

На правах рукописи

Ануфриева Людмила Ивановна

ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ,
СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ, ИЗВЛЕЧЕННЫХ ПУТЕМ
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ НА
КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

14.00.01- акушерство и гинекология

Автореферат диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Томск-2002

Работа выполнена в Сибирском государственном университете

Научный руководитель:

доктор медицинских наук Кох Лилия Ивановна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук Коломиец Лариса Александровна

кандидат медицинских наук Чернявская Ольга Владимировна

Ведущая организация:

Омская государственная медицинская академия

Защита состоится “-----”-----2002г.

в “-----” часов на заседании диссертационного совета Д 208.096.03 при Сибирском государственном медицинском университете по адресу 634050, г. Томск, Московский тракт, 2.

С диссертацией можно ознакомиться в научно-медицинской библиотеке Сибирского государственного медицинского университета (634050, г. Томск, пр. Ленина , 107).

Автореферат разослан “-----”----- 2002г.

Ученый секретарь диссертационного совета

Герасимов А.В.

ВВЕДЕНИЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Проблема взаимодействия человека и среды – одна из основных в биологии и медицине (Казначеев В.П., 1998, 1990). Возможно, именно этот факт обусловил высокий процент оперативного родоразрешения у женщин, проживающих в условиях Крайнего Севера. Известно, что территория Севера населена довольно редко, и для развития нефтегазодобывающего комплекса возникла необходимость в перемещении в данный регион больших контингентов трудоспособного населения. Кроме этого перемещению населения способствовал и распад СССР. Люди в надежде на более стабильную и материально обеспеченную жизнь переезжали на Север. Результатом явилось изменение численности населения Севера, которое по различным регионам возросло в 2,5 - 5,2 раза (Ягья Н.С., 1980). Климато-географические условия Крайнего Севера характеризуются продолжительным периодом среднесуточной температурой воздуха ниже 0 градусов по Цельсию (Труфакин В.А., 1998), частыми, сильными ветрами (Корсак В.С. с соавт., 2000), резкими различиями в продолжительности светового дня, техногенными воздействиями, связанные с условиями добычи газа и нефти, развитием горнодобывающей промышленности, отсутствием качественной питьевой воды, нарушением ее биоструктуры, высокой инсоляцией и минерализацией (Кузнецова С.В., 1998; Труфакин В.А., 1998; Корсак В.С. с соавт., 2000; И.Р. Веккер и соавт., 2001).

Возрастная структура населения Севера характеризуется высокой долей молодого населения -детородного возраста (Ягья Н.С., 1980). Естественно встал вопрос о влиянии вышеперечисленных экстремальных условий жизни на здоровье населения в целом и в частности на детородную функцию. Исследований влияния внешней среды данного региона на здоровье человека не так много. Авторы отмечают рост простудных заболеваний, экстрагенитальной патологии, хронизацию заболеваний со смещением сроков развития патологии на более молодой возраст, т.к. у большинства пришлое население отсутствуют генетические механизмы адаптации к длительному проживанию в данном суровом регионе (Голенков А.А., 1997; Казначеев В.П., 1998; Корсак В.В. с соавт., 2000).

Учитывая особую чувствительность воздействия неблагоприятной среды на репродуктивную систему, изучение последней может быть использовано в качестве критерия оценки состояния окружающей среды (Корсак В.С. с соавт., 2000).

А наступившая беременность предъявляет дополнительные требования к организму, вызывая перенапряжение механизмов регуляции, что приводит к срыву процессов адаптации систем жизнеобеспечения (Веккер И.Р. с соавт., 2000). Результаты срыва, отсутствие или незавершенная адаптация могут проявиться в ухудшении течения беременности, увеличении числа осложнений как в 1, так и во 2 ее половине, осложнениях в родах. Все вместе взятое может отразиться на частоте различных показаний к кесареву сечению. Работ по изучению влияний экстремальных условий различных регионов Крайнего Севера на частоту кесарева сечения единичны. Так, частота кесарева сечения по Европейскому Северу составляет 8-9,5% (Хомутов В.Ю., 1994). При этом автор больше останавливается на факторе влияния сезонности на частоту кесарева сечения. Что касается возрастного состава женщин, то в группу молодых им включены женщины до 28 лет, что также не позволяет нам использовать данный материал для сравнения. Также мы не нашли исследований по изучению особенности течения беременности, родов у женщин различного возраста, длительность проживания на севере у которых была бы неодинаковой, равно как и состояние новорожденного, извлеченного путем кесарева сечения от женщин с различным временем жизни на Севере. В работах отдельных авторов указано, что у женщин репродуктивного возраста увеличивается частота экстрагениатальной патологии (Голенков А.А., 1997), а именно: анемии, болезни органов кровообращения, мочеполовой, эндокринной (Труфакин В.А., 1998). Доля нормальных родов не превышает 36% (Голенков А.А., 1997). Перечисленные исследования касаются Европейского Севера (Хомутов В.Ю. 1994), севера Красноярского края (Ягья Н.С., 1980; Шаламова Е.Н. с соавт., 1993), Норильска (Шилова Н.А., 1973), Заполярья (Мусатова А.С., 1973), Иркутска (Вишневский А.А., 1973). Причем данные исследования касаются анализа конкретной патологии у женщин проживающих на Крайнем Севере. Так, А.С. Мусатова (1973) изучала гестозы беременных, А.Т. Егорова (1993)-перитониты после кесарева сечения, анемии.

Данных литературы о частоте кесарева сечения (Хомутов В.Ю., 1994, Егорова А.Т., 1993, Мусатова А.С.. 1973) у женщин с различной продолжительностью жизни на севере единичны,

неоднородны и также касаются различных регионов Севера. Таким образом, экстремальная ситуация в районах крайнего севера, высокая миграция населения в данный регион из различных областей страны вызывает с одной стороны стрессовую ситуацию у женщин, с другой требует определенного времени для адаптации к новым условиям жизни. По данным литературы остается не ясным ответы на такие вопросы - как отражаются вышеизложенные факты, возраст женщин, продолжительность жизни в данном регионе на особенность течения беременности, родов, показания к кесареву сечению, а также состояние новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить в сравнительном аспекте особенность течения беременности, родов, а также оценить состояние новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения у женщин с различной продолжительностью жизни в условиях Крайнего Севера. На основании полученных данных разработать рекомендации по ведению беременности, родов у женщин с различным сроком проживания в условиях Крайнего Севера.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Изучить особенность общего и акушерского анамнеза у женщин с различной продолжительностью жизни в условиях крайнего Севера.
2. Изучить в возрастном аспекте особенность течения 1 и 2 половины беременности, закончившиеся оперативным родоразрешением у женщин с неодинаковым временем жизни в районах Крайнего Севера.
3. Изучить особенность течения родов, закончившиеся оперативным путем у женщин с различным временем жизни в данном регионе.
4. Определить показания к оперативному родоразрешению у женщин различного возраста с неодинаковым временем жизни в данном регионе.
5. Оценить состояние новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения у женщин с различной продолжительностью жизни на Крайнем Севере.

6. На основании полученных данных разработать рекомендации по ведению беременности, родов для женщин с различным сроком проживания на Крайнем Севере.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Впервые изучена особенность течения беременности и родов, закончившихся оперативным путем у женщин с различной продолжительностью жизни в условиях Крайнего Севера (г. Когалым, Ханты-Мансийский Автономный округ).

Впервые доказано, что частота осложнений 1 половины беременности не зависит от длительности проживания на Крайнем Севере, в то время как во 2 половине длительность проживания на севере ведет к росту угрозы преждевременных родов, а у вновь прибывших женщин - к росту гестозов. Доказано, что частота осложнений во время беременности, в родах преобладает в крайних возрастных подгруппах независимо от продолжительности жизни в данном регионе.

Впервые определена частота показаний к оперативному родоразрешению у женщин различного возраста, проживающих в данном регионе неодинаковое время. Доказано, что на первое место по показаниям к кесареву сечению выходят: состояние плода, на второе - матери и плода, на третье - матери. Доказано, что новорожденные, извлеченные путем кесарева сечения, при длительном проживании женщины на севере имеют меньшую массу, чаще имеют такие осложнения как нарушения мозгового кровообращения, ППЦНС, по сравнению с таковыми, извлеченных оперативным путем от женщин с коротким временем жизни в данном регионе. На основании полученных данных разработаны рекомендации по ведению беременности, родов у женщин с различной продолжительностью жизни на Севере.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ

Определена частота и наиболее характерные осложнения 1 и 2 половины беременности у женщин с различной длительностью жизни на Крайнем Севере. Полученные данные убедительно показывают, что наиболее уязвимы в плане осложнений беременности, родов женщины крайних возрастных подгрупп независимо от длительности проживания на севере.

Изученная структура показаний к кесареву сечению показала, что на первое место выходят показания со стороны плода, которые почти в два раза выше показаний со стороны матери.

Длительное проживание на севере приводит к снижению массы новорожденных, более частым осложнениям как со стороны плода, так и новорожденного. На основании полученных данных разработаны рекомендации по ведению беременности, родов у женщин с различной продолжительностью жизни на Севере.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:

1. Течение 1 и 2 половины беременности, родов у женщин с различной продолжительностью жизни в районах Крайнего Севера характеризуется высокой частотой осложнений, которые значительно превышает таковые показатели в других регионах страны.
2. Частота кесаревых сечений у женщин с различной продолжительностью на Крайнем Севере превышает средние показатели по стране. Среди показаний к кесареву сечению на первое место выходят показания со стороны плода, которые почти в два раза превышают показания со стороны матери независимо от продолжительности жизни на севере.
3. Экстремальные условия Крайнего Севера неблагоприятно сказываются на состоянии плода, новорожденного, что проявляется высокой частотой патологии у последних, особенно при длительном проживании на Севере.

АПРОБАЦИЯ

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на совместном заседании кафедр акушерства и гинекологии Сибирского Государственного медицинского университета, заседании общества акушеров-гинекологов (г. Томск, 2002), доложены на обществе акушеров-гинекологов г. Когалыма.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ В ПРАКТИКУ

Результаты исследования внедрены в работу женской консультации и родильного дома города Когалыма. Полученные данные внедрены в учебно-педагогический процесс для врачей при повышении их квалификации на кафедре акушерства и гинекологии ФПК и ППС СГМУ.

ПУБЛИКАЦИИ

По теме диссертации опубликовано 8 статей.

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ

Диссертация состоит из введения, 5 глав собственных исследований, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы. Работа изложена на 135 страницах машинописного текста, иллюстрирована 30 таблицами, рисунками. Указатель литературы содержит 161 названий отечественных и 95 зарубежных авторов. Все материалы, представленные в диссертации, получены, обработаны и проанализированы лично автором.

СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 1997 по 2002 г в родильном доме г. Когалым нами было прооперировано 505 беременных и родильниц, потребовавших родоразрешения путем кесарева сечения (20,1%), что соответствует частоте оперативного родоразрешения в специализированных родильных домах. Кроме этого, нами оценено при извлечении путем кесарева сечение, а также в ближайшее время после операции, состояние 505 новорожденных.

Все женщины в зависимости от продолжительности жизни в условиях Крайнего Севера были разделены на две группы: I- проживавшие в данном регионе от года до 5 лет - 200, II- от 5 до 10 и более лет -305. Все обследованные по различным показаниям были родоразрешены путем кесарева сечения. Беременные обеих групп были разделены в зависимости от возраста на 5 подгрупп: 1-я- 15-20 лет -35, 2-я -21-25 лет-55, 3-я- 26-30 лет-55 , 4-я- 31-35 лет -35, 5-я- 36-40 и более-20; соответственно во II-ой группе: 55, 70, 60, 60, 60 женщин.

Всем беременным проводилось общеклиническое обследование: а именно-тщательный сбор анамнеза, объективное обследование с включением наружного акушерского и влагалищного исследования, изучались особенности течения 1 и 2-ой половины беременности, осложнения течения беременности; клинические анализы –крови, мочи, биохимические (общий белок, билирубин, креатинин, мочевины, свертывающая система крови: протромбиновый индекс, протромбиновое время, время рекальцификации плазмы, общий фибриноген, толерантность плазмы к гепарину, этаноловый тест, фибриноген Б; мазок на степень чистоты, кровь на RW.

Все беременные с момента взятия на учет в женской консультации прошли все необходимое обследование согласно приказу N 430. При каждом посещении женщина взвешивалась, измерялось АД на обеих руках, определялось наличие отеков.

Дополнительные методы обследования: УЗИ плода и плаценты проводилось 2-3 раза в течение беременности, КТГ, доплерометрия и гистероскопия по показаниям.

Кроме этого в течение беременности производилось обследование узкими специалистами: окулистом, терапевтом, невропатологом и т. д.

Во время оперативного родоразрешения определялась продолжительность операции, кровопотеря, время извлечения плода (новорожденного), состояние новорожденного оценивалось по

ощепринятой методике –шкале Апгар на 1 ой и 5 минуте, затем ребенок взвешивался, измерялся его рост, определялось время прикладывания к груди, особенности развития в период его пребывания в родильном доме, а именно: появление физиологической желтухи, ВЗРП, ЦПНС и другие отклонения в развитии. Оценка состояния новорожденного производилась совместно с неонатологом.

В технике операции учитывались методика вскрытия брюшной полости, состояние стенки матки, количество рядов швов при ушивании матки.

В послеоперационном периоде оценивались возникновение осложнений, количество проведенных койко-дней.

Методы статистической обработки материала производилось на персональном компьютере с помощью вариационной статистики, включающей критерий Стьюдента. Достоверность различий средних арифметических определялась по абсолютному показателю точности (p), который находился по таблице процентных точек распределения Стьюдента в зависимости от коэффициента достоверности (t) и числа степеней свободы (N). Различия считались достоверными при (p) < 0, 05 .т.е. в тех случаях когда вероятность различия составила больше 95% (Лакин Г.Ф.,1980).

Количественная оценка значимости каждого из выявленных и оощепризнанных факторов риска для вероятного прогноза возможности осложнения течения беременности и родов производилась с использованием диагностических коэффициентов (Гублер Е.В.,1978, Власов В.В., 1988).

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Кесарево сечение остается одним из основных методов оперативного родоразрешения женщин, особенно в последнее десятилетие (Стрижаков А.Н., 1998, Andreas H., et al., 1974, Hibbard L. et al., 1976, Barrier J. et al., 1976). По России за последние 10 лет его частота возросла с 3,3% с 1985 года до 11,06% в 1996г (Герасимович Г.И. с соавт., 1979, Карпушина В.П. с соавт., 1979, Абрамченко В.В. с соавт., 1985, Серов В.Н. с соавт., 1989, Стрижова Н.В. с соавт., 1989, Краснопольский В.И., 1993, 1997, Стрижаков А.Н. с соавт., 1998, Комисарова Л.М. с соавт., 2000). Основная цель увеличения частоты кесарева сечения была достигнута частично, а именно показатели перинатальной смертности снизились до 18‰. Дальнейшего снижения этих показателей не отмечено. Вместе с тем возникли новые проблемы: рубец на матке, рост гнойно-септических состояний (Давыдов С.Н., 1979, Городков В.Н. с соавт., 1989, Полянская Р.Т. с соавт., 1993, Кулаков В.И. с соавт., 1994, Комиссарова Л.М. с соавт., 2000). В связи с этим встал вопрос о пересмотре показаний к кесареву сечению. Как справедливо отмечает А.С. Слепых (1986) «вряд ли найдется другая хирургическая операция, показания к которой не имели бы в какой то мере четких границ».

Длительное время работая в г. Когалыме (Ханты-Мансийский Автономный округ), расположенного за 60 параллелью – в районе приравненном к Крайнему Северу, нами была отмечена ежегодная высокая частота кесарева сечения- 19-21%. Учитывая, что родильный дом г. Когалыма не является специализированным встал вопрос, чем обусловлена такая частота кесарева сечения? Как отмечено выше, население города пришлое, коренных жителей нет. Следовательно все женщины, а это преимущественно молодые детородного возраста, попали в экстремальные условия, которыми характерен Крайний Север: продолжительный период среднесуточной температуры воздуха ниже 0 градусов по Цельсию, частые сильные ветра, резкие различия продолжительности светового дня. Кроме того, здесь имеется постоянное воздействие техногенных факторов – выброс продуктов переработки нефти, газа, плохая вода (Мусатова А.С., 1973, Казначеев В.П., 1980, 1998, Труфакин В.А., 1998, Целкович Л.С. с соавт., 1998, Корсак В.С. с

соавт.,2000, Веккер И.Р. с соавт., 2001). Естественно встает вопрос о влиянии вышеперечисленных факторов на особенность течения беременности, родов у жительниц с различной продолжительностью жизни на севере. Работами В.П. Казначева (1980,1998), Н.С. Ягья (1980) Е.Н. Шаламова с соавт.(1993), В.А Труфакина (1998), В.С.Корсак с соавт.(2000), J.Morrison (1995) доказано, что период адаптации к экстремальным условиям жизни в среднем длится 5-6 лет. В это время происходят изменения в сердечно-сосудистой системе, эндокринной, мочеполовой, иммунной и так далее. Данное время характеризуется повышенной заболеваемостью населения, простудными болезнями, ранней хронизацией заболеваний. По прошествии указанного срока период адаптации заканчивается, но снижение иммунологических сил, реактивности организма сохраняется. Индикатором окончания периода адаптации является состояние репродуктивной системы, которая наиболее чувствительна к экстремальным условиям (Целкович Л.С., Рогачева В.С.,1998, Корсак В.С. с соавт.,2000). В связи с этим все обследованные в зависимости от продолжительности жизни на севере были разделены на 2 группы: I-проживавшие на Крайнем Севере до 5 лет, II- 5-10 лет и более. В литературе в основном изучалось здоровье женщины вне зависимости от продолжительности жизни на севере или исследования производились до года, трех, четырех лет жизни (Вишневецкий А.А. ,1973,Усоскин И.И.,1979, Хомутов В.Ю.,1984), когда период адаптации еще не был завершен.

Определенный интерес представлял вопрос о значении возраста беременной женщины при экстремальных ситуациях. В связи с чем беременные I и II группы были разделены по возрасту на 5 подгрупп (см. материал исследования). Изучение влияния экстремальных условий на репродуктивную функцию женщины в возрастном аспекте в литературе представлено весьма противоречиво. Одни авторы к молодым женщинам относили возраст до 28 лет (Хомутов В.Ю.,1984), не касаясь более старшей возрастной группы, другие - изучали весь возрастной состав женщин в целом (Устюмин Б.В., Шукрова Г.С.,1996). Кроме того, исследования относились к различным регионам Крайнего Севера. В связи с чем, по данным литературы, не представляет возможности определить влияние возраста, равно как и продолжительности жизни на Крайнем Севере на течение беременности и родов.

Данные анамнеза свидетельствуют, что достоверных различий между группами по частоте детских инфекций, экстрагенитальной патологии, оперативного вмешательства не выявлено. Обращает внимание высокая частота ОРЗ, ангины в обеих группах- 55-56%,

что согласуется с данными литературы (Усатова А.С., 1973, Хомутов В.Ю., 1994, Янковская Г.Ф. с соавт., 2001). Продолжительность жизни на Севере не повлияла на частоту простудных заболеваний в обеих группах, что также согласуется с данными литературы (Мусатова А.С., 1973, Янковская Г.Ф. с соавт., 2001).

Средний возраст наступления менархе был равен $12,9 \pm 0,2$ годам у женщин обеих групп. Достоверных различий в характере менструальной функции между группами не было. Начало половой жизни приходилось на возраст 15 – 25 лет, из них в браке состояло 86,3% женщин I группы и 84,8% II-ой.

Из гинекологических заболеваний отмечены: хронический аднексит, эрозия шейки матки, миома матки, киста яичника, кольпит, в том числе трихомонадный, хламидиоз, гонорея, сифилис. Достоверных различий перенесенных заболеваний в целом между группами не отмечено.

По другим регионам Севера частота гинекологической патологии существенно не отличается от полученных нами данных. Так, в Заполярье (Якутск), частота хронических аднекситов составила 16,2%, эрозии шейки матки- 28,6%, бесплодие- 4,3%, внематочная беременность-1,6% (Янковская Г.Ф. с соавт., 2001).

Анализ детородной функции показал, что срочные роды чаще у женщин II-ой группы (49,51%) по сравнению с I-ой (37,50%), $p < 0,01$, самопроизвольные выкидыши- 13,44% (I-10,00%), в то время как в I-ой группе преобладало количество преждевременных родов- 3,00% (II-1,97%), запоздалых -2,50% (II-0,33%), $p < 0,05$, замерших беременностей-1,50% (II-0,66%), прерывание беременности по медицинским показаниям-1,00% (II-0,33%). Несколько выше, чем у нас, частота самопроизвольных абортов отмечена у женщин, проживающих на Европейском Севере-24,8% (Янковская Г.Ф., 2001), в Норильске-6,85% (Шилова Н.А., 1973), что значительно выше, чем по России. Так, по ее данным прерывание беременности (невынашивание) у женщин, родившихся в г. Норильске составляет - 15,4%, а проживших там всего три года- 8,5%. Такие показатели объяснить она не смогла.

Таким образом, у женщин I-ой группы по сравнению со II-ой, преобладала различная гинекологическая патология (кольпит, хронический аднексит, ИПП, бесплодие), чаще была нарушена детородная функция (увеличено количество преждевременных, запоздалых родов, замерших беременностей, меньшее количество срочных родов). При прочих равных условиях, а именно возраст женщин, перенесенные детские инфекции, экстрагенитальная патология, характер становления менархе и менструальная

функция в дальнейшем позволяют считать, что причиной перечисленных нарушений являются экстремальные условия жизни на севере. Последнее согласуется с данными ряда авторов о нарушении здоровья женщин на севере и детородной функции в том числе (Разлинг Л.С. с соавт., 1994, Студеникин В.М. с соавт., 1994, Голенков А.А., 1997). В то же время некоторое снижение неблагоприятных показателей в гинекологической заболеваемости и детородной функции у обследованных II-ой группы позволяет нам считать, что проживание на севере 5-15 лет и более привело к завершению адаптивных процессов. Исследования И.И. Усоскина (1979), В.П. Казначеева (1980, 1998), В.А. Труфакина, В.И. Хаснулина (1998) подтверждают данное предположение.

В этом плане особый интерес представляют наши данные по изучению особенности течения настоящей беременности и родов у женщин с различной продолжительностью жизни на севере. Так, течение 1-ой половины беременности осложнилось ранним токсикозом почти у каждой 3-4-ой женщины обеих групп (27,00% и 27,21%). По данным И.И. Усоскина ранние токсикозы в первые три года составляют на севере -30% (1979). Среди возрастных подгрупп ранний токсикоз чаще встретился в 1 и 5 подгруппах II-ой и 5-ой подгруппы I-ой группы. Такое же соотношение показателей получено и при анализе угрозы прерывания беременности.

У беременных II-ой группы чаще возникали и такие осложнения как пиелонефрит-3,61% (I-я группа- 3,00%), ОРВИ -26,89% (I-я-12,00%), $p < 0,001$ и только частота анемии у беременных I-ой группы выше-26,50% по сравнению со II-ой-21,64%. Складывается впечатление, что частота осложнений в 1-й половине беременности почти одинакова в обеих группах. По-видимому, на эти показатели сказывается как период адаптации, так и продолжительность жизни в данном регионе (климатические условия жизни на севере, кислородное голодание, склонность к простудным болезням на что указывают работы (Анастасьевой В.П., 1981, Веккер И.Р. с соавт., 2000).

Особенность течения 2-ой половины беременности характеризуется увеличением частоты анемии преимущественно у беременных II-й группы с 21,64% (в 1-й половине) до 37,05% во 2-ой половине, причем частота данной патологии выше в 1-3 подгруппах. Рост частоты анемии с увеличением срока беременности вполне закономерен, однако тяжелой формы анемии мы не наблюдали. Возможно, это обусловлено тем, что, выполняя программу «Безопасное материнство» профилактика анемии проводится нами с началом беременности. Частота анемии в других регионах Крайнего Севера различная: в Заполярье – Петрозаводск-

38,6%, север Красноярского края - на 5% выше, чем в целом по стране (Ребедюк С.И. с соавт.,2001, Янковская Г.Ф. с соавт.,2001).

Довольно высоким оказался процент позднего гестоза (I-я группа-33,00%, II-я – 25,57%). Сравнивая частоту гестозов в г. Норильске с таковой в г. Новосибирске А.С.Мусатова (1973), С.В.Юферев с соавт. (1979) рассматривали его возникновение как процесс адаптации. Частота его в возрастной группе 18-23 года составила (по их данным)-48,8%, в 24- 32 года- 40,0%. Сравнивая наши показатели с данными литературы мы отметили меньшую частоту гестозов по сравнению с другими регионами Крайнего Севера, но выше, чем в целом по России, где средняя частота равна-15-20% (Краснопольский В.И., 1989, Серов В.Н. с соавт.,1997, Стрижаков А.Н., 2000, Troyler L.R., Parisi V. M. 1992, Miller W.J. et al., 1996). Однако тяжелые формы гестоза (2 и 3 степени тяжести) в обеих группах на нашем материале встретись редко (9- в I-ой и 13- во II-ой). Частота позднего гестоза в 1 и 5 подгруппах обеих групп значительно выше, чем в остальных. Что касается остальных возрастных подгрупп, то частота позднего гестоза выше во 2-4 подгруппах I-ой группы по сравнению с таковыми подгруппами II-ой группы. Таким образом, группами риска по возникновению позднего гестоза можно считать беременных всех возрастов I –ой группы и особенно-1 и 5 подгруппы- II –ой.

Угроза прерывания беременности во 2–ой половине у беременных I –ой группе несколько снизилась по сравнению с ее 1 –ой половиной, а во II-ой- увеличилась и составила 41,31%. Причем ее частота во всех возрастных подгруппах была почти одинаковой.

Увеличилась частота обострения хронического пиелонефрита по сравнению с 1 ой половиной беременности, причем чаще в I-ой группе -27,50% (во II-ой-20,00%). В то же время ОРВИ снизилась в обеих группах.

Таким образом, течение 2 половины беременности характеризуется более высокой частотой гестозов (особенно в I группе всех подгрупп), в то время как во II-ой гестоз был чаще в 1 и 5 подгруппах. Угроза прерывания беременности была выше у беременных II-ой группы. Не исключено, что последнее связано с особенностями локализации плаценты. Последняя, чаще располагалась на передней стенке матки (38,50%),задней-28,00%, в области дна- 22,00% в I-ой группе и соответственно в 43,93%, 33,77%, $p < 0,01$, 39,02%, $p < 0,001$ во –II-ой. Такая локализация является менее благоприятной для вынашивания беременности, развития плода (Серов В.Н. с соавт.,1997, Абрамченко В.В.,1999). Возможно, что в основе неблагоприятной локализации плаценты,

частоты осложнений во время беременности, лежат экстремальные условия Крайнего Севера.

Степень зрелости плаценты: 0, 1, 2- превалировала у обследованных II-ой группы, соответственно 1,97%, 17,70%, 47,87% по сравнению с данными показателями в I-ой группе: 0,50%, 5,00% ($p < 0,01$), 37,50% ($p < 0,05$). Во всех возрастных подгруппах II-ой группы 0, 1, 2 степень зрелости плаценты превышала таковые показатели в I-ой группе. Причем 0 и 1 степень зрелости плаценты преобладала у обследованных II ой группы в крайних возрастных подгруппах (1 и 5), в то время как в I-ой во- 2-4-ой. Маловодие чаще наблюдалось у обследованных II-ой группы (22,62% и 4,59%) по сравнению с I-ой (14,00% ($p < 0,05$) и 3,00%). Следовательно, и по данным параметрам беременные II-ой группы выглядят менее благополучными по сравнению с I-ой.

При оценке объективных данных женщин поступивших в конце беременности и в родах для выбора метода родоразрешения достоверных отличий между группами не выявлено, равно как и в показателях лабораторных данных (общий анализ крови, мочи, биохимия крови: белок, АСТ, АЛТ, коагулограмма).

Дородовое отхождение вод (ДОВ) диагностировано у 81(40,50%) обследованных I группы, что согласуется с данными литературы (Усоскин И.И., 1979) и у 91 (29,80%)-II-ой: светлые воды были соответственно у 27,50% и 22,95%; зеленые у 10,00% и 6,36%, желтые у 3,00% и 0,33% ($p < 0,05$). Таким образом, как в целом ДОВ, так и по цвету патологические воды чаще встречались у обследованных I-ой группы. Среди возрастных подгрупп у женщин I –ой группы частота дородового отхождения светлых вод встретилось почти одинаково, в то время как во II-ой ДОВ достоверно чаще в 1 и 2 подгруппах.

По данным УЗИ патология со стороны плода в I и II –ой группах выглядит следующим образом: ХФПН- 6,00% и 3,27%; ХВГП- 17,00% и 17,70%; ВЗРП-7,50% и 6,23%. Достоверных различий в данной патологии среди групп и подгрупп не выявлено.

В родах АД была выше (15,00%) у рожениц I-ой группы по сравнению со II-ой (9,18%). По другим регионам Крайнего Севера частота АД колебалась от 10,00% до 19,6%. Данную частоту АД авторы приводят без учета возраста и длительности проживания на севере (Тролупова Е.Н. с соавт., 1995, Аккер Л.В. с соавт., 2000). Среди возрастных подгрупп первичная слабость родовой деятельности была максимальной в 1-ой подгруппах обеих групп ($p < 0,01$).

ОВГП в родах возникла у 26 (13,00%) рожениц I-ой группы и у 33 (10,82%)-II-ой.

По сочетанным относительным показаниям кесарево сечение было произведено в конце беременности у 64,00% женщин I –ой группы и у 78,68%- II-ой ($p < 0,01$), соответственно в родах у 36,00% и 21,31%, $p < 0,001$. Наши данные согласуются с данными литературы, а именно, в последнее десятилетие наметилась тенденция к проведению плановому кесареву сечению (В.В. Абрамченко В.В. и соавт., 1985, Краснопольский В.И., 1997, Стрижаков А.Н., Лебедев В.А., 1998, Flam B.L., 1994, Savage W., 1995, Wilkinson C. et al., 1998). В I-ой группе частота кесарева сечения в родах была максимальной в 1-3 и 5 подгруппах, в то время как во II-ой в 1 и 2, $p < 0,05$.

Во время беременности частота кесарева сечения была выше у женщин II-ой группы. Так, в 5 подгруппе его частота была максимальной и составила 93,33%, в то время как в I-ой группе 5 подгруппе этот показатель был равен- 70,00%. В остальных возрастных подгруппах частота кесарева сечения во II группе была несколько ниже чем в 5, но выше чем в соответствующих подгруппах I-ой группы ($p < 0,01$, $p < 0,05$). Полученные данные указывают на влияние фактора времени проживания в условиях Крайнего Севера на частоту показаний к операции как во время беременности, так и в родах. Если во время беременности частота кесарева сечения была выше во II-ой группе, то в родах – I-ой.

Частота планового и экстренного кесарева сечения в группах также различалась. Так, в I –ой группе превалировало экстренное кесарево сечение-

59,00%, по сравнению со II- ой, где его частота составила 43,60%, $p < 0,001$. Эти показатели позволяют считать, что беременные II-ой группы более адаптированы к экстремальным условиям, что и позволило своевременно планово производить оперативное родоразрешение. Последнее подтверждается и тем, что частота планового кесарева сечения у обследованных II-ой группы была выше (56,0799%), чем в I-ой (41,00%), $p < 0,001$. Экстренное кесарево сечение было значительно выше в 1 подгруппе обеих групп, в то время как плановое в 4 и 5 подгруппах обеих групп. По данным литературы, частота экстренного КС составляет 68,5%, планового- 31,5% (Брехман Г.И. и соавт., 1995, Barries J., Elhair S., 1979, Mann L., Gallan T., 1979, Savage W., 1995, Sultan A., Stanton S.L., 1996, Wilrinson C. et al., 1998).

Показания к кесареву сечению среди групп были типичными, относительные, сочетанные. Интерес представили наши данные частоты того или иного показания по сравнению с другими регионами Крайнего Севера- Норильск, Петрозаводск, Заполярье, Мурманск, Иркутск. Так: ПОНРП явилась показанием к кесареву

сечению по нашим данным- (I группа-7,50%, II-3,93%), в других регионах севера- 11,3-11,45%; гестоз- (I – группа – 4,50%, II-4,26%, $p < 0,05$), в других регионах- 11%-18,1%, из них в плановом порядке- 28,6%, в экстренном-70,0%; возраст женщин- (I группа-11,0%, II- 8,85%), в других -32,5%; рубец на матке –(I-группа-21,0%, II— 30,82%), в других -21,4%; АД (I-15,00%, II- 9,83%), в других- 19,6-20%; ОВГП- (I-группа-13,00%, II-12,13%), в других-46,4% (Мусатова А.С.,1973, Аржанова О.Н.,1995, Брехман Г.И. с соавт.,1995, Крамарский В.А. с соавт.,2001).

В последние годы в семье предпочитают иметь одного ребенка, ушли в прошлое пробные роды (Слепых А.С.,1986, Комиссарова Л.М.,1998, Серов В.Н., 2000, Gamble G.A., Creedy D.K., 2000). Встал вопрос о получении здорового ребенка, что в свою очередь привело к расширению показаний к кесареву сечению со стороны плода. По данным В.И.Краснопольского (1987,1997), частота кесарева сечения в интересах плода колеблется от 11,06% до 16,5%-22% (Комиссарова Л.М.,1998, Gregory K.D., Henry O.A., Gellus A.J., 1994, Buist R. et al., 1999). Существенно изменились и показания со стороны матери. Так, увеличился процент кесарева сечения по поводу рубца на матке (Caughey A.V. et al., 1999), увеличилось число возрастных первородящих. Последнее показание хотя и является показанием со стороны матери, но производится в первую очередь в интересах плода, т.к. возможность рождения второго ребенка весьма проблематично.

Для удобства изложения нами, как и в литературе к показаниям со стороны плода отнесены: крупный плод и клинически узкий таз, ЭКО, тазовое предлежание, высокое прямое стояние стреловидного шва, задний вид затылочного предлежания, выпадение петель пуповины, предлежание пуповины ОВГП, ХФПН, ХВГП, обвитие пуповины. Последнее диагностировалось преимущественно в процессе оперативного родоразрешения. К показаниям со стороны матери отнесены: рубец на матке, миопия высокой степени, варикозное расширение вен наружных половых органов, незрелая шейка матки, аномалия развития влагалища. К показаниям со стороны матери и плода отнесены: возрастная первородящая, ПОНРП, гестоз, АД, незрелая шейка матки. Как отмечают большинство исследователей такое деление показаний можно считать условным (Абрамченко В.В.,1991, Краснопольский В.И.,1997, Э.К. Айламазян Э.К.,1999, Чернуха А.И.,1999, Flam V.L. et al., 1994, Murrey S.F., 2000, Springen K., 2000) .

По нашим данным показания к кесареву сечению со стороны плода в обеих группах встретились почти в два раза чаще, чем со стороны матери, матери и плода. Причем показания со стороны

плода в обеих группах были почти одинаковы, равно как и со стороны матери и плода, в то время как со стороны матери преобладали показания у женщин I-ой группы. Подобные результаты указывают на неблагоприятное влияние экстремальных условий севера на развитие плода, особенно при длительном проживании в данном регионе. Максимальное неблагоприятное влияние со стороны плода отмечается в крайних возрастных подгруппах обеих групп.

Техника операции была типичной во всех случаях. Обратило внимание, что послеоперационные осложнения, такие как субинволюция матки, гематометра, эндометрит преобладали у женщин первой группы. В целом их частота была низкой.

Интерес представило изучение оценки здоровья новорожденных. Как и повсеместно чаще рождались мальчики, однако с увеличением продолжительности жизни женщин на севере их число несколько снизилось. Появилась тенденция к увеличению рождаемости девочек. Масса новорожденных в I-ой группе была выше, чем во II-ой, с достоверной разницей во 2-ой подгруппе ($p < 0,01$). С увеличением возраста женщины масса новорожденных снижается, что согласуется с данными литературы (Quintero R.A., Morales W.J., Bornick P.W., Allen M., Gauabelis N., 2002). Такая закономерность отчетливо прослеживается среди возрастных подгрупп I-ой группы. Что касается массы новорожденных II группы, то здесь нет такой закономерности в снижении массы с увеличением возраста. Напротив, до 30 лет масса новорожденных снижается, а свыше этого возраста увеличивается и превышает таковую в возрасте 20 и более лет. Возможно, длительное проживание на севере ведет постепенно к улучшению обменных процессов у женщин. В пользу такого предположения указывает средняя масса новорожденных в других Регионах Крайнего Севера - 2650-4700 грамм, в среднем - 3497,0, в том числе такая масса отмечена и у новорожденных местных жительниц (Тролупова Е.Н. с соавт., 1995).

Обратило на себя внимание увеличение частоты физиологической желтухи у новорожденных I-ой группы (21,00%) по сравнению со II-ой (16,07%), с достоверным различием во 2-4 подгруппах. Надо полагать, что на данный фактор сказывается время адаптации к новым условиям жизни.

Частота различных патологических состояний преобладала у новорожденных от женщин II-ой группы (59,67%) по сравнению с I-ой (46,50%), $p < 0,001$. Данный показатель подтверждает ранее приведенные данные, а именно, что у женщин II-ой группы среди показаний к кесареву сечению на первое место выходят показания

со стороны плода. Так у новорожденных II-ой группы чаще встретилась такая патология как кефалогематома ($p < 0,01$), нарушение мозгового кровообращения, с достоверной разницей во 2-ой подгруппе, ЗВУРП, ППЦНС, ЗВУРП чаще наблюдалась у новорожденных 5-ой подгруппы женщин обеих групп, кефалогематома также в 5-ой подгруппе. Остальные осложнения равномерно встретились у женщин каждой возрастной подгруппы. В целом более неблагоприятными являются дети от матерей крайних возрастных подгрупп.

Таким образом, анализ особенностей течения беременности, родов, оценка новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения позволяет считать, что беременность и роды у женщин проживающих на Крайнем Севере протекало менее благоприятно, чем в других регионах страны. Это проявляется в более высокой частоте осложнений 1 и 2 половины беременности, увеличение частоты оперативного родоразрешения. Каждая 3-4-я женщина страдает ранним токсикозом, угрозой прерывания беременности; поздний гестоз преобладает у вновь прибывших на север, в то время как угроза досрочных родов увеличивается во II группе. У женщин I группы чаще АРД в родах. Частота оперативного родоразрешения выше, чем в целом по стране и на первое место выходят показания со стороны плода. Последние выше у женщин II-ой группы. Если осложнения у женщин I группы можно объяснить процессами адаптации к новым условиям жизни, то у II-ой сказывается длительное проживание в экстремальных условиях севера.

Выводы

1. Частота перенесенных детских инфекций, экстрагенитальной, гинекологической патологии почти одинакова у женщин вновь прибывших на Север, так и длительно проживающие в данном регионе. В целом, для женщин Севера, характерна высокая частота простудных заболеваний-55-56%. Детородная функция чаще нарушена у вновь прибывших женщин на Крайний Север: увеличение бесплодия, преждевременных, запоздалых родов, замершей беременности.

2. Осложнения I-й половины беременности встречается у каждой 3-4-й женщины, не зависимо от продолжительности жизни на Севере (анемия, токсикоз, угроза прерывания беременности, родовое отхождение околоплодных вод).

3. Осложнения II-й половины беременности- гестоз, преобладает у женщин вновь прибывших на Север, в то время как угроза преждевременных родов, анемия заметно увеличиваются в группе женщин длительно живущих в данном регионе. Осложнения I и II половины беременности превалируют у крайних возрастных подгруппах.

4. Патологический прелиминарный период и аномалия родовой деятельности чаще встречаются у юных женщин проживающих на Севере непродолжительное время.

5. Кесарево сечение производилось чаще в плановом порядке во время беременности, чаще в крайних возрастных подгруппах. Независимо от продолжительности жизни женщины в данном регионе, показания со стороны плода почти в 2 раза превысили показания со стороны матери и плода.

6. Для новорожденных, извлечённых путём кесарева сечения от женщин с различным временем жизни на Севере, характерна высокая частота патологических состояний- 55-60%: задержка внутриутробного развития плода, перинатальное поражение центральной нервной системы, кефалогематомы, гипоксические состояния. Перечисленные патологические состояния у новорожденных превалируют у женщин длительно живущих на Крайнем Севере.

Практические рекомендации

1. Учитывая высокую частоту заболевания ОРВИ вне беременности, в I и II половине беременности, независимо от длительности жизни на Севере, проводить своевременную профилактику в предэпидемиологический период: у небеременных - вакцинация, у беременных - витаминотерапия, антиоксиданты.

2. Учитывая высокую частоту осложнений в течении I и II половины беременности, не зависимо от длительности проживания женщин на Севере, рекомендовано своевременное взятие на диспансерный учёт с составлением индивидуального плана ведения беременности и родов, а именно: профилактика раннего и позднего гестоза, угрозы прерывания беременности I и II половины, ДОВ. Для своевременного выявления возможных осложнений, помимо установленных алгоритмов, согласно приказа №430, при каждом посещении проводить: УЗИ плода и плаценты, доплерографию, кардиотокографию.

3. В связи с тем, что на 1-е место по показаниям к оперативному родоразрешению выходят состояния со стороны плода, не зависимо от длительности проживания на Севере, а также наличие у каждого 2-го новорожденного какой-либо патологии, в течении всей беременности акцентировать внимание на всестороннюю оценку состояния плода, локализацию плаценты, её состояние зрелости. В целях профилактики осложнений со стороны плода, проводить 3-4 раза 12-дневных профилактических курсов, направленных на улучшение состояние плода: оксигеницию, витаминотерапию, препараты, улучшающие реологические свойства крови.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ.

1. Показания для родоразрешения путём операции кесарево сечения // Материалы региональной научно-практической конференции г. Томск, 27-28 марта 2001г. – Томск 2001.- С. 71 (соавт. Кох Л.И., Девякович Н.Н., Некрасова С.В., Оккель Ю.В.)
2. Показания к экстренной операции кесарево сечение в родах // Материалы региональной научно-практической конференции, г. Томск, 27-28 марта 2001г.- Томск, 2001.- С.76 (соавт. Кох Л.И., Девякович Н.Н., Некрасова С.В., Оккель Ю.В.)
3. Особенности течения послеоперационного периода после экстренного и планового кесарева сечения. // Материалы научно-практической конференции, г.Томск, 27-28 марта 2001г. - С.77 (соавт. Кох Л.И., Девякович Н.Н., Некрасова С.В., Оккель Ю.В.)
4. Анализ причин осложнений после родоразрешения через естественные родовые пути и врачебная тактика у родильниц, доставленных в областную клиническую больницу. // Материалы научно-практической конференции, г.Томск, 27-28 марта 2001г. – Томск, 2001.- С.79 (соавт. Кох Л.И., Леонтьева Н.В., Балакшина Н.Г.)
5. Врачебная тактика при тяжёлых акушерских осложнениях // Материалы научных трудов “Современные направления исследований в акушерстве, гинекологии и перинатологии”, посвящённых 25-летию основания кафедры акушерства и гинекологии №2 СГМУ. – Томск, 2001 -. С.61 (соавт. Леонтьева Н.В.)
6. Оценка новорожденных после оперативного родоразрешения у женщин, проживающих на Крайнем Севере. //Материалы научных трудов “Современные направления исследований в акушерстве, гинекологии и перинатологии”, посвящённых 25-летию основания кафедры акушерства и гинекологии №2 СГМУ. - Томск, 2001.- С.77.
7. Показания к кесареву сечению у женщин, проживающих в условиях Крайнего Севера. //Материалы научных трудов “Современные направления исследования в акушерстве, гинекологии и перинатологии”, посвящённых 25-летию основания кафедры акушерства и гинекологии №2 СГМУ. – Томск, 2001.- С. 80.
8. Оперативное родоразрешение женщин с различным сроком проживания в условиях Крайнего Севера. //Материалы 4-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребёнка 2002г.». - М., 2002. – С. 200.

