

УДК 618.39-36.2(470.57)-07-08

*Ибрагимова С.Р.*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2*

*Андижанский государственный медицинский институт*

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОБЛЕМ  
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ПРАКТИКЕ АКУШЕРСТВА И  
ГИНЕКОЛОГИИ**

**Резюме:** В статье представлены данные литературы и собственные исследования по актуальной проблеме современного перинатального акушерства - преждевременным родам: частота, причины, диагностика, профилактика и лечение.

**Ключевые слова:** преждевременные роды, этиология, диагностика, лечение.

*Ibragimova S.R.*

*Department of Obstetrics and Gynecology No. 2*

*Andijan State Medical Institute*

**THE RELEVANCE OF OVERCOMING THE PROBLEMS OF  
PREMATURE BIRTH IN THE PRACTICE OF OBSTETRICS AND  
GYNECOLOGY**

**Resume:** The article presents literature data and own research on the actual problem of modern perinatal obstetrics - premature birth: frequency, causes, diagnosis, prevention and treatment.

**Keywords:** premature birth, etiology, diagnosis, treatment.

**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 [2,6].

Частота преждевременных родов в мире составляет 5-10%. На долю недоношенных детей приходится 60-70% случаев ранней неонатальной смертности[5,8]. 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[1,4]. Таким образом проблема преждевременных родов является одной из наиболее актуальных в современном акушерстве, требующая многостороннего изучения и комплексного подхода к ее решению[3,8]. При этом особое внимание должно уделяться перинатальным исходам как основополагающему критерию оценки эффективности пролонгирования беременности и тактики ведения родов недоношенным плодом[5].

**Цель исследования:**

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 2023 г

**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 31-33 недель 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.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Андреева Н.А. Обоснование применения лазерного излучения, янтарной кислоты и эмоксипина в лечении эндотоксикоза и расстройств регионарной гемодинамики при неразвивающейся беременности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Саранск, 2004. – 17 с.
2. Гармаева Е.Д. Преждевременные роды / Е.Д. Гармаева, Е.А. Батоева, А.Р. Дамбаева и др. // Вестник Бурятского университета. – 2010. – № 12. – С. 143–147.
3. Кулавский Е.В. Актуальные проблемы преждевременных родов в современном акушерстве / Е.В. Кулавский, В.А. Кулавский // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – Т.6, № 1. – С. 49–53.
4. Макаров О.В. Современные подходы к прогнозированию преждевременных родов / О.В. Макаров, И.В. Бухарева, И.А. Кузнецов и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – № 7. – С. 10–15.
5. Савельева Г.М. Проблемы преждевременных родов в современном акушерстве / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, А.Г. Плеханова и др. // Практическая медицина. – 2010. – № 4 (43). – С. 7–12.
6. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. – М.: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 448 с.
7. Юрасова Е.А. Преждевременные роды // Дальневосточный медицинский журнал. – 2008. – № 8. – С 118 – 122.
8. Mackeen A.D. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes / A.D. Mackeen, J. Seibel-Seamon, J. Grimes-Dennis et al. // Cochrane Database Syst. Rev. – 2011. – V.5, № 10. – CD007062.