СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА РИСКИ РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

З. Жукова¹,

Р. Чилова¹, доктор медицинских наук, профессор,

Д. Сычев², член-корреспондент РАН, профессор,

Н. Трифонова¹, кандидат медицинских наук,

Г. Проклова¹

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

²РМАНПО, Москва

E-mail: rtchilova@gmail.com

DOI: 10.29296/25877305-2018-01-04

В практическом акушерстве одной из важных проблем остается невынашивание беременности, а в здравоохранении в целом – предотвращение рисков развития преждевременных родов и снижение перинатальной смертности.

Ключевые слова: акушерство и гинекология, преждевременные роды, неонатальная смертность, недоношенный ребенок, перинатальная патология.

Вследствие частых серьезных осложнений и высокой перинатальной смертности преждевременные роды (ПР) становятся не только медико-социальной, но и демографической проблемой. Актуальность проблемы ПР, несмотря на современные методы диагностики и лечения, не снижается. Прежде всего, это связано с тем, что увеличивается число женщин из группы риска. Имеют значение также широкое использование кесарева сечения, оставляющего рубец на теле матки, развитие вспомогательных репродуктивных технологий, которые часто приводят к многоплодной беременности и увеличению риска ПР, распространенность экстрагенитальных заболеваний, увеличение возраста женщины при первой беременности [1–3]. Частота ПР, по данным, ежегодно публикуемым ВОЗ, составляет 5–6%, однако по результатам ряда исследований эти цифры варьируют от 15 до 20%. По данным российских исследователей, частота ПР в нашей стране составляет 5–12%. Социальная проблема ПР обусловлена тем, что недоношенным детям необходима дорогостоящая и высококвалифицированная медицинская помощь, эти дети чаще подвержены болезням; среди недоношенных высок уровень смертности. Следует отметить, что недоношенные дети определяют уровень ранней неонатальной (70%), детской смертности (75%), а также младенческой заболеваемости.

По статистике ВОЗ, общее число недоношенных детей в год составляет 15 млн, при этом на их долю приходится около 50% детских неврологических заболеваний, включая детский церебральный паралич, а мертворождение наблюдается в 13 раз чаще при ПР, чем при своевременных родах [2–4]. От срока гестации зависит тяжесть осложнений при ПР, которая усугубляется при несвоевременной диагностике ПР, неправильном ведении беременных с угрозой ПР и применении ненадлежащих вмешательств (ятрогенная причина). Несмотря на то, что абсолютное количество ПР не имеет тенденции к снижению, отмечено однозначное улучшение в результатах

применения методов ранней реабилитации недоношенных детей, внедрения профилактики респираторного дистресс-синдрома плода, антибиотикопрофилактики осложнений, использование сурфактанта. Все эти мероприятия привели к тому, что за последнее десятилетие значительно снизилась смертность недоношенных детей, в частности в развитых странах. Так, с 50 до 5% уменьшилась смертность новорожденных с массой тела 1000–1500 г и с 90 до 20% – с массой тела 500–1000 г [3–5].

Сегодня акушерское сообщество решает две основные задачи, связанные с преждевременными родами:

- детекция угрожающих ПР для исключения ненадлежащих вмешательств;
- подготовка с помощью адекватных и безопасных медикаментозных средств плода к преждевременному рождению.

ВОЗ определяет ПР как роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36 нед, т.е. на 154–259-й день с 1-го дня последней менструации. При ПР масса тела плода составляет 500–2500 г.

В России принята следующая классификация ПР в зависимости от срока гестации:

- до 28 нед (5% всех ПР). Масса тела новорожденных при этих родах составляет до 1000 г (экстремально низкая). Прогноз выживаемости новорожденных крайне неблагоприятный, заболеваемость и смертность среди них высокая;
- в 28–30 нед (15% ПР). Новорожденные – с тяжелой недоношенностью, масса тела – до 1500 г (очень низкая). Исход родов в такие сроки и постнатальный прогноз более благоприятные [3–6];
- от 31 до 33 нед (20% всех ПР), при которых у новорожденных наблюдается средняя степень недоношенности;
- в 34–37 нед (60% ПР), при которых рождаются недоношенные дети с массой тела 1500–2500 г. Новорожденные меньше подвержены инфекционным заболеваниям. Следует отметить, что пролонгирование беременности в эти сроки незначительно влияет на показатели смертности новорожденных.

ФАКТОРЫ РИСКА ПР

Факторы риска, приводящие к ПР, делятся на:

- а) относящиеся к прошлым беременностям и перенесенным заболеваниям, с наличием в анамнезе:
 - поздних выкидышей;
 - ПР;
 - медицинских аборт;
 - >4 родов;
 - кониации;
- б) относящиеся к текущей беременности:
 - многоплодная, индуцированная беременность;
 - возраст ≤17 и ≥34 лет;
 - алкогольная, никотиновая или лекарственная зависимость;
 - пролонгированная стрессовая ситуация;
 - низкий социально-экономический уровень жизни;
 - пародонтит;
- в) способствующие развитию ПР при текущей беременности:
 - любая цервикагинальная инфекция;
 - преждевременное созревание шейки матки;
 - многоводие;

- предлежание плаценты;
- маточные кровотечения;
- г) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты:
 - любая инфекция мочевыводящих путей, особую опасность представляет бессимптомное течение этой инфекции;
 - тяжелые формы сахарного диабета;
 - экстрагенитальная инфекция в тяжелой форме;
 - гипертермия любого генеза;
 - травмы и хирургические вмешательства при текущей беременности.

Профилактические мероприятия для предотвращения развития ПР включают комплекс мероприятий первичной профилактики вне беременности и во время беременности. До наступления беременности профилактика риска развития ПР направлена на информирование общественности о носителях риска ПР [5, 7]. Прежде всего это рекомендации по ограничению повторных внутриматочных манипуляций, в частности выскабливанию полости матки, информирование семейных пар, готовящихся к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО) или интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов в яйцеклетку (ИКСИ), о риске преждевременного разрешения беременности, наступившей с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. Пропаганда планирования 1-й беременности в возрасте до 34–36 лет. До зачатия и в первые 2 мес беременности не рекомендуется применение поливитаминов, белково-энергетических пищевых добавок, гидратация, которая используется для улучшения фетоплацентарного кровотока с целью предотвращения ПР, постельный режим [6–8].

Вторичная профилактика направлена на проведение мероприятий в период беременности, предотвращающих или снижающих риск развития ПР. В период гестации беременным с короткой шейкой матки рекомендуется назначать интравагинально прогестерон. Рекомендуется он также беременным с указанием в анамнезе на ПР. Среди программ для беременных обязательна антитабачная. Женщинам с высоким риском ПР показано наложение швов на шейку матки.

Кохрейновский обзор показывает, что наложение швов на шейку матки при высоком риске развития ПР статистически значимо не влияет на частоту перинатальной смертности и неонатальной заболеваемости. Однако авторы настаивают на персонализированном подходе к решению вопроса о наложении швов, которое зависит от клинической ситуации. Одним из важных лечебно-профилактических мероприятий при высоком риске ПР у беременных с установленной урогенитальной инфекцией и высокой колонизацией патогенных и условно-патогенных микроорганизмов является применение антибактериальных препаратов, что достоверно приводит к пролонгированию беременности [7–9].

Влияние на риски развития ПР, предотвращение преждевременного родоразрешения позволяет врачу сообщ-

еству решить эту актуальную медико-социальную проблему и значительно снизить заболеваемость среди недоношенных детей и детскую инвалидизацию. Эффективная медицина сегодняшнего дня должна быть персонализированной, доступной и безопасной. Для достижения этих задач акушерскому сообществу следует проводить предгестационную подготовку женщин, у которых в анамнезе есть потери беременности, осуществлять тщательное и пристальное наблюдение за женщиной в период гестации с целью профилактики инфекционно-воспалительных осложнений [9, 10]; использовать результаты новейших исследований и данных доказательной медицины для вторичной профилактики угрожающих ПР, применять современные технологии для снижения неонатальной заболеваемости и смертности.

Литература

1. Методическое письмо Минздравсоцразвития РФ «Преждевременные роды». Под ред. Г.Т. Сухих и В.И. Широковой / М., 2011; 30 с.
2. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности / М., 2010.
3. Ткаченко Л.В., Линченко Н.А. Клинические и хирургические параллели истмико-цервикальной недостаточности. Мат. XIV Всерос. науч. форума «Мать и Дитя», 24–27 сентября, 2013 / М., 2013; с. 21.
4. Di Renzo G., Cabero Roura L. et al. Guidelines for the management of spontaneous preterm labour: Identification of preterm premature rupture of membranes and preventive tools for preterm birth // The Journal of maternal fetal & neonatal medicine, DJMF-2010-0489.R1.2011.05.
5. Davey M., Watson L. et al. Risk scoring systems for predicting preterm birth with the aim of reducing associated outcomes (review) // Cochrane Review. – 2011; 11.
6. Romero R., Nicolaides K. et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: A systematic review and meta-analysis of individual patient data // AJOG. – 2012; 2 (206): 124.e1–124.e19.
7. Flenady V., Wojcieszek A., Papatsonis D. et al. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour and birth. Translating Research Into Practice (TRIP) Centre, Mater Research Institute – The University of Queensland Australia, Jun 2014.
8. Menon R. Preterm birth: a global burden on maternal and child health // Pathog. Glob. Health. – 2012; 106 (3): 139–40.
9. Flood K., Malone F. Prevention of preterm birth // Seminars Fetal. Neonat. Med. – 2012; 17: 58–63.
10. Abou-Ghannam G., Usta I., Nassar A. Indomethacin in Pregnancy: Applications and Safety // Am. J. Perinatol. – 2012; 29 (3): 175–86.

THE PRESENT VIEW ON THE RISKS OF PREMATURE BIRTH

E. Zhukova¹; Professor **R. Chilova¹**, MD; Professor **D. Sychev²**, MD, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences; **N. Trifonova¹**, Candidate of Medical Sciences; **G. Proklova¹**

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

²Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow

Miscarriage remains one of the important problems in obstetric practice and the prevention of risks for premature birth and the reduction of perinatal mortality do in general healthcare.

Key words: obstetrics and gynecology, premature birth, neonatal mortality, premature baby, perinatal pathology.