

УДК 618.396 - 089.8

## РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Лукаев А.А., Пастарнак А.Ю., Болибок Н.А., Оразмурадов А.А.

*ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия (117198, Москва, ул.Миклухо-Маклая, 8); родильный дом № 15, Москва, Россия (115088, Москва, ул. Шарикоподшипниковская, 3), e-mail:rd15@mosgorzdrav.ru*

Одной из основных причин перинатальной смертности недоношенных детей является родовая травматизм, который во многом обусловлен неадекватным ведением преждевременных родов. В статье представлен сравнительный анализ исходов родов у женщин с недонашиванием в зависимости от метода родоразрешения. По данным ВОЗ и ЮНИСЕФ смертность среди детей в возрасте до пяти лет снизилась с 12 миллионов случаев в 1990 году до 7,6 миллиона случаев в 2010 году, их удельный вес в популяции составляет 5–12 %, и в развитых странах он имеет тенденцию к росту. Методом выбора родоразрешения при преждевременных родах у беременных высокого перинатального риска должно быть оперативное родоразрешение, поскольку оно достоверно снижает показатель перинатальной смертности.

Ключевые слова: абдоминальное родоразрешение, рубец на матке, кесарево сечение.

## DELIVERY OF WOMEN WITH PREMATURE BIRTH

Lukaev A.A., Pastarnak A.A., Bolibok N.A., Orazmuradov A.A.

*State Educational Institution of higher professional education "PEOPLES' FRIENDSHIP UNIVERSITY OF RUSSIA", Moscow, Russia (117198, Moscow, Miklukho-Maklaya Str., 8); maternity hospital №15, Moscow, Russia (115088, Moscow, Sharikopodshipnikovskaya Str., 3), e-mail:rd15@mosgorzdrav.ru*

One of the main causes of perinatal mortality in preterm infants is a generic injuries, largely due to inadequate maintenance of preterm birth. According to the WHO and UNICEF, the mortality rate among children under five years of age has dropped from 12 million in 1990 to 7.6 million in 2010, their share in the population is 5–12 %, and in developed countries, it tends to grow. Comparative study of outcome labor of women with prematurity, depending on the delivery method, is presented in the article. The method of delivery in premature birth of women with high perinatal risk should be operative delivery, as it reduces authentically the indices of perinatal mortality.

Keywords: abdominal delivery, uterine scar, cesarean section.

Вопреки усилиям научного и практического акушерства частота преждевременных родов не имеет тенденции к снижению [3]. Около 13 миллионов младенцев ежегодно рождается до 37 недель беременности [7], более 1 млн из них погибают на первом году жизни, а среди выживших, к сожалению, оказывается немало инвалидов, страдающих именно из-за того, что появились на свет раньше срока [9,11]. По данным ВОЗ и ЮНИСЕФ смертность среди детей в возрасте до пяти лет снизилась с 12 миллионов случаев в 1990 году, до 7,6 миллиона случаев в 2010 году, их удельный вес в популяции составляет 5–12 %, и в развитых странах он имеет тенденцию к росту

Дородовая терапия: кортикостероиды, токолитическая и антибактериальная терапии позволили снизить перинатальную заболеваемость и смертность, но, несмотря на все усилия, частота преждевременных родов увеличивается [6].

**Цель исследования:** оценить современные тенденции в родоразрешении женщин с недонашиванием.

**Материал и методы исследования**

Проведено ретроспективное исследование 116 историй преждевременных родов на базе ГКБ№ 29 им. Н.Э. Баумана, г. Москвы, в сроки гестации от 26 до 36 недель. Учитывая, что исходы беременности в разные гестационные сроки были различными, проведено деление беременных на 2 когорты:

I когорта – 59 беременных в сроки гестации от 28 до 30 (+6 дней) недель,

II когорта – 57 беременных в сроки от 31 до 34 недель гестации.

**Критерии исключения:** многоплодная беременность, плод с врожденными пороками развития.

В соответствии с поставленной целью и задачами исследования была специально разработана анкета для проведения клинической оценки состояния здоровья обследованных женщин. Проводили антенатальную оценку состояния плода: ультразвуковое исследование (УЗИ), кардиотокографию, доплерометрию в маточных артериях, в артерии пуповины, аорте и средней мозговой артерии плода.

### **Результаты исследования**

Первый этап исследования включал в себя клинико-статистический анализ анамнестических данных женщин. Средний возраст беременных достоверно не различался и составил в I когорте –  $28,9 \pm 0,49$  лет (от 16 до 43 лет), во II когорте –  $28,7 \pm 0,52$  лет (от 16 до 41 года).

Проведенный клинико-статистический анализ состояния соматического и репродуктивного здоровья обследованных пациенток показал, что в целом группы сопоставимы по основным анализируемым параметрам. В исследуемых когортах каждая шестая беременная курила (более 10 сигарет в день), причем лишь каждая пятая из числа курящих отказалась от курения за 2–3 месяца до планируемой беременности. Каждая пятая женщина отказалась от табакокурения в I триместре беременности, а остальные продолжали курить во время настоящей беременности.

Изучение исходов предыдущих беременностей у повторнобеременных пациенток показало, что более чем у каждой второй обследованной в анамнезе имелись указания на своевременные роды. Обращает на себя внимание высокая частота ранних репродуктивных потерь в анамнезе, в том числе и искусственных абортов (67,4–69 %). У каждой третьей повторнобеременной в анамнезе имеются указания на самопроизвольный выкидыш, статистически значимых межгрупповых различий не выявлено, однако эти данные достоверно превышают среднепопуляционные показатели.

Анализ течения настоящей беременности показал, что угрожающий аборт в I триместре беременности диагностирован более чем у трех четвертей беременных, во II триместре частота угрозы прерывания настоящей беременности снижалась по сравнению с I

триместром, однако была по-прежнему высокой (38,9–43,8 %), межгрупповых статистически значимых различий не выявлено. Длительная угроза прерывания беременности имела место более чем у каждой второй беременной.

Среди других осложнений достаточно часто встречалась нефропатия I–II степени – у каждой четвертой, достоверных различий между группами не выявлено. Все вышеперечисленные анализируемые показатели (в основной и контрольной группах) не имели статистических различий.

Подавляющее большинство беременных с недонашиванием родоразрешились самопроизвольно. Абдоминальное родоразрешение путем операции кесарева сечения было выполнено у 27 беременных (23,3 %) (табл.1). В I когорте абдоминальное родоразрешение путем операции кесарева сечения имело место у каждой пятой обследованной с недонашиванием (12–20,3 %), а в II когорте (гестационный срок 31–34 недели) – у каждой четвертой (15–26,3 %), что не имело статистически достоверной разницы.

Табл.1. Показания к оперативному родоразрешению

Когорты, нед.	n	Совокупность относительных показаний		ПОНРП		Острая гипоксия плода	
		n	%	n	%	n	%
<b>I</b> (28-30 (+6))	14	6	42,8%	4	28,6%	4	28,6%
<b>II</b> (31-34)	13	7	53,8%	5	38,4%	1	7,7%*

Примечание: \* – достоверность различий установлена ( $p < 0,05$ ).

Показаниями к оперативному родоразрешению явились: совокупность относительных показаний (маловодие, неправильное положение плода, миопия, гестоз, бесплодие в анамнезе), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), острая гипоксия плода.

В сроки 31–34 недели гестации оперативное родоразрешение более чем у каждой второй (53,8 %) выполнено по совокупности относительных показаний. В сроки 28–30 недель по совокупности относительных показаний прооперировано меньшее число беременных – 42,8 %, однако статистически значимых различий не выявлено. В целом ПОНРП встречалась в среднем у 6,7 % беременных I когорты и у 8,7 % беременных – II когорты, достоверных различий не выявлено. Статистически значимые различия прослеживались в отношении такого показания, как «острая гипоксия плода»: с

увеличением гестационного срока частота этого показателя достоверно снижалась (28,6 % в 28–30 недель против 7,7 % в 31–34 недели) – в 3,7 раза.

Вес недоношенных детей в когортах варьировал от 1050 грамм до 2000 грамм и более (табл. 2).

Табл. 2. Вес новорожденных, грамм.

Когорты, нед.	n	1050 – 1499		1500 – 1999		2000 и более	
		n	%	n	%	n	%
<b>I</b> (28-30 (+6))	59	41	69,5*	18	30,5*	-	-
<b>II</b> (31-34)	57	7	12,3	29	50,8	21	36,8*

Примечание: \* – достоверность различий установлена ( $p < 0,05$ ).

Установлено, что каждый восьмой (12,3 %) недоношенный новорожденный, рожденный в 31–34 недели, весил 1050–1499 грамм, а среди рожденных в 28–30 (+6 дней) недель их частота возрастала в 5,6 раза. Более чем каждый третий недоношенный, рожденный в 28–30 (+6 дней) недель, весил в диапазоне 1500–1999 грамм. С увеличением гестационного срока (31–34 недели) достоверно возрастала частота рожденных недоношенных весом 1500–1999 грамм (каждый второй). Новорожденные дети с весом более 2000 г рождались при беременности в 31–34 недели (более чем каждый третий), что достоверно чаще по сравнению с рожденными в 28–30 (+6 дней) недель, где не было ни одного такого случая.

Оценка частоты перинатальной смертности представлена в таблице 3.

Табл. 3. Перинатальная смертность

Когорты, нед.	n	Перинатальная смертность	
		n	%
<b>I</b> (28-30 (+6))	59	12	20,3*
<b>II</b> (31-34)	57	3	5,3

Примечание: \* – достоверность различий установлена ( $p < 0,05$ ).

Анализ представленных данных показывает, что уровень перинатальной смертности достоверно варьирует в зависимости от гестационного срока. Выявлено, что львиную долю перинатальной смертности составляют рожденные в 28–30 (+6 дней) недель беременности – каждый пятый (20,3 %), что достоверно чаще (в 3,8 раза) при сравнении с рожденными в 31–34 недели.

Проводя сопоставление частоты кесарева сечения и перинатальных исходов, было определено, что выживаемость детей увеличивается при абдоминальном родоразрешении (диаграмма 3).

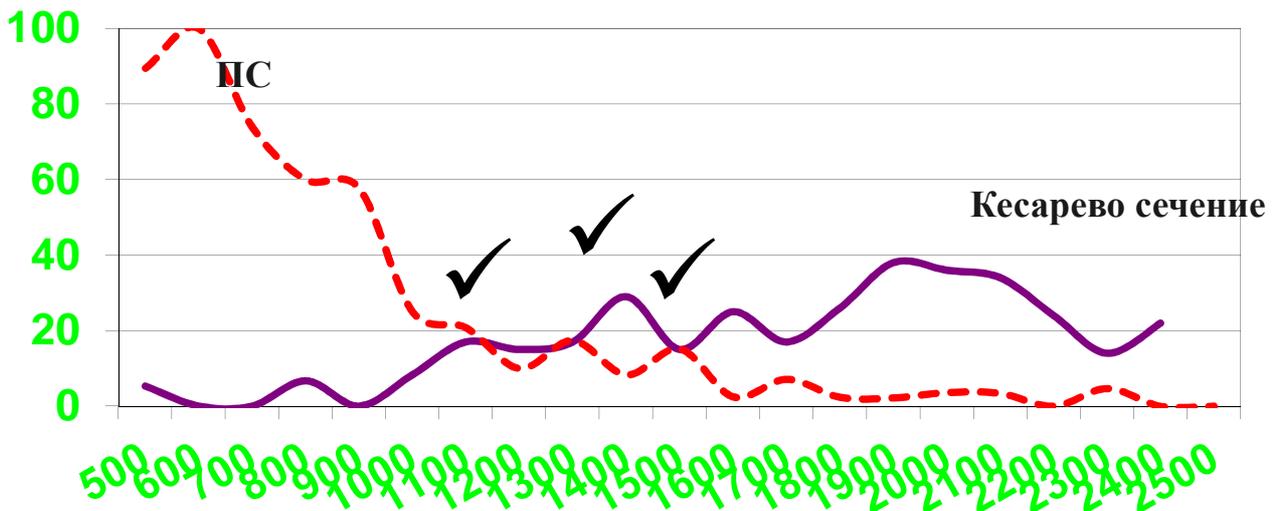


Диаграмма № 1. Перинатальная смертность (%) и частота кесаревых сечений (%)

**Выводы.** Риск преждевременных родов определяется в соответствии со стратегией риска в акушерстве и перинатологии. Ведущими медико-биологическими факторами риска недонашивания являются:

- хронические воспалительные заболевания матки и придатков; доброкачественные заболевания шейки матки; бесплодие в анамнезе; ранние репродуктивные потери в анамнезе; преждевременные роды и гестоз во время предыдущей беременности;
- низкий уровень соматического здоровья беременных (заболевания ЛОР-органов, болезни мочевыделительной системы, заболевания щитовидной железы, ожирение);
- возраст, напряженный умственный труд и работа с компьютером, постоянный стресс, табакокурение.

Методом выбора родоразрешения при преждевременных родах у беременных высокого перинатального риска должно быть оперативное родоразрешение, поскольку оно достоверно снижает показатель перинатальной смертности.

## Список литературы

1. Радзинский В.Е., Костин И.Н. Преждевременные роды // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 4. – С. 16–19.
2. Jay D Iams, Roberto Romero, Jennifer F Culhane, Robert L Goldenberg. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. The Lancet. PretermBirth. January 5, 2008.
3. Mackeen A.D., Seibel-Seamon J., Grimes-Dennis J. et al. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes // Cochrane Database Syst Rev. – 2011. – V.5. – N (10). – CD007062.
4. Robert L Goldenberg, Jennifer F. Culhane, Jay D Iams, Roberto Romero. Epidemiology and causes of preterm birth. The Lancet. Preterm Birth. January 5, 2008.
5. WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. 2012. P.126.[http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm\\_birth\\_report/en/index](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index).

### Рецензенты:

Петрова В.Д., д.м.н., заведующая отделением гинекологии ГКБ № 12, г. Москва.

Старцева Н.М., д.м.н., заведующая отделением патологии беременности ГКБ № 29, г. Москва.