

УДК 618.396-019

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Э.К. Малдыбаева, Г.В. Долгая, А.С. Турдиева, Т.А. Сарымсакова

Рассматриваются частота и структура перинатальных исходов при преждевременных родах, выявляются факторы риска развития различных перинатальных исходов.

*Ключевые слова:* преждевременные роды; новорожденный; тактика родоразрешения; перинатальные исходы.

---

## RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PERINATAL OUTCOMES IN WOMEN WITH PRETERM DELIVERY

*E.K. Maldybaeva, G.V. Dolgaya, A.S. Turdieva, T.A. Sarymsakova*

It considers the frequency and structure of perinatal outcomes for preterm labor, identify risk factors for development of various perinatal outcomes.

*Key words:* preterm delivery; the newborn; tactics delivery and perinatal outcomes.

Проблема преждевременных родов остается в центре внимания акушеров в связи с высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью недоношенных новорожденных и акушерскими осложнениями, которые нередко сопутствуют преждевременным родам (кровотечения, отслойка плаценты, инфекция и др.) [1–4]. Исход преждевременных родов для новорожденного зависит от многих факторов: срока гестации, тяжести и характера осложнений течения беременности, вида предлежания плода, тяжести хронической гипоксии плода, тяжести и характера осложнений течения родов. Наиболее часто ведут к перинатальной смерти тазовое предлежание плода в родах, преждевременная отслойка плаценты и быстрые роды [5–7]. Смертность детей резко снижается со срока 26 недель и массой тела более 750 г, тогда как при меньших показателях массы тела летальность составляет 80 % случаев [7–9]. В случаях экстремальной недоношенности, использование реанимации и интенсивной терапии оправдано при 26-недельной беременности, возможно при 24–25 неделях и не имеет успеха при 23 неделях и менее. По мнению ряда исследователей, нижняя граница выхаживания новорожденных – 24 недели и массой плода более 500 г [7, 10, 11].

Целью настоящего исследования явилось изучение перинатальных исходов в зависимости от сроков гестации и оценкой эффективности применения свободных родов с целью снижения осложнений.

Критериями для выявления преждевременных родов по материалам историй родов являлись клинические проявления заболевания, предложенные Международной классификацией заболеваний X пересмотра. Течение раннего неонатального периода новорожденных оценивали по шкале Аргар в баллах, после рождения оценивался неврологический статус и состояние физического развития ребенка.

Как видно из таблицы 1, наиболее частой сопутствующей патологией матери при неблагоприятных перинатальных исходах являлись: дородовое излитие околоплодных вод (31,9 %), тазовое предлежание плода (19,1 %) и преэклампсия (12,7 %).

Как видно из таблицы 2, наиболее частой сопутствующей патологией в структуре перинатальных потерь являлись: инфекция (23,7 %), незрелость плода (16,9 %) и нарушение мозгового кровообращения (15,2 %).

Нами проанализированы перинатальные исходы у женщин с преждевременными родами в зависимости от метода родоразрешения (таблица 3).

Таблица 1 – Сопутствующая патология обследованных беременных женщин

Патология	Абс. ч., n	%
Пиелонефрит	1	2,1
Отеки	1	2,1
Гипертензия	1	2,1
Презклампсия	6	12,7
Тазовое предлежание плода	9	19,1
Миома матки	2	4,2
Слабость родовой деятельности	2	4,2
Дородовое излитие околоплодных вод	15	31,9
Угроза прерывания беременности	5	10,6
Инфекция	4	8,5
Сужения таза различной степени	1	2,1
Всего	47	100

Таблица 2 – Сопутствующая патология плода

Патология	Абс. ч., n	%
Пороки развития	6	10,2
Отслойка плаценты	6	10,2
Фетоплацентарная недостаточность	8	13,6
Инфекция	14	23,7
Аспирация околоплодными водами	1	1,7
Нарушение мозгового кровообращения	9	15,2
Болезнь гиалиновых мембран	4	6,7
Незрелость	10	16,9
Переношенность	1	1,7
Всего:	59	100

Ранняя неонатальная смертность среди новорожденных, рожденных естественным путем, была в 7 случаях (0,92 %), а при операции кесарева сечения – в 5 случаях (4,28 %).

При оперативном родоразрешении достоверно чаще рождались дети в состоянии асфиксии, что, соответственно, требовало проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, а также перевод на II этап выхаживания. Достоверно выше была ранняя неонатальная смертность при оперативном родоразрешении. При вагинальном родоразрешении новорожденные выписывались домой, по сравнению с оперативным методом.

В таблице 4 представлена структура причин ранней неонатальной смертности в обследованных группах новорожденных.

В 33,3 и 50 % случаев, соответственно при вагинальном и оперативном родоразрешениях, причиной ранней неонатальной смертности стало за-

Таблица 3 – Перинатальные исходы в зависимости от метода родоразрешения

Новорожденные	Родоразрешение	
	вагинальное (n = 793)	оперативное (n = 130)
Мертворожденные	11 (1,44 %)	1 (0,84 %)*
Ранняя неонатальная смертность	7 (0,92 %)	5 (4,2 %)
Лечение в РИТ или переведен на 2-й этап выхаживания	13 (1,7 %)	5 (4,2 %)
Выписан домой	762 (96,09 %)	119 (91,53 %)**

Примечание. \* –  $P < 0,05$ ; \*\* –  $P < 0,001$ .

Таблица 4 – Структура причин ранней неонатальной смертности

Патология	Родоразрешение	
	вагинальное (n = 18)	оперативное (n = 6)
Болезнь гиалиновых мембран	6 (33,3 %)	3 (50 %)
Кровоизлияния в желудочки мозга	2 (11,1 %)	2 (33,3 %)
Внутриутробная инфекция	3 (16,6 %)	1 (16,6 %)
Болезнь гиалиновых мембран и кровоизлияния в желудочки мозга	4 (22,2 %)	-
Пороки развития	3 (16,6 %)	-

болевание гиалиновых мембран. На втором месте причиной ранней неонатальной смертности послужило кровоизлияние в желудочки мозга (33,3 %) при операции кесарева сечения, а при вагинальном родоразрешении болезнь гиалиновых мембран в сочетании с кровоизлиянием в желудочки мозга (22,2 %).

Относительно перинатальной смертности из 923 новорожденных, 6 погибли антенатально (0,65 %), 5 – интранатально (0,54 %) и 9 (0,97 %) в постнатальном периоде. Соответственно из 24 новорожденных, погибли антенатально 25 %, интранатально – 20,8 % и остальные – 37,5 % в постнатальном периоде.

При оценке по шкале Apgar, среди родившихся живыми и умершими на первой неделе жизни (12 новорожденных), 1 ребенок (8,33 %) не имел признаков асфиксии (7–9 баллов). В асфиксии легкой степени (6–7 баллов) находились 4 новорож-

денных (33,33 %), тяжелой степени (2–5 баллов) – 7 новорожденных (58,33 %).

Зависимость, причин послуживших ранней неонатальной смертности и срока гестации, представлена в таблице 5

Таблица 5 – Причины ранней неонатальной смертности и срок гестации

Патология	Срок гестации	
	28–33 нед., (n=11)	34–36 нед., (n=13)
Болезнь гиалиновых мембран	5 (45,45 %)	4 (30,76 %)
Кровоизлияния в желудочки мозга	1 (9,09 %)	3 (20,07 %)
Внутриутробная инфекция	3 (27,27 %)	1 (7,69 %)
Болезнь гиалиновых мембран и кровоизлияния в желудочки мозга	2 (18,18 %)	2 (15,38 %)
Пороки развития	-	3 (20,07 %)

На первом месте достоверно чаще причиной смерти служила болезнь гиалиновых мембран (45,45 %). При сроке гестации 28–33 недели на втором месте причиной ранней неонатальной смерти служила внутриутробная инфекция (22,27 % случаев), а затем болезнь гиалиновых мембран в сочетании с кровоизлиянием в желудочки мозга (18,18 % случаев).

В то же время среди новорожденных с гестационным сроком 34–36 недель в три раза реже причиной неонатальной смертности служила внутриутробная инфекция.

Согласно полученным данным, частота преждевременных родов составляет 4,2 % случаев от общей популяции беременных женщин. При этом перинатальные исходы при преждевременных родах зависят от гестационного возраста новорожденных и степени выраженности гипотрофии. Как показало исследование, при свободном методе ведения преждевременных родов достоверно чаще рождаются дети без признаков асфиксии, общая заболеваемость при традиционном методе ведения родов выше в большинстве случаев за счет нарушений мозгового кровообращения, а перинатальная смертность в 2 раза выше по сравнению со свободным методом ведения родов.

Таким образом, анализ перинатальных исходов преждевременных родов показал, что при свободном методе ведения преждевременных родов достоверно чаще рождаются дети без признаков асфиксии, реже требуется лечение в условиях реанимации и интенсивной терапии, соответственно меньше ранняя неонатальная смертность. Общая заболеваемость при традиционном родоразрешении достоверно больше по сравнению со свободным методом за счет более высокой частоты нарушений мозгового кровообращения и внутриутробной инфекции.

#### Литература

1. Айламазян Э.К. Преждевременные роды / Э.К. Айламазян // Вестник Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. 1995. № 2. С. 3–11.
2. Кулаков В.И. Новые медицинские технологии в сохранении и восстановлении репродуктивной функции женщины / В.И. Кулаков // Новые технологии в акушерстве и гинекологии. 1999.
3. Савельева Г.М. Выбор оптимального метода родоразрешения в снижении перинатальных потерь / Г.М. Савельева // Акушерство и гинекология. 2000. № 5. С. 12–17.
4. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности / В.М. Сидельникова, В.А. Бурлев, Н.И. Бубнова и др. // Акушерство и гинекология. 1994. № 4. С. 14–20.
5. Энкин М. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах / М. Энкин, М. Кейрс, М. Рэнфрю и др. М., 1999. С. 361–374.
6. Chamberlain G. Epidemiology and etiology of the preterm baby // Clin. Obstet. Gynecol. 1984. V. 11. P. 297–314.
7. Cooper R., Wein R., Casal D. A multicenter study of preterm births and gestational age-specific neonatal mortality // Am. J. Obstet. Gynecol. 1993. V. 168. P. 78–84.
8. Hack M., Friefman H., Fanaroff A.A. Outcomes of extremely low birth weight infants // Pediatr. 1996. V. 98. P. 931–937.
9. Mavalankar D.V., Gray R.H., Trivedi C.R. Risk factors for preterm and term low birth weight in Ahmedabad, India // Inter. J. Epidemiol. 1992. V. 29. P. 263–272.
10. Meis P.J., Ernest J.M., Moore M.J. Causes of low birth weight births in public and private patients // Am. J. Obstet. Gynecol. 1987. V. 156. N. 5. P. 1165–1168.
11. Mongelli M., Gardosi J. Birth weight, prematurity and accuracy of gestational age // Inter. J. Gynec. Obstet. 1997. V. 56. N 3. P. 251–256.