

30,67% группы сравнения произошли преждевременные роды с массой новорожденных от 1,5 до 2,5 кг. Репродуктивные потери в группе с комбинированной гормональной терапией были в 3,6 раз выше, чем в группе с монотерапией дидрогестероном. Срочные роды были у 85,3%(64) женщин основной группы и только у 64,67%(35) группы сравнения (рисунок 2).

### **Выводы**

В результате оптимизированного подхода к ведению ранних сроков беременности после ЭКО, в 3,5 раза уменьшились репродуктивные потери, на 30-35%, осложнения беременности и родов, что позволило пролонгировать беременность до доношенной, на 22% - снизить количество преждевременных родов, тем самым улучшив перинатальные исходы.

### **Литература**

1. Ахмедова Н.Ф. Течение и исходы беременности после ЭКО/ Материалы 11 Всероссийского научного форума Мать и Дитя г. Москва, 2010.- С.441.

2. Башмакова Н.В., Трапезникова Ю.М. Сравнительный анализ течения и исходов беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий при различных вариантах гормональной поддержки / Уральский медицинский журнал, -2010, 5(70).-С.139-143.

3. Hoozemans D.A., Schats R., Lambalk C.B. et al. Human embryo implantation: current knowledge and clinical implications in assisted reproductive technology/ Reprod Biomed Online, -2009.-Vol.9.-P.692-715.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ**

*М.Ю. Зильбер<sup>1</sup>, О.М. Шулёва<sup>2</sup>*

Уральская государственная медицинская академия<sup>1</sup>  
Центральная городская клиническая больница №24<sup>2</sup>

Дневной стационар является лечебно-диагностическим отделением, входящим в состав лечебно-профилактического учреждения, в том числе амбулаторно-поликлинических, больничных учреждений, клиник медицинских образовательных учреждений. Дневной стационар предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицин-

ских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных. (Рыбкин Л.В, Зыятдинов К.С., 2000, Волухин А.В., 2010). Под понятием «медицинские технологии», применяемые в дневном стационаре, необходимо подразумевать алгоритмы профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, включающие в себя комплекс последовательных мероприятий, направленных на достижение конечной цели - улучшение здоровья пациентов (Батраков Д.И., 2005, Галенко Л.И., 2008, Корнилова Г.И., 2008).

Дневной стационар повышает качество оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях, а также экономическую эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений на основе внедрения современных медицинских технологий.

В дневном стационаре осуществляются подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при обострении процесса, изменении степени тяжести заболевания; проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения; выполнение реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения; снижение уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности; проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу; проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в том числе профессиональной, а также длительно и часто болеющим.

Дневные стационары находят широкое применение не только в терапевтической, хирургической, но и в акушерско-гинекологической службах. Они представляют особый интерес, так как там осуществляется комплексное лечение и консультативно - диагностическое наблюдение за беременными с акушерской патологией, что в первую очередь направлено на снижение и профилактику перинатальных потерь. (Радзинский В.Е., Орел В.И., Какорина Е.П., Флек Е.О., Щепин О.П., 2006, Долинина А.Ф., 2006).

Вышеизложенное определило актуальность проблемы и послужило теоретической основой для проведения настоящего исследования.

#### **Цель исследования**

Оценить эффективность работы дневного стационара женской консультации в профилактике перинатальных потерь.

### Материал и методы исследования

В основу работы положено проведенное комплексное обследование 50 женщин, беременность которых закончилась перинатальными потерями за промежуток времени с 2007–2011 гг. Путем подбора копий пар нами было сформировано две группы. Первая группа, основная (n=25), женщины, чья беременность закончилась перинатальными потерями, не получавшие лечение по алгоритму в условиях дневного стационара. Вторая группа, группа сравнения (n=25), это женщины, чья беременность закончилась перинатальными потерями, получавшие лечение по алгоритму в условиях дневного стационара.

Таблица 1  
Критерии оценки эффективности лечения в дневном стационаре  
за промежуток с 2007-2011 гг.

Наименование	Сроки лечения (дней)	Количество женщин, получавших лечение	Количество случаев перинатальных потерь, у женщин получавших лечение
Гестоз легкой степени тяжести	12-14	2550	14
Анемия	12-14	85	2
Токсикоз	12-14	290	4
ХрФПН	12-14	2045	2

Критериями включения в эти две группы были возраст, семейное и социальное положение, уровень образования, наличие тяжелой сопутствующей патологии, отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза. Используемые нами в работе методы включали общеклинические, биохимические, гемостазиологические, иммунологические, гормональные, морфологические. Анализ состояния здоровья новорожденных осуществлялся с участием врачей неонатолога и педиатра.

Клиническая оценка акушерской ситуации, течения и исхода беременности проведена с учетом специальных методов обследования включающих: ультразвуковое исследование плода и плаценты, доплерометрии, кардиотокографии (КТГ).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel 2007 и StatSoft 6.0. Достоверность различия между группами оценивалась критерием Стьюдента.

## Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст исследуемых беременных по группам достоверно не различался и составил  $27,5 \pm 3$  года. Мы рассмотрели соматический и акушерско-гинекологический статус этих женщин. Среди экстрагенитальной патологии преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта, более 60%, также примерно в равных количествах присутствовали патология сердечно-сосудистой системы и патология мочевыводящей системы. Средний возраст менархе по группам составил  $12,5 \pm 1,1$  и  $13,5 \pm 1,1$  ( $p < 0,05$ ).

Заслуживает внимание отягощенность по акушерско-гинекологическому статусу. В структуре гинекологических заболеваний преобладал инфекционный фактор. Достоверных отличий в частоте встречаемости ВПЧ, ЦМВ и уреаплазмы нет, также нет достоверных отличий и в частоте встречаемости кольпита неспецифической этиологии у беременных основной группы и группы сравнения. На второе место выходят хронические воспалительные процессы органов малого таза, притом преобладает хронический эндометрит, 20(8,6%) vs 10 (14,2%)  $p < 0,01$ .

При анализе данных репродуктивного анамнеза достоверные отличия были выявлены в частоте выкидышей в анамнезе 9 (3,9%) vs 3 (4,2%)  $p < 0,001$ , регрессирующей беременности 7 (3%) vs 1 (1,4%)  $p < 0,001$ . По числу абортот отмечается идентичное распределение.

Анализ осложнений беременности по триместрам показал, что достоверно чаще формируется угрожающий выкидыш в первом триместре в основной группе у 30(12,99%) женщин, в группе сравнения у 10(14,2%)  $p < 0,001$ , во втором триместре у 20(8,6%) vs 3(4,2%)  $p < 0,001$ , в третьем триместре у 25(10,8%) vs 4(5,7%)  $p < 0,001$ . Токсикоз первой половины беременности у 15(6,5%) vs 7(10%)  $p < 0,001$  в сравниваемых группах.

По числу гестозов легкой степени тяжести отмечается идентичное распределение в группах исследования.

В высоком проценте случаев регистрируется анемия во втором у 35(15,2%) vs 8(11,4%)  $p < 0,001$ , и третьем триместрах беременности, у 21(9,1%) vs 6(8,6%)  $p < 0,001$ .

По данным УЗИ хроническая фетоплацентарная недостаточность регистрируется у 38(16,5%) женщин в основной и у 15(21,4%)  $p < 0,001$  женщин в группе исследования. У такого же количества женщин регистрируется маловодие и СЗРП у плода.

Тугое обвитие пуповины регистрируется у 5(2,2%) женщин в основной группе и у 1(1,4%)  $p < 0,001$  женщины в группе сравнения. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у 6(2,6%) женщин и у 2(2,8%)  $p < 0,001$  в группах исследования рис. 1.

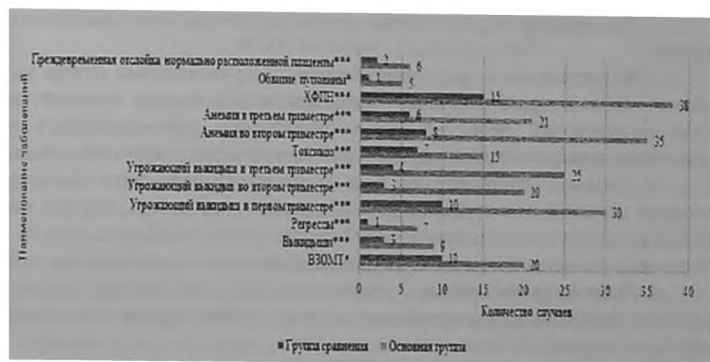


Рис. 1. Структура гинекологических заболеваний в сравниваемых группах за 2007–2011 гг.

При анализе причин перинатальных потерь у женщин, получавших лечение по алгоритму в условиях дневного стационара, на первое место выходят несоблюдение женщинами назначений у 20 женщин из 50 в группе сравнения, отказ от лечения 3 женщины и непосещение процедур 10 женщин.

Таблица 2

Структура перинатальных потерь в сравниваемых группах за промежуток с 2007-2011 гг.

Показатели	Количество случаев в основной группе	Количество случаев в группе сравнения
АГП	20	10
ИГП	4	1
РНС	11	3

10 женщин из 50 поздно встали на учет, после 12 недель беременности, не прошли первое скрининговое УЗИ, 10 женщин отказались от обследования на ИППП. При анализе перинатальных потерь на первое место выходит антенатальная гибель плода вследствие тяжелой внутриутробной гипоксии на фоне фетоплацентарной недостаточности 20(57%) vs 10(71,4%)  $p < 0,01$  в группах сравнения. На второе место выходит ран-

няя неонатальная смертность 11(31,4%)vs 3(21,4%)  $p<0,001$  и интранатальная гибель плода 4(11,4%)vs1(7,1%)  $p<0,001$ , табл. 2.

#### **Выводы**

1. При анализе перинатальных потерь характерна многофакторность причин.

2. На первое место в структуре причин перинатальных потерь выходит патология фето-плацентарного комплекса, а именно хроническая фето-плацентарная недостаточность, нарушение фето-плацентарного кровотока, и как следствие, внутриутробная гипоксия и асфиксия плода.

3. Дневной стационар на базе женской консультации является мощной структурой в профилактике перинатальных потерь, так как там осуществляется комплексное лечение по алгоритму и консультативно - диагностическое наблюдение за беременными с акушерской патологией.

4. Лечение по алгоритму в условиях дневного стационара является наиболее оптимальным в профилактике фето-плацентарной недостаточности.

#### **Литература**

1. Волнухин А.В. Стационарозамещающие технологии в работе врача общей практики (семейного врача): организационно-экономические аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / А.В. Волнухин. – М., 2010. – 30 с.

2. Щепин О.П. Эффективность использования стационарозамещающих технологий в системе здравоохранения / О.П. Щепин, Е.П. Каторина, В.О. Флек. – М., 2006. – 416 с.

3. Шигаев Н.Н., Гроздова Т.Ю. Разработка критериев оценки качества оказания медицинской помощи в дневном стационаре в педиатрии // Саратовский научно-медицинский журнал, Vol. 7, Issue 2, 2011, 361-368 с.

4. Индейкин Е.Н., Однодневные и дневные стационары в гинекологической помощи в Великобритании // Главный врач. - 2005. - № 1. - С. 54-60. ногопрофильной больницы.

5. Бальзамова Л.А., Калининская А.А., Нилова А.Г., Королев О.П. Эффективность деятельности дневных стационаров в поликлинике // Главврач. -2005. - № 7. - С. 44-48.

6. Shepperds S. Randomised controlled trial comparing hospital, at home care with inpatient hospital care. I: three month follow up of real the outcomes / S. Shepperds, D. Harwood, C. Jenkinson et al. // BMJ. 1998. - Vol. 316. - P. 17861791.

7. Silvan M. A model for adolescent day treatment / M. Silvan, F.J. Matzner, R.R. Silva // Bull. Menninger Clin. 1999. - Vol. 63. - № 4. - P. 459-480.