

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

*Г.В. Долгая, Д.А. Умарбаева, А.В. Георгица*

Ретроспективным исследованием неблагоприятных перинатальных исходов установлено, что основной причиной перинатальной патологии является инфекция, а основная причина смертности – болезнь гиалиновых мембран. При этом вагинальное родоразрешение имеет преимущество перед оперативным родоразрешением.

*Ключевые слова:* перинатальные потери; внутриутробная инфекция; кровоизлияние; врожденные пороки развития.

В условиях сниженного воспроизводства, неудовлетворительных показателей соматического и репродуктивного здоровья населения

сохранение каждого жизнеспособного плода и новорожденного приобрело для общества стратегическое значение.

Перинатальные потери являются одним из основных показателей уровня медицинской помощи, характеризуют, с одной стороны, состояние здоровья женщины и фетоплацентарной системы, а следовательно, степень жизнеспособности плода, а с другой – качество оказания медицинской помощи матери во время беременности, родов и ребенку до и во время родов, а также после рождения, т.е. состояние акушерско-гинекологической службы [1–3].

Среди основных причин перинатальных потерь, первое место занимают дыхательные нарушения различного типа (48,9–19,9%), второе – пороки развития (21,5–13,3%), затем инфекционные процессы (5,3%) и кровоизлияния (10,3%) [2, 3].

Среди “материнских” причин на первом месте патология плаценты (преждевременная отслойка, предлежание) и пуповины, составляя, наряду с гипертензивными нарушениями 27,8%, большое значение придается также перенашиванию [3]. Наиболее часто ведут к перинатальной смерти тазовое предлежание плода в родах, преждевременная отслойка плаценты и быстрые роды [4]. В случаях экстремальной недоношенности использование реанимации и интенсивной терапии оправдано при 26-недельной беременности, возможно – при сроке 24–25 недель и не имеет успеха при 23 неделях и менее. По мнению ряда исследователей, нижняя граница выхаживания новорожденных – 24 недель и массе плода более 500 г.

Существуют мнения о том, что одним из элементов, характеризующих перинатальные потери, является операция кесарева сечения. В настоящее время показания к операции кесарева сечения расширились, что привело к значительному снижению перинатальных потерь [5]. Расширение показаний к операции кесарева сечения оправдано в тех случаях, когда параллельно наблюдается снижение перинатальных потерь и улучшение перинатальных исходов [1, 5]. Так, в Российской Федерации за последние 5 лет частота операций увеличилась с 12,2 до 15%, а перинатальная смертность при этом снизилась с 15,83 до 12,80‰ [1, 5].

Наиболее низкий уровень перинатальной смертности отмечается в развитых странах – Финляндия (6,4‰), Швеция (7,5‰), ФРГ (7,8‰), Япония (8,0‰), Великобритания (9,3‰) [6, 7]. По данным различных авторов, показатели перинатальных потерь по Российской Федерации составляют от 16–18‰ [6] до 3,5–4,4‰ [1, 5], составляя в среднем 12,1–11,4‰ [2, 3]. Средние показатели

по Бишкеку достаточно высокие по сравнению с таковыми в экономически развитых странах и составляют 24,8–25,3‰.

Цели нашего исследования – ретроспективное изучение перинатальных исходов в зависимости от сроков гестации и оценка эффективности родоразрешения для снижения перинатальных осложнений.

Были изучены истории наблюдений беременных женщин (921), поступивших за период с 01.01.2005 по 31.12.2006 г. в базовую клинику кафедры акушерства и гинекологии КРСУ, где наблюдаются женщины с различными осложнениями гестационного процесса. На основе проведенного ретроспективного исследования было отобрано 42 истории, описывающих перинатальные потери, что составило 4,6% общей популяции беременных, поступивших в клинику.

Критериями для отбора по материалам историй родов являлись клинические проявления заболевания, предложенные Международной классификацией заболеваний X пересмотра. Течение раннего неонатального периода новорожденных оценивали по шкале Аргар а баллах, определяли массу тела, рост, окружность головки и грудной клетки. При этом 7–9 баллов оценивалось как удовлетворительное состояние, 6–7 баллов – состояние легкой асфиксии и 2–5 баллов – как тяжелая асфиксия.

Таблица 1

Сопутствующая патология плода

Патология	Абсолютное число	%
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

При исследовании патологии беременности, сопутствующей перинатальным потерям, было выявлено, что 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%) и в наименьшей степени к этому приводило сужение таза матери различной степени (2,1%).

Как видно из табл. 1, наиболее частой сопутствующей патологией в структуре перинатальных потерь в клинике являлись: инфекция (23,7%), незрелость плода (16,9%) и нарушение мозгового кровообращения (15,2%). При этом пороки развития не занимают лидирующих позиций, что говорит в пользу перинатального скрининга.

Нами проанализированы перинатальные исходы у женщин с преждевременными родами в зависимости от метода родоразрешения (табл. 2).

Таблица 2

Перинатальные исходы в зависимости от метода родоразрешения

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

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

Как видно из табл. 2, при оперативном родоразрешении чаще рождались дети в состоянии асфиксии, что соответственно требовало проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, а также перевода на II этап выхаживания. Выше была рассмотрена ранняя неонатальная смертность при оперативном родоразрешении. При вагинальном родоразрешении по сравнению с оперативным методом новорожденные выписывались домой.

Единичный случай операции кесарева сечения при мертвом плоде в сроке гестации 27–28 недель проведен в целях сохранения жизни женщины на фоне острой тотальной отслойки плаценты и состояния преэклампсии тяжелой степени.

В табл. 3 представлена структура причин ранней неонатальной смертности в обследованных группах новорожденных.

Таблица 3

Структура причин ранней неонатальной смертности

Патология	Родоразрешение			
	вагинальное (n=18)		оперативное (n=6)	
	кол.	%	кол.	%
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	–	–

Как видно из табл. 3, в 33,3% и 50% случаев соответственно при вагинальном и оперативном родоразрешении основной причиной ранней неонатальной смертности послужило заболевание гиалиновых мембран, на втором месте – 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 оставшиеся 37,5% в постнатальном периоде.

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

тыре новорожденных (33,33%), тяжелой степени (2–5 баллов) – семь (58,33%).

Зависимость ранней неонатальной смертности от срока гестации представлена в табл. 4.

Таблица 4

Причины ранней неонатальной смертности и срок гестации

Патология	Срок гестации			
	28–33 нед. (n=11)		34–36 нед. (n=13)	
	кол.	%	кол.	%
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

Как видно из табл. 4, на первом месте достоверно чаще причиной смерти служила болезнь гиалиновых мембран (45,45%). При сроке гестации 28–33 недель на втором месте была 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 была внутриутробная инфекция.

Таким образом, частота перинатальной патологии составляет 4,6% случаев от общей популяции беременных женщин и 23‰ от перинатальной смертности, что для клиники свидетельствует о достаточно высоком уровне оказываемой медицинской помощи.

Пороки развития в ранних сроках выявлялись путем перинатального скрининга и затем целенаправленного УЗИ исследования, что определяет очень низкий процент данной патологии в поздних сроках.

Перинатальные исходы зависят от гестационного возраста новорожденных и степени вы-

раженности гипотрофии (незрелости плода), при этом развивающаяся болезнь гиалиновых мембран занимает лидирующее место как причина смертности.

Основной патологией плода, приводящей к значительным перинатальным потерям, остается инфекция.

Ранняя неонатальная смертность среди новорожденных, рожденных естественным путем, была значительно ниже. Реже, чем при оперативном родоразрешении, рождались дети в состоянии асфиксии и, соответственно, меньше требовалось проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, а также перевода на II этап выхаживания. Выше была ранняя неонатальная смертность при оперативном родоразрешении. При вагинальном родоразрешении чаще новорожденные выписывались домой по сравнению с детьми, лечеными оперативным методом, что свидетельствует о преимуществе родоразрешения через естественные родовые пути.

Оперативное родоразрешение оправдано в жизненных интересах плода для предупреждения перинатальной патологии.

#### Литература

1. Савельева Г.М. Достижения и перспективы перинатальной медицины // Акуш. и гин. 2003. № 6. С. 3–6.
2. Фролова О.Г, Токова З.З. Основные показатели акушерско-гинекологической службы и репродуктивного здоровья // Акуш. и гин. 2005. №1. С. 3–6.
3. Суханова Л.П. Динамика перинатальной смертности в акушерских стационарах России в 1991–2002 гг. // Акуш. и гин. 2005. №4. С. 46–48.
4. Сидельникова В.М., Бурлев В.А., Бубнова Н.И. и соавт. Невынашивание беременности // Акуш. и гин. 1994. №4. С. 14–20.
5. Савельева Г.М., Курцер М.А., Клименко П.А. и соавт. Интранатальная охрана плода. Достижения и перспективы // Акуш. и гин. 2005. №3. С. 3–7.
6. Кулаков В.И., Серов В.Н., Демидов В.Н. и соавт. Алгоритм перинатального мониторинга // Акуш. и гин. 2000. №3. С. 56–59.
7. Ласточкина Т.В. Пути снижения перинатальной смертности на крайнем севере // Акуш. и гин. 2004. №6. С. 47–48.