
РЕЗУЛЬТАТЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ПОДХОДОВ ВЕДЕНИЯ ПУЭРПЕРИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

М.Б. Тамаркин, Л.Д. Леонидзе, О.С. Трифонова,
А.А. Лукаев, Е.А. Шишкин

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

Сведения об альтернативной тактике ведения пуэрперия за счет внедрения современных перинатальных технологий накоплены только в отношении срочных родов. Тем не менее опыт отечественных исследователей в подтверждении эффективности реорганизации тактики ведения послеродового периода и снижении ГСИ матерей и новорожденных на основании приоритета, казалось бы, естественных природе человека мер крайне оптимистичен. В связи с этим нами поставлена цель: улучшить исходы преждевременных родов путем внедрения современных перинатальных технологий. Контингент исследования составили четыре группы, сформированные в зависимости от срока гестации на момент преждевременных родов и следования стратегии СПТ в послеродовом периоде. Пары подобраны по принципу — родильница — новорожденный (101 пара). Критерии включения в группы: одноплодная беременность, преждевременные роды в 28—36 недель беременности. Внедрение СПТ обеспечило снижение регистрации случаев ГСИ матерей в полтора раза ($p < 0,05$), новорожденных (вариант госпитального инфицирования) — практически в семь раз ($p < 0,05$). Полагаем возможным сокращение эпизодов ГСИ новорожденных связать с позитивным влиянием непрерывного кожного контакта матери с младенцем. Основанием для подобного вывода являются данные мета-анализа, демонстрирующего существенное снижение смертности недоношенных новорожденных весом менее 2000 г, их тяжелой заболеваемости, особенно, от инфекций.

Ключевые слова: преждевременные роды, современные перинатальные технологии, гнойно-септическая инфекция, техника «Кенгуру», «кожа к коже».

Несмотря на активное изучение патологического течения пуэрперия, послеродовая инфекция продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства, что находит отражение в многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях [1—3, 14]. Всестороннего анализа заслуживает анализ частоты гнойно-септических инфекций (ГСИ) после преждевременных родов (ПР), особенно с учетом сопряженности риска перинатальной смертности с инфекциями новорожденных [14] при ежегодном деторождении около 13 миллионов недоношенных младенцев.

Малочисленность данных о возможности предотвращения роста ГСИ после преждевременных родов побуждает к серьезному анализу тактических особенностей ведения не только самого родового акта, но и послеродового периода.

Сведения об альтернативной тактике ведения пуэрперия за счет внедрения современных перинатальных технологий (СПТ) накоплены только в отношении срочных родов [2, 3]. Тем не менее опыт отечественных исследователей в подтверждении эффективности реорганизации тактики ведения послеродового периода и снижении ГСИ матерей и новорожденных на основании приоритета, казалось бы, естественных природе человека мер крайне оптимистичен [2, 3, 5]. Обосно-

ванность СПТ для сокращения заболеваемости недоношенных младенцев в отечественной литературе практически не освещена, однако в иностранных источниках обсуждается перспективность подобных мероприятий [8, 9, 13, 17], в том числе и техники «Кенгуру» как основополагающей для выхаживания подобного контингента [11].

В сложившейся ситуации оптимален поиск путей предупреждения гнойно-септических осложнений родильниц и недоношенных новорожденных, особенно уязвимых к внутригоспитальному инфицированию. Кроме того, в условиях поздней манифестации и стертой клинической картины, обусловленных лидерством условно-патогенной флоры, необходима модернизация подходов в ведении пуэрперия после ПР, включающего дифференциацию контингента по группам риска развития его инфекционных осложнений, их раннее выявление и адекватную тактику ведения для снижения реализации ГСИ матки.

В связи с этим нами поставлена **цель**: улучшить исходы преждевременных родов путем внедрения современных перинатальных технологий.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе родильного дома № 25 и родильного дома при ГКБ № 29 г. Москвы.

Контингент исследования составили четыре группы, сформированные в зависимости от срока гестации на момент преждевременных родов и следования стратегии СПТ в послеродовом периоде (ретроспективный анализ историй ПР с 1998 г. до 2003 г. — до внедрения СПТ; ретро- и проспективное исследование — после внедрения СПТ — с 2003 г.): в I когорту вошло 25 родильниц с ПР в 28—31-ю неделю — после реализации СПТ, во II — 26 женщин с ПР в 32—36 недель (приверженность СПТ), в III — 25 родильниц с ПР в 28—31-ю неделю (до внедрения СПТ), 25 женщин с ПР в 32—36 недель (до внедрения СПТ).

Пары подобраны по принципу — родильница—новорожденный (101 пара). Критерии включения в группы: одноплодная беременность, преждевременные роды в 28—36 недель беременности.

Методы исследования: клинико-статистический анализ, бактериологическое, ультразвуковое и гистероскопическое исследование, патоморфологическое исследование материала из полости матки, полученного методом вакуум-аспирации. Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью пакета статистических программ Statistica v.6.1 и программы Microsoft Office Excel 2003.

Результаты исследования и их обсуждение. Модернизация тактики ведения послеродового периода предполагала следование стратегии СПТ в полном объеме, поэтому все недоношенные новорожденные, за исключением требующих неотложных реанимационных мероприятий детей, выкладывались на живот матери в течение первых 30 минут после рождения. Вопреки традиционной практике, первое прикладывание новорожденных к груди (капли молозива) осуществлялось непосредственно в родзале, что формировало более стойкую доминанту продукции грудного молока с первых минут жизни ребенка и способствовало его длительно-

му сохранению [21]. По истечении раннего послеродового периода практиковалось совместное пребывание родильниц с новорожденными — залог эксклюзивного грудного вскармливания [8]. Практика «кенгуру», позволяющая осуществлять тесный контакт «кожа к коже» на протяжении всего стационарного периода, способствует не только становлению тесной психоэмоциональной связи новорожденных с матерями, но и поддержанию адекватной с учетом недоношенности терморегуляции [13].

Полноценное становление лактации с отказом от докармливания и «выпаивания» осуществлялось благодаря помощи медперсонала, демонстрирующего технику грудного вскармливания вкупе с лекциями о его преимуществах. Необходимость детального информирования родильниц о приоритетах грудного вскармливания медперсоналом как фактор долгосрочности вскармливания подчеркивают и другие исследователи [7, 18, 19].

Осуществляли ознакомление со способами сохранения лактации при переводе новорожденных на 2-й этап выхаживания (кормление их осуществлялось грудью либо сцеженным нативным грудным молоком через зонд или соску, после ухода матерей — стерилизованным грудным молоком). Варианты кормления младенцев определялись тяжестью состояния детей, массой тела и гестационным возрастом (из бутылочки, через орогастральный зонд путем болюсного введения или в режиме постоянной инфузии).

Диссонансом выступают бытовавшие до внедрения СПТ представления о низкой при ПР лактирующей способности, а потому — необходимости докармливания и «выпаивания» ребенка с первых дней жизни. Вкупе с отдельным пребыванием матери и новорожденного, отсутствии между ними контакта «кожа к коже» с первых минут жизни был прогнозируем массовый перевод на смешанное и искусственное вскармливание.

Подобная тактика определяла высокую частоту мастита — у 6% родильниц в среднем, лактостаза — у трети (32%) при деторождении в 28—31-ю неделю и четверти (24%) — в 32—36 недель, при полном их отсутствии в когортах, где практиковались меры СПТ.

Трещины сосков как убедительный фактор риска инфицирования лактирующей молочной железы, предвестник лактостаза и мастита [20] регистрировались чаще вне реализации стратегии СПТ — в четыре раза при деторождении в 28—31-ю неделю (32% против 8%), практически в пять раз — в 32—36 недель (36% против 7,6%). С учетом совпадения практически половины случаев лактостаза с трещинами молочных желез, определяемых до реализации мер СПТ, продемонстрирована необходимость адекватной своевременной помощи со стороны заинтересованного в снижении эпизодов ГСИ медперсонала. Приверженность стратегии СПТ позволила избежать эпизодов лактостаза.

Зарубежный опыт благоприятного влияния техники «кенгуру» в реализации приоритетов грудного вскармливания для недоношенных новорожденных [6, 8, 12, 17] при использовании ее с ранних часов жизни [16] подтверждают и на-

ши данные, акцентируя внимание на необходимости стимуляции матерей к реализации данной методики. Сопоставление способов вскармливания новорожденных показало, что до перевода практиковалось преимущественно грудное вскармливание, однако в когортах без приверженности СПТ — практически у половины (44% в среднем), при следовании указанной стратегии — практически в два раза чаще (78,3% в среднем) ($p < 0,05$). Подобные результаты согласуются с мнением авторов, показавших, что в списке причин прекращения эксклюзивного грудного вскармливания на первом месяце — его фиксированный график, нехватка опыта матерей [20].

При нахождении детей в отделении реанимации и интенсивной терапии вскармливание специализированной адаптированной молочной смесью для недоношенных детей проводилось четверти из них в отсутствие следования стратегии СПТ в пуэрперии и в три раза реже (7,8% в среднем) — после ее внедрения ($p < 0,05$). Часть женщин сцеживали для кормления детей грудное молоко, при его недостатке осуществлялся докорм специализированной адаптированной молочной смесью — в полтора раза чаще при деторождении в 28—31 неделю (36% против 20%) ($p < 0,05$), практически в четыре — в 32—36 недель (28% и 7,7%, соответственно) ($p < 0,05$).

С учетом необходимости перевода ряда детей на II этап выхаживания частота эксклюзивного грудного вскармливания сократилась: после внедрения СПТ — в полтора раза. При деторождении до 2003 г. более чем в два раза (40% против 16%) в сроки 28—31 неделя, в полтора раза — в 32—36 недель (48% против 28%). Однако следование установкам стратегии СПТ (кормление грудью или сцеженным нативным грудным молоком в утренние и дневные часы, после ухода матерей на ночь — стерилизованным грудным молоком) способствовало поддержанию лактации у половины родивших в 28—31 неделю (48%) и практически двух третей (61,5%) — в 32—36 недель. В когортах женщин, роды которых состоялись до внедрения СПТ, на грудном вскармливании находился каждый шестой новорожденный (16%) от ПР в 28—31 неделю и практически треть (28%) — в 32—36 недель.

Частота искусственного вскармливания возросла только для новорожденных от ПР в 28—31 неделю: при следовании СПТ в пуэрперии — в два раза (16%), в полтора — при родах до 2003 г.

Авторитетная поддержка медперсонала в вопросах сохранения лактации оказалась незаменима при вынужденной разлуке с новорожденным, когда усилия родильниц в условиях приверженности СПТ были сосредоточены в сохранности лактации, несмотря на тяжелое состояние новорожденного, чтобы при стабилизации его состояния перейти на грудное вскармливание. Так, после внедрения СПТ частота смешанного вскармливания возросла в меньшей степени — в полтора и в четыре раза (36% и 30,8%, соответственно) за счет приоритета кормления грудью. Вне следования указанной стратегии подобное питание имело место у половины (48%) и у трети (30,8%) новорожденных — от ПР в 28—31 неделю и 32—36 недель, соответственно.

Относительно новой концепцией, не нашедшей пока широкого применения в отечественной практике, является практика «Кенгуру» в условиях пребывания младенца в отделении интенсивной терапии и реанимации — как почасовая, так и продолжительная, предназначенная для уменьшения травматичности разлуки младенца с матерью.

Оценка инфекционно-воспалительной заболеваемости родильниц и новорожденных в зависимости от следования СПТ в пуэрперии свидетельствовала о разительном контрасте показателей. Минимизация вероятности возникновения пуэрперальной инфекции матки после внедрения СПТ осуществлялась не только за счет ранней диагностики, четких сонографических маркеров неблагополучия в полости матки (толщины от 1,5 см с наличием в ней патологических гетерогенных включений — сгустки крови, остатки плацентарной ткани и децидуальной оболочки).

Ранняя прицельная сонографическая верификация группы риска ГСИ матки в пуэрперии с осуществлением последующих реабилитационных мероприятий — запланированной гистероскопии, планового лаважа послеродовой матки антисептическими растворами, при необходимости — вакуум-аспирации ее содержимого позволила добиться реального снижения ГСИ — эндометритов и субинволюции.

Частота послеродового эндометрита при деторождении в 28—31 неделю составила в среднем 10%, однако в 32—36 недель превалировал показатель женщин, пуэрперий которых протекал без следования СПТ — в пять раз (20% и 3,8%, соответственно) ($p < 0,05$). Удельный вес субинволюции матки в отсутствие СПТ преобладал среди остальных нозологий, причем контраст в показателях определен независимо от сроков ПР: в 28—31 неделю — в два раза чаще (28% и 12%, соответственно), в 32—36 недель — в четыре раза (28% и 7,6%, соответственно). Остальные варианты ГСИ встречались только до приверженности СПТ: частичное расхождение швов промежности — у четверти женщин (в среднем, 26%), серозный мастит — у 6% в среднем, серома шва передней брюшной стенки после КС — у 10% в среднем. Совокупная оценка ГСИ родильниц убеждала в значительном «перевесе» эпизодов заболеваний до внедрения СПТ: в четыре раза при деторождении в 28—31-ю неделю (84% и 20%, соответственно) ($p < 0,05$), практически в восемь раз — в 32—36 недель (88% и 11,4%, соответственно) ($p < 0,05$).

Сопоставление встречаемости ГСИ матки в зависимости от способа родоразрешения показало разительный контраст в показателях заболеваний до и после внедрения СПТ, причем в наибольшей степени — после самопроизвольных родов.

Частота эндометрита после родов оказалась наибольшей в когорте родивших в 32—36 недель до 2003 г. (16%), что практически в четыре раза больше, чем после внедрения СПТ (3,8%) ($p < 0,05$). Субинволюция матки преобладала при деторождении в 28—31-ю неделю (24%) — в три раза в сравнении с показателем в когорте женщин, пуэрперий которых отличался следованием стратегии СПТ (8%) ($p < 0,05$). Среди родивших в 32—36 недель эта разница была более значительной — в четыре раза (16% и 3,8%, соответственно) ($p < 0,05$).

Из послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений чаще регистрировалась субинволюция матки — в два и три раза чаще в когортах до внедрения СПТ (8% против 4% и 12% против 3,8%) ($p < 0,05$). Частота эндометрита после КС несколько уступала показателям субинволюции матки.

Сроки продолжительности пребывания в акушерском стационаре при ГСИ до внедрения СПТ превосходили аналогичные при реализации указанной стратегии. Рационализация тактики ведения пуэрперия продемонстрировала возможность их сокращения даже при ГСИ матки, так как осуществление лечебных мероприятий в группах риска пуэрперальных осложнений обеспечивало скорую нормализацию клинической картины.

При оценке совокупной встречаемости ГСИ матки констатирована наибольшая заболеваемость до внедрения СПТ, причем независимо от сроков ПР: у трети (30%) — после самопроизвольных родов и только у каждой шестой (16%) — после абдоминального родоразрешения ($p < 0,05$).

Констатирована наибольшая детекция эпизодов нозокомиальной заболеваемости новорожденных до реализации мер СПТ — как по отдельным нозологиям, так и совокупно — в пять раз при ПР в 28—31 неделю (120‰ и 680‰, соответственно), практически в семь раз — в 32—36 недель (520,0‰ и 77,0‰, соответственно).

Определено, что внедрение СПТ обеспечило снижение регистрации случаев ГСИ матерей в полтора раза ($p < 0,05$), новорожденных (вариант госпитального инфицирования) — практически в семь раз ($p < 0,05$). Полагаем возможным сокращение эпизодов ГСИ новорожденных связать с позитивным влиянием непрерывного кожного контакта матери с младенцем. Основанием для подобного вывода являются данные мета-анализа, демонстрирующего существенное снижение смертности недоношенных новорожденных весом менее 2000 г, их тяжелой заболеваемости, особенно от инфекций [15].

Резюмируя полученные данные, отметим важность устранения образовательных пробелов медперсонала при внедрении СПТ и дифференцированного подхода к родильницам группы высокого риска развития пуэрперальных осложнений — обязательных условий для эффективного сокращения реализации эпизодов ГСИ новорожденных и родильниц.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- [2] *Оленева М.А.* Эффективность внедрения современных перинатальных технологий в оптимизации здоровья матерей и новорожденных: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2006.
- [3] Акушерский риск: Максимум информации — минимум опасности для матери и младенца / В.Е. Радзинский, С.А. Князев, И.Н. Костин. — Изд. Эксмо, 2009.
- [4] *Радзинский В.Е., Костин И.Н.* Безопасное акушерство // Акушерство и гинекология. — 2007. — № 5. — С. 12—17.

- [5] Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. — Изд. Медиабюро Статус презенс, 2011.
- [6] Ahmed A.H., Sands L.P. Effect of pre- and postdischarge interventions on breastfeeding outcomes and weight gain among premature infants // *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* — 2010. — V. 39. — N (1). — P. 53—63.
- [7] Colaizy T.T., Saftlas A.F., Morriss F.H. Jr. Maternal intention to breast-feed and breast-feeding outcomes in term and preterm infants: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2000—2003 // *Public Health Nutr.* — 2012. — V. 15. — N 4. — P. 702—10.
- [8] De Curtis M., Rigo J. The nutrition of preterm infants // *Early Hum Dev.* — 2012. — V. 88. — Suppl 1. — P. 5—7.
- [9] de Macedo E.C., Cruvinel F., Lukasova K., D'Antino M.E. The mood variation in mothers of preterm infants in Kangaroo mother care and conventional incubator care // *J Trop Pediatr.* — 2007. — V. 53. — N (5). — P. 344—346.
- [10] Donders G.G., Van Calsteren K., Bellen G., Reybrouck R., Van den Bosch T., Riphagen I., Van Lierde S. Predictive value for preterm birth of abnormal vaginal flora, bacterial vaginosis and aerobic vaginitis during the first trimester of pregnancy // *BJOG.* — 2009. — V. 116. — N (10). — P. 1315—1324.
- [11] Faruque A.S., Ahmed A.M., Ahmed T., Islam M.M., Hossain M.I., Roy S.K., Alam N., Kabir I., Sack D.A. Nutrition: basis for healthy children and mothers in Bangladesh // *J Health Popul Nutr.* — 2008. — V. 26. — N (3). — P. 325—339.
- [12] Hake-Brooks S.J., Anderson G.C. Kangaroo care and breastfeeding of mother-preterm infant dyads 0—18 months: a randomized, controlled trial // *Neonatal Netw.* — 2008. — V. 27. — N (3). — P. 151—159.
- [13] Latva R., Korja R., Salmelin R.K., Lehtonen L., Tamminen T. How is maternal recollection of the birth experience related to the behavioral and emotional outcome of preterm infants? // *Early Hum Dev.* — 2008. — V. 84. — N (9). — P. 587—594.
- [14] Lawn J.E., Gravett M.G., Nunes T.M., Rubens C.E., Stanton C. GAPPs Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data // *BMC Pregnancy Childbirth.* — 2010. — V. 10. — Suppl 1. — S1.
- [15] Lawn J.E., Mwansa-Kambafwile J., Horta B.L., Barros F.C., Cousens S. 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications // *Int J Epidemiol.* — 2010. — V. 39. — Suppl 1. — P. 144—154.
- [16] Neu M., Robinson J. Maternal holding of preterm infants during the early weeks after birth and dyad interaction at six months // *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* — 2010. — V. 39. — N (4). — P. 401—414.
- [17] Nyqvist K.H., Anderson G.C., Bergman N., Cattaneo A., Charpak N., Davanzo R., Ewald U., Ludington-Hoe S., Mendoza S., Pallás-Allonso C., Peláez J.G., Sizun J., Wiström A.M. Expert Group of the International Network on Kangaroo Mother Care. State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment // *Breastfeed Rev.* — 2010. — V. 18. — N (3). — P. 21—28.
- [18] Sisk P.M., Lovelady C.A., Dillard R.G., Gruber K.J. Lactation counseling for mothers of very low birth weight infants: effect on maternal anxiety and infant intake of human milk // *Pediatrics.* — 2006. — V. 117. — N (1). — P. 67—75.
- [19] Takács L. The psychosocial needs of newborn children in the context of perinatal care // *Ceska Gynekol.* — 2012. — V. 77. — N 1. — P. 15—21.
- [20] Vieira G.O., Martins C.C., Vieira T.O., Oliveira N.F., Silva L.R. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life // *J Pediatr (Rio J).* — 2010. — V. 86. — N 5. — P. 441—444.
- [21] Vieira T.O., Vieira G.O., Giugliani E.R., Mendes C.M., Martins C.C., Silva L.R. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study // *BMC Public Health.* — 2010. — V. 9—10. — P. 760.

RESULTS OF MODERNIZATION OF APPROACHES DURING PUERPERIUM WITH PRETERM LABOR

**M.B. Tamarkin, L.D. Leonidze, O.S. Trifonova,
A.A. Lukaev, E.A. Shishkin**

Department of Obstetrics and Gynecology with Perinatology Course
People's Friendship University of Russia
Miklukho-Maklay str., 8, Moscow, Russia, 117198

The information on alternative tactics in puerperium with the using of modern perinatal technologies (MPT) accumulated only for urgent delivery. Nevertheless, the experience of local researchers is confirming the effectiveness of the reorganization tactics in postpartum period and reducing maternal and neonatal ID (inflammatory disease) on the basis of priority, it would seem natural to human nature, is very optimistic. In this regard, our objectives is: to improve the outcomes of preterm delivery through the introduction of modern perinatal technologies. The contingent of the study were four groups formed according to the gestational age at the time of preterm delivery and adherence to policies MPT in the postpartum period. Couples are selected on the basis of — mother — newborn (101 pair). Criteria for inclusion in the group: singleton pregnancy, preterm delivery in 28—36 weeks of pregnancy. Implementation of MPT provided the reduction in reporting cases of mothers in the ID one and a half times ($p < 0,05$), neonates (with hospital infection) — nearly seven times ($p < 0,05$). We believe it possible to reduce episodes of neonatal ID associated with a positive effect of continuous skin contact of mother with a newborn. The basis for this conclusion is the meta-analysis demonstrating a significant reduction in mortality in preterm infants weighing less than 2000 g, and their severe morbidity, especially from infections.

Key words: Preterm delivery, perinatal modern technology, inflammatory-septic infection, the “Kangaroo” and “skin to skin” technique.