Самопроизвольные, из них:	464 (64,6%)	401 (62,3%)
- ПРПО	223 (31%)	200 (31%)
- спонтанная родовая деятельность	237 (33%)	187 (29%)

- ИЦН	4 (0,5%)	14 (2,2%)*
Индукцированные, из них:	249 (34,7%)	243 (37,7%)
- преэклампсия	78 (10,9%)	107 (16,6%)*
- ПОНРП и предлежание плаценты с кровотеч.	72 (10%)	42 (6,5%)
- острая гипоксия плода	42 (5,8%)	25 (3,9%)
- СЗРП	12 (1,7%)	27 (4,2%)*
- антенатальная гибель плода	27 (3,76%)	15 (2,3%)
- ЭГЗ	14 (1,9%)	11 (11,7%)*
- прочие	4 (0,5%)	16 (2,5%)*

Обозначение: * - здесь и далее во всех таблицах и рисунках - достоверно отличающиеся показатели.

Таким образом, большая часть данных по причинам ПР, прошедших в ПЦ, достоверно не отличается от данных всей Тюменской области и позволяет судить о картине ПР в целом по ТО. Достоверно отличающиеся данные связаны со спецификой маршрутизации пациенток в зависимости от срока при возможности ее выполнения (либо нет, как, например, при ПОНРП или острой гипоксии плода), концентрацией пациенток с экстрагенитальными заболеваниями, а соответственно и часто осложняющей течение беременности у таких женщин преэклампсией в ПЦ.

Среди прошедших в 2016 г. в ПЦ ПР большинство были самопроизвольными — 62,3% (в РФ 70-80%) и 37,7% индуцированных (в РФ 20-30%) [8]. Сравнивая полученные данные с 2014 г., видим, что в 22-27 недель в 2016 г. выросло число самопроизвольных ПР - 64,9%, а в 2014 - 56%. В сроке 27-33,6 недели тенденция сохранилась та же - в 2016 г. 61,1%, а в 2014 - 52%, что, бесспорно, является положительным фактом, приблизившим структуру ПР в ТО к данным по всей РФ.

Основные причины индуцированных по медицинским показаниям очень ранних ПР представлены на рисунке 1.

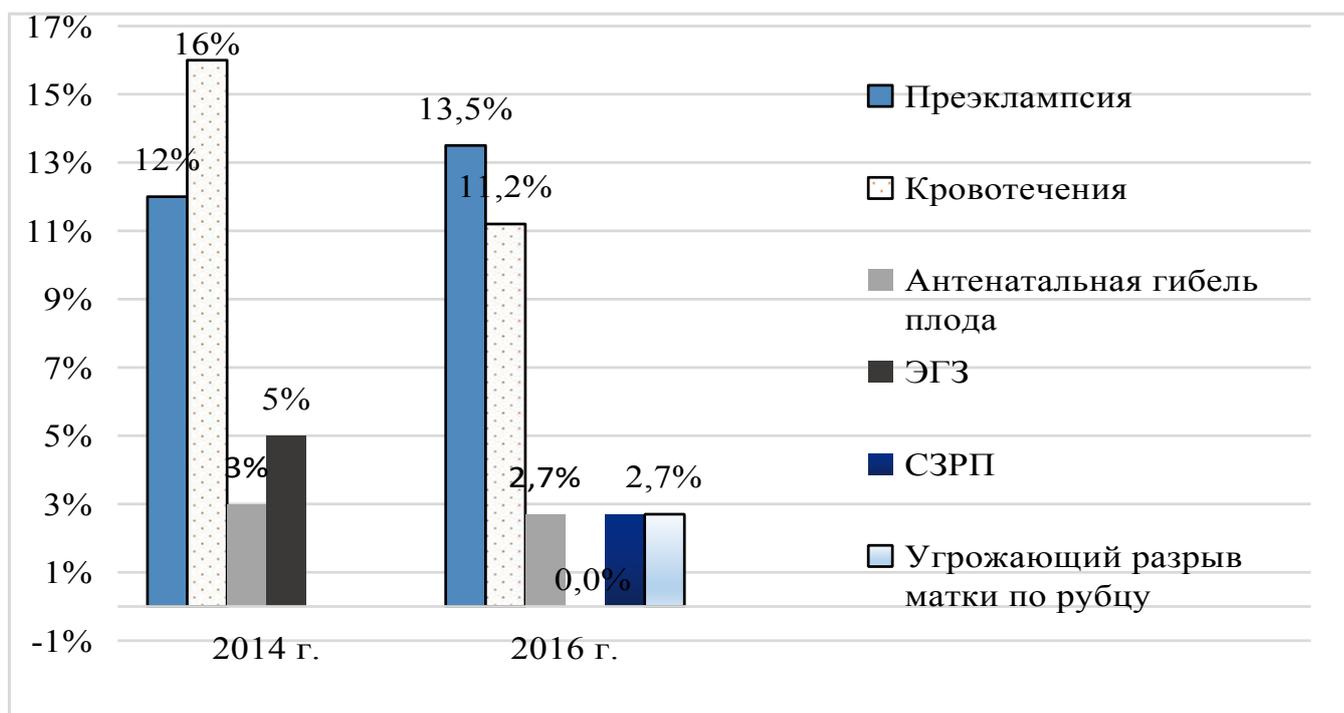


Рис. 1. Динамика причин индуцированных родов в 22-27 недель в 2014 и 2016 гг.

Как видно из рисунка 1, по сравнению с 2014 г. преэклампсия остается самой частой причиной очень ранних ПР (12% в 2014 г. и 13,5% в 2016 г.). При этом снизилось число кровотечений, связанных с ПОНРП и предлежанием плаценты, с 16% до 11,2%. Случаев прерывания беременности в 22-27 недель, где показанием служила экстрагенитальная патология, в 2016 г. в отличие от 2014 г. зарегистрировано не было. Такие причины ПР, как СЗРП и угрожающий разрыв матки по рубцу, встречались значительно реже - каждый в 2,7%.

В таблице 2 представлена динамика структуры причин самопроизвольных родов в различные сроки гестации 2014 и 2016 гг.

Таблица 2

Структура причин самопроизвольных ПР в различные сроки гестации (%)

	22-27 недель		28-33 недели		34-36,6 недели	
	2014 г.	2016 г.	2014 г.	2016 г.	2014 г.	2016 г.
ПРПО	16	35*	34	31	39	30,5*
Схватки	22	16*	20	27,6*	13	31,5*
ИЦН	16	13,5	8	2,5*	8	0,8*

В 2016 году произошли изменения и в структуре причин самопроизвольных ПР во все сроки гестации. При анализе причин самопроизвольных очень ранних ПР очевиден резкий

рост числа ПРПО с 16% в 2014 г. до 35% (в 2,2 раза) в 2016 г., другие же причины встречались реже: число случаев спонтанно развившейся родовой деятельности снизилось с 22% до 16% и ИЦН с 16% до 13,5%. Изучая причины ранних ПР, выявили рост числа спонтанно развившейся родовой деятельности с 20% до 27,6%, при значительном снижении ИЦН с 8% до 2,5% (в 3,2 раза) и практически неизменном числе ПРПО в 2014 и 2016 годах соответственно. В сроке же 34-37 недель очевиден достоверный рост числа спонтанно развившейся родовой деятельности с 13% до 31,5% (в 2,4 раза), при снижении числа ИЦН с 8% до 0,8% (в 10 раз) и ПРПО с 39% до 30,5% в 2014 и 2016 году. Таким образом, в сравнении с 2014 годом отмечено резкое снижение числа ИЦН, как причин ПР во всех группах по сроку гестации, что, безусловно, связано с широким применением акушерских пессариев, как амбулаторного метода коррекции выявленной ИЦН.

Основные причины, приводящие к медицинским показаниям прерывания беременности в сроке 28-33 и 34-36,6 недели в 2014 и 2016 гг., представлены на рисунке 2.

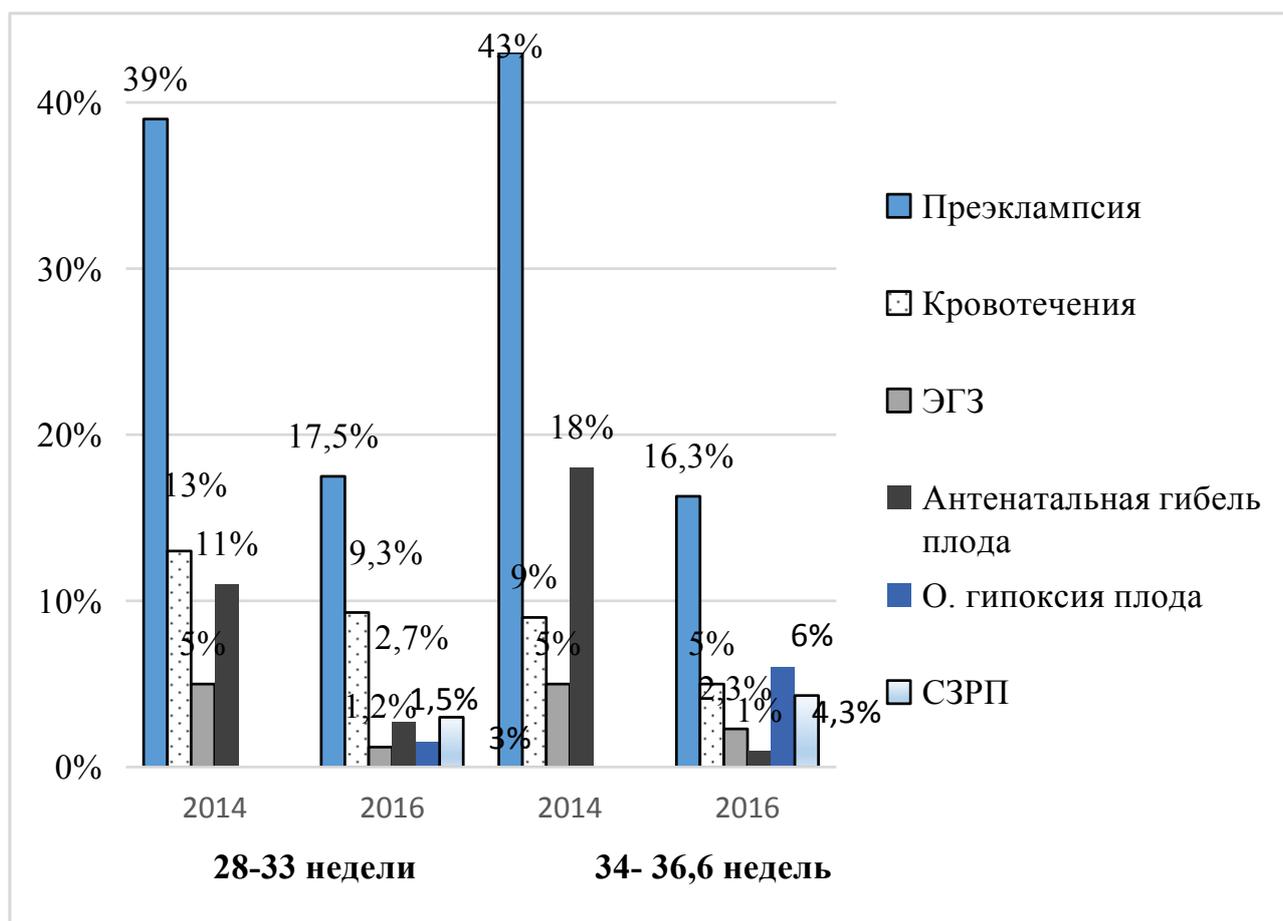


Рис. 2. Структура причин индуцированных ранних и поздних ПР в 2014 и 2016 гг.

При анализе причин индуцированных ранних ПР отмечается положительная динамика: достоверное снижение числа преэклампсий с 39% до 17,5% (в 2,2 раза) и

антенатальной гибели плода с 11% до 3,9% (в 2,8 раза), экстрагенитальных заболеваний с 5% до 1,2% (в 4,2 раза) в 2014 и 2016 г. соответственно.

Среди причин индуцированных поздних ПР также выявлены позитивные тенденции: достоверное снижение числа преэклампсий с 43% до 16,3% (в 2,6 раза), кровотечений с 9% до 4% (в 2,2 раза) в 2014 и 2016 гг. соответственно.

Изучены заключения о гистологическом исследовании последов. Так, воспалительные изменения в последе по восходящему типу встречались в 75% случаев самопроизвольных ПР, среди индуцированных в 55% (данные приведены для тех ПР, где заключение о гистологическом исследовании последа имелось в истории родов, что составляет 72% от общего количества ПР).

Выводы

1. В Тюменской области в 2016 году достигнут самый низкий уровень количества ПР за последние 5 лет - 4,4%, что ниже среднего показателя по РФ.

2. Однако структура ПР по сроку гестации в динамике относительно 2014 г. кардинально не изменилась, при снизившемся числе очень ранних ПР до 5,7% (что приблизилось к среднероссийскому показателю 5%). По-прежнему остается высоким и на том же уровне относительно 2014 г. - 40% число ранних ПР.

3. По сравнению с 2014 г. несколько выросло число самопроизвольных ПР по всем срокам гестации.

4. В 2016 г. выросло число ПРПО, как причины очень ранних ПР, в 2,2 раза, при значительном снижении числа ИЦН, как причины ранних ПР, в 3,2 раза и поздних ПР в 10 раз.

Заключение. Динамика ПР в Тюменской области в целом позитивна. Однако соблюдение Приказа МЗ РФ от 01.11.2012 г. № 572 н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», имеющих утвержденных Министерством здравоохранения клинических протоколов позволит изменить структуру ПР по срокам гестации, а также изменить структуру причин ПР, приблизив их к общемировому тренду.

Список литературы

1. Акушерство. Национальное руководство / ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 189, 264 с.
2. Насирова Ф.Ж. Взаимосвязь урогенитальной инфекции с преждевременными родами /

Ф.Ж. Насирова, О.А. Якубова, М.Р. Мамаджанова // Российский электронный медицинский журнал. – 2015. – № 2 (16). – С. 107-111.

3. Преждевременные роды. Информационный бюллетень ВОЗ. Ноябрь 2016 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://who.int/mediacentre/factsheets> (дата обращения: 23.05.2017).

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. — М.: 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 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://doctorpiter.ru/articles/4129> (дата обращения: 01.05.2017).

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

7. Фаткуллин И.Ф. Эффективные практики в диагностике и терапии преждевременных родов [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.arfpoint.ru/E-ffektivnie-praktiki-v-diagnostike-i-terapii-prejdevremenih-rodov> (дата обращения: 13.06.2017).

8. Преждевременные роды. Клинические рекомендации (протокол) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.trmo.ru/media/cms-page-media/46> (дата обращения: 21.08.2017).