

## КОНТРАВЕРСИИ - ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

(по материалам конгресса «Контраверсии в акушерстве и гинекологии», 27-30 ноября 2008 г.)

**Кипяткова Н.Г., Мухтарова А.В., Кичеева В.А., Гаранина О.С.**

*Российский университет дружбы народов, кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, г. Москва*

Тема преждевременных родов (ПР) является актуальной проблемой, так как именно эта акушерская патология в значительной мере связана с высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью. Число преждевременных родов варьирует от 5-9% в развитых странах и 10-15% в развивающихся (14).

Одним из факторов риска ПР является инфекция (10). Микроорганизмы производят токсины, которые стимулируют выработку цитокинов, что способствует продукции простагландинов. Этот процесс ведет к возникновению маточных сокращений, досрочному созреванию шейки матки и заканчивается ПР. В исследовании, проведенном T.Jakisa и соавт. обследовали цервикальную слизь 50 пациенток с симптомами преждевременных родов в сроки 24-34 недели. В 26 случаях была обнаружена инфекция- энтерококки в 14,3%, стрептококки-11%, Chlamydia trachomatis- 39,3 % и только у 35,7 % беременных инфекция не обнаружена(10).

Патологическая флора влагалища до 14 недель гестации также является фактором риска преждевременных родов. Бактериальный вагиноз (БВ) бывает: частичный - при этом БВ определяется как неоднородная флора с содержанием Hemolytic streptococcus, Haemophilus vaginalis, Candida albican и грам отрицательными микроорганизмами и полный БВ- с содержанием ключевых клеток > 20%. Исследования, проведенные за последнее время показывают, разные результаты о роли БВ в возникновении преждевременных родов. G. Donders проводилось исследование 1026 пациенток, среди беременных с БВ и вагинитом, ассоциированным с аэробной флорой- максимальная вероятность поздних самопроизвольных выкидышей. Было установлено, что частичный БВ в комплексе с микоплазмой, отсутствие лактобацилл или снижение их количества -негативно влияют на все сроках гестации и приводят к преждевременным родам, в отличие от полного БВ - не оказывающего такого влияния. При выявлении данных нарушений микрофлоры гениталий с целью предупреждения преждевременных родов необходимо использовать метронидазол (5). F.Danesh и соавт. показали, что возникновение преждевременных родов не связано с такими инфекциями, как Gardnerella vaginalis, Hemolytic streptococcus, Haemophilus vaginalis, Candida albicans и грам отрицательными микроорганизмами, чаще всего причиной ПР является Mycoplasma hominis (4).

Вирус простого герпеса во время беременности также может приводить к преждевременным родам, раннему излитию околоплодных вод, рождению детей с низкой массой тела. M. Vogavac и соавт. показали, что для предотвращения преждевременных родов и других осложнений необходимо проводить лечение вируса простого герпеса до наступления беременности, иммуностимулирующую терапию и профилактику генитальной инфекции во время беременности и родов (2).

Среди других причин преждевременных родов выделяют инфицирование амниотической жидкости и местные воспалительные процессы. A. Karthikayan и соавт. (11) проводили исследование амниотической жидкости посредством амниоцентеза у 363 беременных пациенток для выявления связи между интраамниотической инфекцией во II триместре и последующим исходом родов. В группе женщин, родивших до 37 недель, не было выявлено зависимости между обнаруженными микоплазмами и/или хламидиями и прогнозом преждевременных родов.

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) наблюдается лишь в 2% всех беременностей, однако в 40% преждевременные роды связаны именно с этой патологией. Существует три главных осложнения при ПРПО: 1- преждевременные роды, 2-сепсис и 3-гипоплазия легочной ткани. Смертность среди детей, рожденных с сепсисом в 4 раза выше, чем у неинфицированных детей. При ПРПО также существует риск инфицирования для матери, связанный с хориоамнионитом. По данным K. Numanavathi у 1/3 беременных с ПРПО в амниотической жидкости обнаруживаются бактерии, которые могут повреждать интактную амниотическую оболочку (9). Тактика лечения данной патологии зависит от гестационного срока, инфекционного статуса матери и состояния плода. При ПРПО до 20 недель беременности, как правило происходит неполный выкидыш позднего срока, так как к этому периоду жизнеспособность плода составляет менее 5 %. Ведение беременности при ПРПО включает антибактериальную, токолитическую терапии, профилактики дистресс синдрома плода. J. Silva и соавт. наблюдали 20-летнюю нерожавшую до этого пациентку с ПРПО на 15 неделе беременности в перинатальном центре Бразилии. При исследовании по данным УЗИ - маточная беременность 15 недель, амниотическая жидкость отсутствовала, патологии со стороны плода и плацентарного ложа обнаружено не было. Данной пациентке проводилась антибактериальная и гормональная терапия, еженедельно УЗИ с оценкой биофизических параметров плода. Пациентка была родоразрешена путем операции кесарева сечения на 32 неделе беременности. Родилась живая недоношенная девочка с деформациями лица и конечностей с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов (17).

В последние годы активно ведутся работы по поиску и определению значимости факторов прогноза преждевременных родов. Одним из основных факторов, рассматриваемых в качестве прогностических для преждевременных родов, является длина шейки матки. Более объективно оценить состояние шейки матки позволяет трансвагинальное УЗИ.

D. Rajan и соавт. проспективно оценили результаты трансвагинального УЗИ в прогнозировании преждевременных родов у первобеременных женщин. Результаты данного исследования показали, что при длине шейки матки в сроке 20-24 недели менее 2,5 см четко коррелирует с риском преждевременных родов (16).

Предвестником ПР считается появление в цервикальной слизи плодового фибронектина - гликопротеина, который находится в плодовых оболочках, децидуа и амниотической жидкости. При имплантации в норме фибронектин имеется в шейечно-вагинальном секрете, но после 20 недель беременности его находят редко, а после 24 недель его обнаружение указывает на нарушение во взаимоотношении между оболочками и децидуа (7,12). По данным мультицентровых исследований фибронектин является в настоящее время одним из основных маркеров преждевременных родов, а комбинация трансвагинального УЗИ и фибронектина повышает точность диагноза (14,15). К. Duhig и соавт. провели ретроспективно исследование с фетальным фибронектином у 910 беременных женщин, с высоким риском развития преждевременных родов. У пациенток, имеющих изменения шейки матки- чаще определялся положительный тест на фибронектин и в дальнейшем у данной группы женщин наблюдались ПР (6).

Тактика ведения ПР определяется: сроком гестации; состоянием матери; состоянием плода; целостью плодного пузыря; характером сократительной деятельности матки; степенью изменений шейки матки. (1). Беременные, у которых хотя бы один раз была опасность преждевременных родов, имеют риск повторного развития такой ситуации. Усиление токолитической терапии после купирования преждевременных родов остается спорным вопросом. Vogna и соавт. проспективно оценили результаты у 70 женщин с клиникой преждевременных родов, получавшие прогестерон в виде вагинальных свечей после токолитической терапии. Было установлено, что применение прогестероновых вагинальных свечей после успешной токолитической терапии позволяет увеличить срок до родов, но не снижает число ПР (3).

Метод родоразрешения при преждевременных родах по-прежнему остается большой медицинской и социальной проблемой в перинатологии. Основная задача ведения ПР- обеспечить более благоприятное их течение, чтобы улучшить исход родов для плода (1). В настоящее время существует много споров по поводу показаний и противопоказаний к кесареву сечению. T.Maciejewski и соавт. попытались оценить способ ведения преждевременных родов. Было показано, что при родах в головном предлежании наиболее часто внутрижелудочковые кровоизлияния наблюдались после малого кесарева сечения, чем после родов через естественные родовые пути, в отличие от родов в тазовом предлежании, где внутрижелудочковые кровоизлияния преобладали при родах через естественные родовые пути (57% из 100) , а при малом кесаревом сечении были незначительные (4,5%). На основании этого был сделан вывод, что кесарево сечение снижает частоту внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенных детей в тазовом предлежании (13). В другом исследовании К.Нумареddy показал, что вне зависимости от способа ведения родов, сохраняется высокое число врожденных аномалий развития и высокая интранатальная и неонатальная смертность. Очень часто новорожденные, родившиеся в тазовом предлежании - маловесные для своего гестационного возраста по сравнению с таким же недоношенным ребенком, но в головном предлежании. Предпочтение при ведении ПР в тазовом предлежании, как и в головном отдается проведению эпидуральной анестезии в родах, участие опытных акушеров и неонатологов. Вследствие того, что отсутствуют достоверные исследования о методе ведения родов при преждевременных родах в тазовом предлежании-оптимальный метод родоразрешения при тазовом предлежании должен быть выбран совместно с роженицей и ее партнером после получения ими полноценной информации о преимуществах и недостатках каждого способа родоразрешения (8).

## ЛИТЕРАТУРА

1. В.М. Сидельникова, А.Г. Антонов Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 447.
2. M. Bogavac, T. Jakica, B. Gavranic. «Can herpes simplex viral infection be considered as one of the risk factors for preterm delivery».
3. Borna, S. Shakoi, T. Shakoi «Progesterone for maintenance tocolytic therapy after threatened preterm labor. Randomized controlled trials» - Vali-Easv Hospital Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. F.Danesh, Salmeh Mazandaran. «The role of bacterial vaginosis in preterm labor and preterm birth» - U. of Medical Sciences Sari ,Iran.
5. G. Donders. «Predictive value for preterm birth of abnormal vaginal flora, bacterial vaginosis and aerobic vaginitis during the first trimester of pregnancy or why metronidazole may be suboptimal in pregnancy» - Regional Hospital Heilig Hart Tienen, Belgium.
6. K. Duhig, M. Chandiramani, P. Seed, A. Briley, A. Kenyon et al. «Fetal fibronectin as a predictor of spontaneous preterm labour in asymptomatic women with a cervical cerclage» - Maternal and Fetal Research Unit. King's College London Division of Reproduction and Endocrinology, UK.
7. R.F.Feinberg, H.J. Kliman, Is oncofetal fibronectin a trophoblast glue for human implantation? // Am. O Pathol.- 1991. - Vol. 138. - P. 537-543.
8. K.Hymareddy «How best to deal with preterm breech delivery» - Sri Vyshnavi Hospitals, Nellore, India.
9. K. Hymavathi «Preterm pre labour rupture of membranes» - NMC Hospital Nellore, India
10. T.Jakica, B. Gavranic, M. Bogavac. «Significance of local infection in pregnant women with symptoms of preterm delivery».- Department of Obstetrics and Gynecology: Medical Faculty Novi Sad, Serbia.

11. A. Karthikayan, M. Manoharan «Microbial invasion in amniotic fluid: Does a correlation with preterm labor really exist» - Homerton University Hospital, UK.
12. C.J. Lockwood, A.E. Senyei, M.R. Dische et al. Fetal fibronectin in cervical and vaginal secretions as a predictor of preterm delivery // N. Engl. J. Med. - 1991. - Vol. 325. - P.689-674.
13. T. Maciejewski, B. Kowalska, M. Rutkowska, K. Szamotulska «Correlation between the mode of preterm delivery and intraventricular hemorrhage (III or IV grade) as risk factor of cerebral palsy» - Institut of Mother and Child, Warsaw, Poland.
14. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке», Москва, 2011. Т.13.
15. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке», Москва, 2010. Т.12.
16. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке», Москва, 2009. Т.11.
17. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке», Москва, 2008. Т.10.
18. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке», Москва, 2007. Т.9.
19. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке», Москва, 2006. Т.8.
20. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке», Москва, 2005. Т.7.
21. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке», Москва, 2004. Т.6.
22. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке», Москва, 2003. Т.5.
23. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке», Москва, 2002г. . Т.4.
24. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке», Москва, 2001г. . Т.3.
25. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке», Москва, 2000г. . Т.2.
26. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2011. Т.13.
27. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2010. Т.12.
28. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т.11.
29. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т.10.
30. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т.9.
31. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т.8.
32. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т.7.
33. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т.6.
34. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т.5.
35. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т.4.
36. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т.3.
37. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т.2.