

Статья поступила в редакцию 17.07.2022 г.

Елгина С.И., Кадашникова К.В., Мигулько Д.А., Третьякова С.В., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Мозес К.В.

Кемеровский государственный медицинский университет,  
Кузбасская областная клиническая больница имени С.В. Беляева,  
г. Кемерово, Россия

## АКТУАЛЬНОСТЬ СОБЛЮДЕНИЯ ИНТЕРГЕНЕТИЧЕСКОГО ИНТЕРВАЛА

Интергенетический интервал – промежуток времени между рождением ребёнка и наступлением следующей беременности. ВОЗ (2018 г.) регламентирует оптимальный интергенетический интервал между двумя последовательными родами длительностью 24 + 9 месяцев (промежуток времени между родами и следующим зачатием плюс 9 месяцев гестации). Несоблюдение ИИ негативно влияет на течение беременности, исходы родов, как для матери, так и для плода.

**Ключевые слова:** интергенетический интервал; беременность; роды; новорожденные

Elgina S.I., Kadashnikova K.V., Migulko D.A., S Tretyakova.V., Moses V.G., Rudaeva E.V., Moses K.B.

Kemerovo State Medical University,  
Kuzbass Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia

### THE ACUTALITY OF OBSERVING THE INTERGENETIC INTERVAL

The intergenetic interval is the time interval between the birth of a child and the onset of the next pregnancy. WHO (2018) regulates the optimal intergenetic interval between two consecutive births lasting 24 + 9 months (the time interval between childbirth and the next conception plus 9 months of gestation). Non-compliance with AI negatively affects the course of pregnancy, the outcomes of childbirth for both the mother and the fetus.

**Key words:** the intergenetic interval; pregnancy; childbirth; newborns

Интергенетический интервал – промежуток времени между рождением ребёнка и наступлением следующей беременности. ВОЗ (2018 г.) регламентируют оптимальный интергенетический интервал между двумя последовательными родами длительностью 24 + 9 месяцев (промежуток времени между родами и следующим зачатием плюс 9 месяцев гестации) [1]. Этот срок достаточен и после оперативного родоразрешения для стабилизации рубца на матке, и снижения риска разрыва матки в ходе следующей беременности, а также для уменьшения вероятности врастания плаценты в рубец (placenta accreta). В то же время, есть исследования, подтверждающие ещё более значимую минимизацию риска осложнений при увеличении интергенетического интервала до 5 лет после кесарева сечения. В этот срок рекомендуется проведение прегравидарной подготовки – комплекса профилактических мероприятий, направленных на минимизацию рисков при реализации репродуктивной функции [2-6]. Главная задача – скорректировать имеющиеся нарушения здоровья родителей [7-11].

Однако длительность интергенетического интервала, оптимальная для конкретной пары, зависит от многих факторов: исхода и способа родоразрешения при предыдущей беременности, состояния здоровья

женщины, социально-экономического положения. Для пациенток в возрасте 35 лет и старше интергенетический интервал может быть короче [2].

**Цель** – провести анализ течения беременности и исходов родов для матери и плода в зависимости от продолжительности интергенетического интервала среди женщин, поступивших на родоразрешение в КОДКБ им. Ю.А. Атаманова.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На первом этапе проведен ретроспективный анализ 436 амбулаторных крат и историй родов первобеременных и первородящих рожениц с физиологическими родами в возрасте от 20 до 35 лет. На втором этапе – сформированы две группы в зависимости от продолжительности интергенетического интервала: 1 группа – женщины, у которых ИИ составил менее 24 + 9 месяцев; 2 группа – женщины, у которых интергенетический интервал составил 24 + 9 месяцев и более. Критериями исключения в обеих группах было отсутствие медицинских абортов, выкидышей, внематочной беременности в период интергенетического интервала. Таким критериям соответствовали 80 женщин (по 40 пациенток в каждой группе).

Информация для цитирования:



10.24412/2686-7338-2022-3-161-163



FYVOEX

Елгина С.И., Кадашникова К.В., Мигулько Д.А., Третьякова С.В., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Мозес К.В. АКТУАЛЬНОСТЬ СОБЛЮДЕНИЯ ИНТЕРГЕНЕТИЧЕСКОГО ИНТЕРВАЛА // Мать и Дитя в Кузбассе. 2022. №3(90). С. 161-163.



Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2013 (академическая лицензия Open License 62007606) и IBM SPSS Statistics Base Campus Edition Campus Value Unit License v. 24 (лицензионный договор № 20160805-1 от 30.08.2016 с ЗАО «Predictive Solutions»). Для статистической проверки значимости различий средних величин в двух выборках использован t-критерий Стьюдента. Для статистической значимости качественных признаков использованы таблицы сопряженности – критерий  $\chi^2$  Пирсона.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность ИИ у женщин 1 группы составила  $11,9 \pm 0,8$  месяцев, 2 группы –  $61,8 \pm 3,4$  месяцев ( $p = 0,007$ ).

Женщины 1-й и 2-й групп с одинаковой частотой использовали различные методы контрацепции до планирования второй беременности (45 % и 41 %,  $p = 0,07$ ). Однако применение гормональных контрацептивов было в три раза чаще у женщин 2-й группы (21 % и 65 %, соответственно).

Осложненное течение настоящей беременности имели 35 (87,7 %) женщин 1-й группы и 27 (67,5 %) 2-й группы, различия статистически достоверны ( $p = 0,001$ ). Наиболее часто встречаемыми осложнениями во время беременности были фетоплацентарная недостаточность 18 (45 %) и 11 (27,5 %) ( $p = 0,016$ ), гипоксия плода – 26 (65 %) и 18 (45 %) ( $p = 0,002$ ), железодефицитная анемия – 7 (17,5 %) и 3 (7,5 %) ( $p = 0,001$ ), симфизиопатия – 6 (15 %) и 1 (2,5 %) ( $p = 0,006$ ), гестационные отеки – 6 (15 %) и 4 (10 %) ( $p = 0,01$ ), соответственно.

Осложненные роды также чаще встречались у женщин 1-й группы, 26 (65 %) и 14 (35 %) ( $p = 0,005$ ) соответственно. Среди них в группах преобладали родовое излитие околоплодных вод 5 (12,5 %) и 3 (7,5 %) ( $p = 0,006$ ), хориоамниотит – 5 (12,5 %) и 1 (2,5 %) ( $p = 0,005$ ), кесарево сечение – 18 (45 %) и 9 (22,5 %) ( $p = 0,003$ ), травматизм в родах – 6 (15 %) и 1 (2,5 %) ( $p = 0,008$ ), соответственно. Такое осложнение в родах, как дискоординация родовой

деятельности, было только у женщин 1-й группы – 5 (12,5 %).

Здоровые дети реже рождались у женщин с коротким ИИ: 9 (22,5 %) против 18 (45 %) ( $p = 0,005$ ). Среди заболеваний в группах на первом месте были врожденные пороки развития плода 9 (22,5 %) и 6 (15 %) ( $p = 0,007$ ), задержка внутриутробного развития – 8 (20 %) и 5 (12,5 %) ( $p = 0,006$ ), кефалогематомы 5 (12,5 %) и 1 (2,5 %) ( $p = 0,006$ ), соответственно. Тяжелая асфиксия была только у новорожденных от матерей 1-й группы – 2 (5 %).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Единственный путь гарантированного соблюдения оптимального интергенетического интервала – адекватная послеродовая контрацепция. Для обеспечения адекватной послеродовой контрацепции необходимо консультировать женщину до выписки из родильного дома, а лучше обсудить этот вопрос ещё во время беременности. По данным литературы, в целом гормональная контрацепция в 1,9 раза лучше обеспечивает оптимальный интергенетический интервал, чем барьерные методы. Методы пролонгированной гормональной контрацепции, эффективность которых не зависит от организованности пользовательниц, улучшают данный показатель в 3,9 раза [2, 11]. В то же время, врач любой специальности, которому стало известно о репродуктивных намерениях пациентки, должен сообщать ей о необходимости прегравидарной подготовки и рекомендовать соответствующую консультацию с тем, чтобы пара вступила в гестационный период в наилучшем состоянии здоровья и полной психологической готовности. Проведенное исследование еще раз подчеркивает актуальность соблюдения ИИ.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, несоблюдение ИИ негативно влияет на течение беременности, исходы родов как для матери, так и для плода.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. WHO Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO, 2017. Russian (Рекомендации ВОЗ по оказанию родоводной помощи для формирования положительного опыта беременности. Женева: ВОЗ, 2017.)
2. Radzinsky VE, Pustotina OA, Verizhnikova EV, Dikke GB, Illovaiskaya IA, Kurmacheva NA. et al. Preconception care: clinical protocol. M.: Status Praesens; 2016. Russian (Радзинский В.Е., Пустотина О.А., Верижникова Е.В., Дикке Г.Б., Иловайская И.А., Курмачева Н.А. и др. Прегравидарная подготовка: клинический протокол. М.: Status Praesens, 2016.)
3. Sentilhes L, Sénat MV, Ancel PY, Azria E, Benoist G, Blanc J, et al. Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017; 210: 217-224. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.12.035
4. Harding KB, Peña-Rosas JP, Webster AC, Yap CM, Payne BA, Ota E, et al. Iodine supplementation for women during the preconception, pregnancy and postpartum period. *Cochrane database Syst Rev.* 2017; 3: CD011761. doi: 10.1002/14651858.CD011761.pub2
5. Committee Opinion No. 638: First-Trimester Risk Assessment for Early-Onset Preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2015; 126(3): e25-e27. doi: 10.1097/AOG.0000000000001049

6. Elgina SI. Clinical evaluation of neonatal girls' reproductive system and prognosis of its formation disturbances. *Pediatric and Adolescent Reproductive Health*. 2009; (1): 43-47. Russian (Елгина С.И. Клиническая оценка репродуктивной системы новорожденных девочек и прогнозирование нарушений ее становления //Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2009. № 1. С. 43-47.)
7. Wolf HT, Hegaard HK, Huusom LD, Pinborg AB. Multivitamin use and adverse birth outcomes in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 217(4): 404. e1-404.e30. doi: 10.1016/j.ajog.2017.03.029
8. Johansson K, Hutcheon JA, Bodnar LM, Cnattingius S, Stephansson O. Pregnancy weight gain by gestational age and still-birth: a population-based cohort study. *BJOG*. 2018; 125(8): 973-881.
9. Tan C, Zhao Y, Wang S. Is a vegetarian diet safe to follow during pregnancy? A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2019; 59(16): 2586-2596. doi: 10.1080/10408398.2018.1461062
10. Zdorovoe pitanie: informatsionnyy byulleten'. Geneva: WHO, 2018. Russian (Здоровое питание: информационный бюллетень. Женева: ВОЗ, 2018.)
11. De-Regil LM, Peña-Rosas JP, Fernández-Gaxiola AC, Rayco-Solon P. Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane database Syst Rev*. 2015; (12): CD007950. doi: 10.1002/14651858.CD007950.pub3

**КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:**

ЕЛГИНА Светлана Ивановна

650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22 а, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России

Тел: 8 (3842) 73-48-56 E-mail: elginas.i@mail.ru

**ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ****INFORMATION ABOUT AUTHORS**

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.  
E-mail: elginas.i@mail.ru

ELGINA Svetlana Ivanovna, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: elginas.i@mail.ru

КАДАШНИКОВА Ксения Вячеславовна, студентка 5 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

KADASHNIKOVA Ksenia Vyacheslavovna, 5th year student of the Faculty of Medicine, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

МИГУЛЬКО Дарья Андреевна, студентка 5 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

MIGULKO Darya Andreevna, 5th year student of the Faculty of Medicine, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

ТРЕТЬЯКОВА Софья Владимировна, студентка 5 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

TRETYAKOVA Sofya Vladimirovna, 5th year student of the Faculty of Medicine, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, доцент, зам. главного врача по научной деятельности, ГАУЗ КОКБ имени С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru

MOZES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, docent, deputy chief physician for research, Kuzbass Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.  
E-mail: rudaeva@mail.ru

RUDAeva Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: rudaeva@mail.ru

МОЗЕС Кира Борисовна, ассистент, кафедра поликлинической терапии и сестринского дела, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

MOZES Kira Borisovna, assistant, department of polyclinic therapy and nursing, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia