

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ И РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Использование специально разработанной пренатальной технологии (отбор беременных в группу высокого риска, санация у них очагов инфекции в полости рта и гениталиях, терапия и профилактика железодефицитной анемии, коррекция белковой недостаточности и массы тела, ранняя диагностика и хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности, плановая госпитализация на 28-34-й гестационной неделе, антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома) снизило частоту преждевременных родов с 45 до 6%, раннюю неонатальную смертность - с 28 до 0%, гипотрофию плода - с 43 до 17%.

В республике Таджикистан чрезвычайно высоки уровни преждевременных родов (12%), перинатальной (193:1000) и ранней неонатальной смертности (103:1000) новорожденных гестационного возраста 28-37 недель [3].

В развитых странах проблема редуцирования неонатальной смертности успешно решается специальными превентивными программами, основанными на ранней диагностике и своевременной токолитической терапии преждевременных родов [4]. Однако в условиях современного Таджикистана большинство пациенток поступают на лечение с прогрессирующими преждевременными родами, когда токолиз уже неэффективен. Кроме того, использование в республике созданных на Западе профилактических высокотехнологичных программ нереально.

Как показали исследования, преждевременные роды и ассоциированную с ними неонатальную смертность предпочтительнее и экономически выгоднее предупредить, нежели ингибировать родовую деятельность. С учетом последнего целью настоящего исследования была разработка и оценка эффективности профилактических мероприятий для женщин с высоким риском преждевременных родов.

Адаптированная для применения в Таджикистане пренатальная технология профилактики преждевременных родов и ранней неонатальной смертности включает следующие обязательные компоненты:

1) обучение акушеров, пациенток и их мужей; 2) отбор беременных в группу высокого риска недоношивания [2]; 3) индивидуализированная стратегия ведения

беременности высокого риска недоношивания.

Последний компонент технологии состоит из следующих разделов: а) санация у беременных полости рта, гениталий, мочевыводящих путей и лечение другой соматической патологии; б) еженедельный визуальный и пальпаторный контроль состояния шейки матки с целью диагностики истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН), при этом риск недоношивания оценивали по специальной пятибалльной шкале; в) своевременная хирургическая коррекция ИЦН; г) профилактика плацентарной недостаточности комплексом препаратов, нормализующих гемодинамику, восстанавливающих простагландин-тромбоксановое равновесие (в т.ч. антиагрегантные дозы ацетилсалициловой кислоты) в децидуе и плаценте; д) профилактика железодефицита; е) плановая госпитализация на период с 28-й по 34-ю гестационную неделю; ж) назначение белкового энпита женщинам с дефицитом массы тела и гипотеинемией.

Включение в комплекс превентивных мероприятий средств профилактики плацентарной недостаточности базировалось на идентичности факторов риска недоношивания с факторами, ассоциированными с недостаточностью плаценты [1].

Из 530 наблюдавшихся женщин в группу повышенного риска недоношивания вошли 172 (32%) беременные, у остальных риск преждевременных родов был низок. Репродуктивный анамнез женщин характеризовался значительным уровнем (18%) поздней потери плода, перинатально погибли 32% новорожденных; 45% желанных беременностей закончились преждевременными родами; 28% ново-

рожденных умерли в первые 7 дней жизни.

Превентивными мероприятиями были охвачены 128 беременных, 44 пациентки с высоким риском по разным причинам наших рекомендаций не выполнили, они составили сравнительную группу.

Одинаково часто (70 и 73%) у женщин обеих групп уже в начале беременности диагностированы воспалительные заболевания влагалища и шейки матки, при этом большинству пациенток группы профилактики проводились санитизирующие мероприятия, тогда как беременные из группы сравнения не оздоравливались.

Существенный дефицит массы тела (10 кг и более) в начале беременности обнаружен у 32-36% женщин, однако затем неадекватная сроку гестации прибавка массы тела была отмечена только у 12,5% беременных группы профилактики, тогда как в сравнительной этот показатель оказался в 2 раза выше - 27%.

Угрозой прерывания в I и II триместрах осложнилось течение беременности у 45% пациенток обеих групп, поздним токсикозом - у 14% женщин основной и у 42% сравнительной групп. В группе профилактики железодефицитная анемия в конце беременности диагностирована у 37%, тогда как в сравнительной - у 50% пациенток.

В основной группе у 28% беременных диагностировали и своевременно выполнили хирургическую коррекцию ИЦН. В этой же группе 11% женщин родоразрешены кесаревым сечением по относительным показаниям.

Эффективность превентивных мероприятий оценивали по частоте преждевременных родов и перинатальным исходам.

В группе профилактики уровень преждевременных родов снизился до 6% при прогнозированном уровне 32%, при этом все преждевременные роды произошли после 36-й гестационной недели даже в случае тройни; в группе женщин, не выполнивших наших

рекомендаций, большинство родов (91%) оказались преждевременными.

В основной группе не было случаев мертворождения и смерти в раннем неонатальном периоде, лишь у 17% новорожденных выявлена внутриутробная задержка роста, в сравнительной же группе 52% недоношенных детей родились до 32-й гестационной недели, мертворожденными были 22%, погибли в первые 7 дней жизни 11% новорожденных; 43% детей имели признаки внутриутробной задержки роста; перинатальная смертность составила 30,4%.

Сравнение уровней недонашивания, мертворождения, смерти в раннем неонатальном периоде с таковыми в репродуктивном анамнезе показало, что превентивная технология существенно снизила частоту преждевременных родов - с 45 до 6%, мертворождаемости - с 9,5 до 0%, число умерших в раннем неонатальном периоде живорожденных - с 28 до 0%. Кроме того, отмечено значительное сокращение частоты гипотрофии плода и такого серьезного осложнения беременности, как поздний токсикоз.

Таким образом, оптимальные пери-неонатальные исходы беременности повышенного риска недонашивания подтверждают высокую превентивную эффективность организационно-лечебно-профилактических мероприятий, разработанных и внедренных в республике Таджикистан.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска: Пер. с англ. М. - 1989. - С. 266-269.
2. Степанова Р.Н. // Акуш. и гин. - 1990. - № 12. - С. 30-32.
3. Степанова Р.Н. Невынашивание беременности в Таджикистане: Дисс. докт. мед. наук: РНИЦПАГ. - М. 1995.
4. Morrisson J.C. // Obstet. Gynecol. - 1990 / - Vol. 76 (1) (Suppl.). - P. 5 - 12.