

УДК 618.2/.39 – 055.2.:615.

© А. М. Громова, Т. Ю. Ляховская, Е. А. Тарановская, 2012.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, НОВОРОЖДЕННЫМ КОТОРЫХ ТРЕБОВАЛОСЬ ИНТЕНСИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

А. М. Громова, Т. Ю. Ляховская, Е. А. Тарановская*Кафедра акушерства и гинекологии (зав. – профессор А. М. Громова), ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава.*

MOTION OF PREGNANCY AND BIRTHS IN WOMEN NEW-BORN'S STATE WHICH NEEDED INTENSIVE THERAPY

А. М. Gromova, Т. Yu. Lyakhovska, О. О. Taranovska

SUMMARY

The principal reasons of morbidity and death new-borns, which needed intensive therapy and features of pregnancy and labor motion in their mothers, are studied. Hypoxic encephalopathiya, congenital anomalies, intrauterine infection, and heavy asphyxia prevailed in the structure of morbidity. Gynecological diseases in 2,8 times, extra genital pathology in 2,2 times, infection almost in 3 times are marked more frequent for women, new-born which were need intensive therapy. 65,5% women had complicated motion of labor. Complexes process of women healthy, regionalization of obstetric and neonatological help, careful conduct of physiological and pathological labor will enable to improve the indexes of perinatal morbidity and death rate.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК, НОВОНАРОДЖЕНІ ЯКИХ ПОТРЕБУВАЛИ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ

А. М. Громова, Т. Ю. Ляховська, О. О. Тарановська

РЕЗЮМЕ

Вивчено особливості перебігу вагітності і пологів у жінок, діти яких знаходились у відділенні інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН). За 2009-2011 роки проліковано 505 дітей, серед яких доношених було 265 (52,5%). У жінок гінекологічні захворювання відмічені у 2,8 рази, екстрагенітальна патологія у 2,2 рази, інфікованість майже у 3 рази частіше. Ускладнений перебіг мали 65,5% пологів. В структурі захворюваності новонароджених переважали гіпоксично-ішемічна енцефалопатія, вроджені аномалії, внутрішньоутробне інфікування, тяжка асфіксія. Комплексний підхід до оздоровлення жінок, регіоналізація акушерської та неонатологічної допомоги, бережне ведення фізіологічних та патологічних пологів дадуть змогу покращити показники перинатальної захворюваності і смертності.

Ключевые слова: беременность, роды, осложнения, новорожденные, интенсивное лечение.

Одним из важных периодов жизни человека, определяющим его здоровье, является перинатальный, который включает в себя развитие плода во время беременности, процесс родов и развитие ребенка в первые семь дней после рождения. Показателем качества оказания акушерской и неонатологической помощи является уровень перинатальной заболеваемости и смертности. Несмотря на положительную динамику этих показателей в Украине, они все еще превышают таковые в развитых странах мира [3, 4]. Полученные новые данные фундаментальных клинических исследований относительно патофизиологии и адаптационных реакций организма беременной, плода и новорожденного привели к новому направлению медицинской науки – перинатальной медицине. В основу концепции заложен принцип объединения врачей двух специальностей – акушеров и неонатологов с целью уменьшения перинатальной заболеваемости, смертности и улучшения стандартов оказания

медицинской помощи во время беременности, родов и постнатальном периоде развития ребенка [6].

К основным факторам, влияющим на перинатальное здоровье, относятся учащение экстрагенитальной патологии у беременных; наличие инфекций, передающихся преимущественно половым путем, негативные последствия беременности (невынашивание, преждевременные роды); высокая частота оперативного родоразрешения. Особую тревогу вызывает высокий процент доношенных детей, нуждающихся сразу после рождения в интенсивной терапии и реанимации [1, 2, 5]. Повышенный научный и практический интерес к данной проблеме побудил нас к изучению этого вопроса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Целью нашего исследования было изучение особенностей течения беременности и родов, в результате которых родились доношенные дети, требовавшие лечения в отделении интенсивной терапии ново-

рожденных (ОИТН). Для достижения поставленной цели нами проведен клинико-статистический анализ историй развития новорожденных пролеченных в ОИТН в 2009-2011 годах. Также проанализированы 84 обменные карты и истории родов женщин, дети которых после рождения находились в ОИТН Полтавского городского клинического родильного дома на протяжении 2011 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За три года в родильном доме родилось 8549 детей, в 2009 – 2898 новорожденных, в 2010 – 2823 и в 2011 – 2828 детей, из них доношенными были 2718 (95,6%), 2711 (95,5%) и 2750 (94,1%) соответственно. Перинатальная смертность в 2009 году составила 10,8‰, в 2010 году – 6,3‰, а в 2011 году – 7,35‰. В зависимости от сроков беременности показатели перинатальной смертности распределились следующим образом: в 2009 году недоношенных детей было 75,0%, доношенных – 25,0%, в 2010 это соотношение почти не изменилось – 77,8% недоношенных детей и 22,2% доношенных, а в 2011 году возросло число доношенных умерших детей – 33,3%, против 66,7%. Основными причинами неонатальной смертности были внутрижелудочковые кровоизлияния (42,6%), аномалии развития (37,5%), внутриутробное инфицирование (14,2%), асфиксия (12,5%).

Остается достаточно высокой и продолжает тревожить заболеваемость новорожденных. В 2009 году она была 172,9‰, в 2010 – 154,4‰, в 2011 – 169,2‰. Если среди доношенных детей она остается относительно стабильной и составляет 124,6‰, то среди недоношенных заболеваемость составляет 963,7‰, что в 7,7 раза выше. Особое беспокойство вызывает большое число детей, нуждающихся в интенсивном лечении сразу после рождения. И если относительно высокий процент лечения недоношенных новорожденных в ОИТН можно оправдать, то пребывание доношенных детей в отделении вызывает особую тревогу.

На протяжении 2009-2011 годов в ОИТН пролечено всего 505 детей (5,9% от числа всех рожденных детей в родильном доме), из них доношенных – 265 (52,5%), недоношенных – 240 (47,5%). Умерло 5 доношенных (летальность 1,9%) и 14 недоношенных (летальность 5,8%) детей. По годам показатели распределились следующим образом: в 2009 году пролечено 90 (51,7%) доношенных детей, в 2010 – 91 (56,0%) а в 2011 – 84 (49,7%) ребенка. Как видно из приведенных данных, более половины детей, пролеченных в ОИТН, составляли доношенные дети.

Структура заболеваемости среди новорожденных была следующей: тяжелая асфиксия – 13 (12,2%) детей, внутриутробное инфицирование 13 (12,2%), гипоксически-ишемическая энцефалопатия – 31 (29,2%), аномалии развития – 12 (11,3%), гемолитическая болезнь новорожденных – 15 (14,0%) новорожденных. Искусственная вентиляция легких проведена 27 (40,2%) новорожденным.

Особую тревогу вызывает рост числа врожденных аномалий развития у детей. Так, если в 2008 году из числа всех доношенных новорожденных аномалии выявлены у 57 (20,5%), то в 2009 году таких детей было 86 (25,9%), в 2010 – 90 (28,0%), а в 2011 – 115 (31,5%). В отделении интенсивной терапии пролечены 44 ребенка: в 2008 году – 6 (6,3%) детей, в 2009 – 10 (11,1%), в 2010 – 16 (17,6%), в 2011 – 12 (14,2%) новорожденных. Среди пороков развития наиболее часто встречались: ВПР сердца – 39,2%, ВПР половых органов у мальчиков – 23,5% (неопущение яичек, гипоспадия), ВПР костно-мышечной системы – 10,3% (полидактилия, дефекты конечностей, позвоночника).

Также отмечается стойкая тенденция к учащению внутриутробного инфицирования плода. В 2008 году таких детей родилось 17 (6,1%), в 2009 – 25 (7,5%), в 2010 – 42 (13,0%), в 2011 – 54 (14,7%) внутриутробно-инфицированных детей. Из них в ОИТН пролечено по годам 10 (10,5%), 12 (13,3%), 8 (8,8%) и 13 (15,5%) детей соответственно. У новорожденных с внутриутробным инфицированием искусственная вентиляция легких была длительнее и продолжалась в среднем $5,8 \pm 1,2$ дней, тогда как при асфиксии у детей без инфицирования – $3,5 \pm 1,6$ суток.

Остается достаточно высоким на протяжении всех трех лет количество детей, рожденных в тяжелой асфиксии. Этот показатель составлял в среднем 14,7%, по 13 детей ежегодно, что составляло 14,4%, 14,3%, 15,7% соответственно по годам. Необходимо отметить, что среди детей, родившихся в состоянии тяжелой асфиксии, меконияльные воды отмечены в 58,0% случаев, в то время как среди новорожденных с умеренной асфиксией – у 17,0%, что в 3,4 раза реже. При запоздалых родах в состоянии тяжелой асфиксии родилось 8 (9,6%), а при своевременных – 5 (6,0%) детей, то есть в 1,6 раза меньше.

Учитывая высокий процент доношенных детей, пролеченных в ОИТН, нами проанализированы обменные карты и истории родов 84 женщин, новорожденных которых нуждались в интенсивном лечении в 2011 году.

Как показал проведенный анализ, у большинства из 84 женщин был осложненный гинекологический анамнез. Заболевания половых органов отмечены у 63 (75,0%) человек, искусственные аборт были у 46 (54,8%), самопроизвольные выкидыши у 11 (13,1%) женщин. Обращает на себя внимание высокая частота экстрагенитальной патологии у обследованных – 54 (64,3%) случая, что в 2,2 раза выше, чем у женщин, родивших здоровых детей. Заболевания сердечно-сосудистой системы отмечены у 9 (10,7%), дыхательной – у 7 (8,3%), пищеварительной – у 10 (11,9%) женщин, патология эндокринной и мочевыделительной систем встречалась по 14 (16,7%) случаев. Отмечен высокий уровень не обследованных на инфекции,

передающиеся преимущественно половым путем – 43 (51,3%) женщины. Среди 41 (48,7%) обследованных особ – 27 (65,8%) были инфицированы. Среди но-

ворожденных на TORCH-инфекцию методом ПЦР обследовано 32 (38,1%) ребенка, из них у 23 (13,6%) получены положительные результаты (рис. 1).

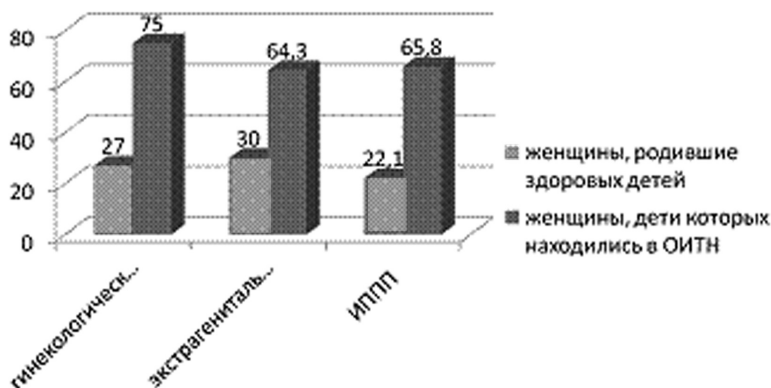


Рис. 1. Заболеваемость женщин, дети которых требовали интенсивного лечения.

В группе обследованных первые роды были у 40 (47,6%), а повторные – у 44 (52,4%) женщин. Беременность протекала с угрозой прерывания у 21 (25,0%) женщины. Анемия диагностирована у 15 (17,9%), дисфункция плаценты – у 26 (30,9%), преэклампсия – у 4 (4,8%) беременных. Патология амниона отмечена у 19 (22,6%) пациенток, причем многоводие диагностировано у 5 (6,0%), а маловодие – у 14 (16,7%) беременных. Своевременными были роды у 68 (81,0%) женщин, а у 16 (19,0%) обследованных роды были запоздалыми, что в 6 раз чаще, чем в целом по родильному дому. Тяжелая асфиксия

при рождении у детей от срочных родов была 6,0%, а при запоздалых родах – 9,6%, что в 1,6 раза выше. Необходимо отметить, что у 55 (65,5%) родильниц роды протекали с осложнениями, а в целом по родильному дому осложненные роды составляли 29,0%, что в 2,3 раза ниже. Амниотомия проводилась в 16 (19,0%) случаях. Показаниями к амниотомии были индуцированные роды у 11 (13,0%), плоский плодный пузырь – у 5 (6,0%) женщин. Несвоевременное излитие околоплодных вод отмечено в 14 (16,7%) случаях: преждевременное – у 6 (7,1%), а ранее – у 8 (9,6%) рожениц (рис. 2).

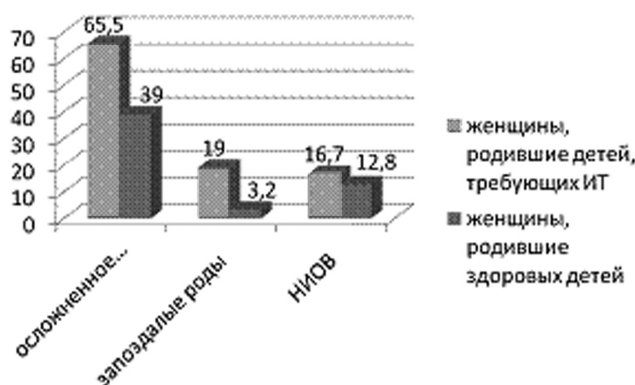


Рис. 2. Течение родов у женщин, дети которых требовали интенсивного лечения.

Обращает на себя внимание достаточно высокий процент детей, пребывающих в ОИТН, родоразрешенных оперативным путем. Следует отметить, что после операции кесарева сечения

процент детей, находившихся на лечении в ОИТН был в 2,6 раза ниже в сравнении с наложением акушерских щипцов и в 6,1 раза ниже, чем после вакуум-экстракции (рис. 3).

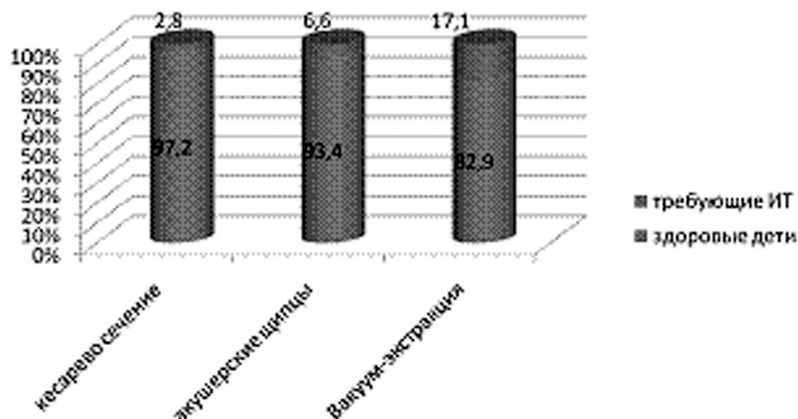


Рис. 3. Оперативное родоразрешение у женщин, дети которых требовали интенсивного лечения.

ВЫВОДЫ

1. Проведенный анализ показывает, что у женщин, дети которых после рождения находились на лечении в отделении интенсивной терапии, имели место высокий уровень заболеваемости половых органов, экстрагенитальной патологии, инфицирования инфекциями, передающимися преимущественно половым путем. У них отмечена высокая частота осложненного течения беременности (угроза прерывания, дисфункция плаценты, патология амниона), запоздалых родов, несвоевременного излития околоплодных вод, оперативного родоразрешения. Частота осложнений при запоздалых родах, как со стороны матери, так и со стороны плода, возрастает в несколько раз. Среди новорожденных наиболее часто встречались гипоксически-ишемические поражения ЦНС, асфиксия, внутриутробное инфицирование.

2. В перспективе вопросами, которые необходимо решать в первую очередь, есть: стандартизация и совершенствование качества медицинской помощи при врожденных пороках развития, бережное ведение физиологических и осложненных родов, своевременная диагностика и родоразрешение при перенесенной беременности, диагностика инфицирования в пренатальном периоде, что позволит снизить показатели перинатальной заболеваемости и смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вплив ускладненого перебігу вагітності і пологів на стан доношених новонароджених, які потребували інтенсивного лікування / Т. Ю. Ляховська, Л. М. Добровольська, Н. І. Мітюніна [та ін.] // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Київ, Інтермед. – 2008. – С. 163–165.
2. Инфекции в акушерстве и гинекологии / под ред. Чайки В. К. – Донецк, 2006. – 636 с.
3. Лук'янова О. М. Безпечне материнство – важливий профілактичний напрямок в охороні здоров'я матері і дитини / О. М. Лук'янова // Здоров'я жінки. – 2003. – № 1. – С. 4–9.
4. Перинатологія – охорона здоров'я майбутніх поколінь [Електронний ресурс] // Жіночий лікар. – 2007 – № 3. – С. 6–7. – Режим доступу: <http://z-l.com.ua/ru/article/131>.
5. Сучасні аспекти профілактики патологічного стану плода у жінок з ризиком внутрішньоутробного інфікування / О. С. Школьник, А. В. Самохвалова, І. А. Потапов [та ін.] // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Київ, Інтермед, 2007. – С. 758–760.
6. Шунько Є. Є. Організація медичної допомоги новонародженим – проблеми та перспективи / Є. Є. Шунько // Жіночий лікар. – 2007 – № 6. – С. 9–10.