

Пчелинцева А.А.

**Проблемы преждевременных родов в современном акушерстве***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета**Научный руководитель: асс. Аржаева И.А.***Резюме**

Данная статья посвящена определению основных факторов риска, предрасполагающих к преждевременным родам (ПР), а так же выявлению особенности течения преждевременных родов и послеродового периода. Установлено, что ведущим фактором риска в развитии ПР являются следующие аспекты: возраст беременной от 28 до 34 лет, воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), наличие артериальной гипертензии; среди особенностей наиболее часто выявляется преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ), фетоплацентарная недостаточность (ФПН) и кровотечение в послеродовом периоде. На основании анализа сделано заключение, позволяющее отнести выжидательную тактику ведения к наиболее эффективной в сроки гестации до 34 недель, обусловленную отсутствием внутри-желудочковых кровоизлияний (ВЖК) IV степени и снижению синдрома дыхательных расстройств (СДР) у недоношенных детей, так же оценивая перинатальные исходы было установлено, что наиболее частым осложнением среди новорожденных является гипоксическое поражение ЦНС и ретинопатия. Таким образом, раннее выявление основных факторов риска на этапе предгравидарной подготовки и во время беременности, а так же выбор правильной тактики ведения ПР, может снизить частоту возникновения как самих ПР, так и осложнений со стороны плода.

**Ключевые слова:** преждевременные роды, перинатальные исходы**Актуальность**

Преждевременными называют роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36 недель и 6 дней, начиная с первого дня последней нормальной менструации при регулярном менструальном цикле, при этом масса тела плода составляет от 500 до 2500 г.

Частота преждевременных родов в мире составляет 5-10%. На долю недоношенных детей приходится 60-70% случаев ранней неонатальной смертности. Изучения преждевременных родов обусловлена высокой смертностью и заболеваемостью недоношенных младенцев, которая наблюдается в 8 – 13 раз чаще чем при своевременных родах, а также потребностью в огромных ресурсах системы здравоохранения на выхаживание и реабилитацию данного контингента детей. Таким образом проблема преждевременных родов является одной из наиболее актуальных в современном акушерстве, требующая многостороннего изучения и комплексного подхода к ее решению. При этом особое внимание должно уделяться перинатальным исходам как основополагающему критерию оценки эффективности пролонгирования беременности и тактики ведения родов недоношенным плодом.

**Цель работы:**

1. Определить факторы риска преждевременных родов;
2. Выявить особенности течения преждевременных родов и послеродового периода;
3. Провести анализ перинатальных исходов при преждевременных родах в зависимости от срока гестации и метода родоразрешения;
4. Оценить последствия ПР у новорожденных.

**Материал и методы**

Для выполнения поставленных в работе задач проведен ретроспективный анализ 50 историй родов при сроках гестации 24-37 недель и 50 историй развития новорожденных за 2014 г по данным МУЗ «Перинатальный центр» г.Энгельса.

**Результаты и обсуждение**

Наиболее часто встречаются ПР в возрасте 28- 34лет (27%). Из факторов риска на первое место выступают ВЗОМТ- 49%, артериальная гипертензия - 37%. Наиболее грозным осложнением беременности является ФПН-36% и кровотечение в послеродовом периоде, выявленное у 30% беременных. ПР в 40 % случаях начинаются с ПИОВ.

Сравнительный анализ тактики ведения ПР при ПИОВ на разных сроках гестации показал, что преимущества выжидательной тактики, над активной в 22-27 недели гестации на момент рождения, заключались в отсутствии у детей ВЖК IV степени (0%) и меньшей частотой возникновения СДР тяжелой степени (18%), следовательно у 89% новорожденных из группы с активной тактикой, требовалось проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ), в то время как при выжидательной тактике ИВЛ проводилась только 39% новорожденным. Таким образом при активной тактике ведения летальность составила 40%, а при выжидательной - 2%.

В 28-30 недели гестации, у новорожденных из групп как с активной, так и с выжидательной тактикой ВЖК IV степени отсутствовали. детей с активной тактикой ВЖК III степени диагностировано у 25 %, при выжидательной поражения ЦНС у новорожденных не было. При активной тактике СДР тяжелой степени был диагностирован у 22% детей, при выжидательной — у 17 %, необходимость в оксигенации при активном ведении -35%, а при выжидательном-25%, летальность составила -17% только у групп детей с активной тактикой ведения.

В сроки гестации 31-33недель анализ показал, что при активной тактике ВЖК II степени было диагностировано у 14% детей, а СДР средней тяжести 20% , в то время как при выжидательной тактике ВЖК II степени вовсе отсутствовало, а СДР средней тяжести составило 12%, ИВЛ при активной тактике- 25%, а при выжидательной -10%, летальность 10% при активной тактике.

После 34 недель ВЖК I-II ст 10% при активной тактике, 7% при выжидательной. РДС средней тяжести диагностировано при активной тактике у 5%, при выжидательной -4%, в то время как необходимость в оксигенации при выжидательной тактике составило 13%, что превышает таковую над активной (10%), летальность на долю детей с активной группы составила -2%, а в группе с выжидательной тактикой -4%.

Оценка перинатальных исходов показала, что наиболее частым последствием ПР у недоношенных детей является гипоксическое поражение ЦНС диагностируемо у 34% новорожденных, ретинопатия у 24%, так же выявлено наличие внутриутробной инфекции у 15%, (пневмонии у 10% детей), РДС у 12%, открытый артериальный проток -3%, асфиксия -2%.

#### Выводы

В ходе проведенного исследования было установлено, что наиболее часто ПР возникают в возрасте беременной от 28 до 34 лет, так же было выявлено, что ведущими факторами риска ПР являются: ВЗОМТ, наличие артериальной гипертензии; среди особенностей наиболее часто встречается ПИОВ, ФПН и кровотечение в послеродовом периоде. На основании проведенного ретроспективного анализа историй родов и историй развития новорожденных сделано заключение, позволяющее отнести выжидательную тактику ведения при ПИОВ к наиболее эффективной в сроки гестации до 34 недель, обусловленную отсутствием ВЖК IV степени и снижению частоты возникновения СДР у недоношенных детей. Так же оценивая перинатальные исходы было установлено, что наиболее частым осложнением среди новорожденных является гипоксическое поражение ЦНС и ретинопатия. Таким образом, раннее выявление основных факторов риска на этапе предгравидарной подготовки и во время беременности, а так же выбор правильной тактики ведения ПР на разных сроках гестации, может снизить частоту возникновения как самих ПР, так и осложнений со стороны плода.

#### Литература

1. Док.мед.нак Сухих Г.Т., канд.мед.наук. Вартапетова Н.В. Преждевременные роды. Клинический протокол. Москва, 2011; 4-22 с
2. Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой.- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2015; 250 с
3. Власова Т.А., Вальдман С.Ф., Иванова Н.В. и др. Факторы риска и особенности ведения преждевременных родов //Репродуктивное здоровье женщины. 2000. №2. 153-160 с
4. Сухорукова Олеся Игоревна. Оптимизация тактики ведения беременности с целью профилактики преждевременных родов: дисс...канд.мед.наук.Москва, 2013; 44 с
5. Луценко Николай Николаевич. Оптимизация длительности пролонгирования недоношенной беременности, осложненной преждевременным разрывом плодных оболочек: дисс...канд.мед.наук. Москва, 2008; 12с