

Е.В. Кулавский, В.А. Кулавский  
**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ  
В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ**

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа*

В статье представлены данные литературы и собственные исследования по актуальной проблеме современного перинатального акушерства – преждевременным родам: частота, причины, диагностика, профилактика и лечение.

**Ключевые слова:** преждевременные роды, этиология, диагностика, лечение.

E.V. Kulavsky, V.A. Kulavsky

**CHALLENGING ISSUES OF PREMATURE LABOUR IN MODERN OBSTETRICS**

The article presents literature data and self-conducted studies on currently challenging issue in modern perinatal obstetrics, particularly premature labour: incidence rate, causes, diagnostics, preventive care and treatment.

**Keywords:** premature labour, aetiology, diagnostics, treatment.

Преждевременные роды являются не только медицинской, но и социальной проблемой, что в первую очередь связано с их последствиями для детей - перинатальная заболеваемость и смертность у недоношенных новорожденных в 35-40 раз выше, чем у доношенных [2, 3, 4, 5].

Несмотря на все усилия научного и практического акушерства, частота преждевременных родов за последнее десятилетие не снижается. Данная тенденция характерна и для Республики Башкортостан, в которой частота преждевременных родов в период с 2005 по 2009 год составила 3,3-5,4 %. За последние годы увеличилось количество женщин, входящих в группу риска по развитию преждевременных родов. К ним относятся пациентки с экстрагенитальной патологией, эндокринными нарушениями, рубцом на матке. Определенную роль играет широкое внедрение вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО, ИКСИ, стимуляция овуляции), в связи с чем возросло количество многоплодных беременностей, являющихся фактором риска преждевременного прерывания беременности. При этом заболеваемость и смертность у недоношенных детей при многоплодии в 4-11 раз выше, чем при развитии преждевременных родов одним плодом [1, 9]. Также следует отметить ухудшение экологии, что способствует повышению количества преждевременных родов.

Снижение количества преждевременных родов, а также осложнений у недоношенных детей можно достичь: своевременной диагностикой и терапией угрозы преждевременного прерывания беременности; оптимальными методами родоразрешения с учетом срока гестации и акушерской ситуации; своевременной диагностикой и коррекцией истмикоцервикальной недостаточности (ИЦН); выжидательной тактикой при преждевременном излитии околоплодных вод и недоношенной беременности; лечением недоношенных детей в условиях отделений интенсивной терапии и реанимации новорожденных с применением современных технологий; последующим наблюдением недоношенных новорожденных на втором этапе выхаживания.

Особое внимание следует уделять современным методам диагностики истинной угрозы прерывания беременности. В ряде исследований [7] было показано, что только в 20% случаев с подозрением на угрозу преждевременных родов действительно рожали преждевременно, а у 80% женщин роды происходили в срок, то есть имела место гипердиагностика. В связи с этим возникает вопрос о целесообразности госпитализации, назначения токолитической и стероидной терапии большинству беременных с жалобами на тянущие боли внизу живота и сомнительными данными объективного исследования.

Таблица

Методы диагностики преждевременных родов

Методы диагностики	Чувствительность, %	Специфичность, %	Положительная диагностическая значимость, %	Отрицательная диагностическая значимость, %
Клинические симптомы (кровянистые выделения, раскрытие шейки матки, преждевременное излитие околоплодных вод)	83,2	49,4	61,2	22,3
Оценка сократительной деятельности матки	81,6	5,4	91,7	34,9
Укорочение шейки матки по данным УЗИ	87,9	41,4	89,7	40,4

При постановке диагноза угрозы преждевременных родов необходимо полагаться на объективные факторы. К ним относятся: периодические кровяные выделения из половых путей, подтекание околоплодных вод, показатель сократительной деятельности матки (4 и более сокращений матки в час); оценка состояния шейки матки 4 и более баллов по шкале Бишопа; укорочение шейки матки менее 3 см и расширение цервикального канала более 2 мм по данным УЗИ [5] (см. таблицу).

Как следует из данных представленной таблицы, все методы, которые обладают высокой чувствительностью (клинические симптомы, укорочение шейки матки по данным УЗИ), следует считать поздним признаком угрозы прерывания беременности, когда проведение терапии может быть уже не эффективным.

Для своевременной диагностики и адекватной терапии целесообразно использовать иммунохроматографический тест на полосках, который позволяет обнаружить в отделяемом из цервикального канала наличие фПСИФР (тест Актим Партус) при его концентрации 10 мкг/л и более (Шалина Р.И. и др.). При отрицательных результатах теста у 90,9% женщин роды происходят своевременно и лишь у 9,1% преждевременно.

Для лечения угрозы преждевременных родов применяются разные токолитические препараты. В настоящее время первостепенное значение в пролонгировании беременности имеют  $\beta$ -адреномиметики. Их токолитический эффект обусловлен стимуляцией  $\beta$ -рецепторов матки. В то же время наличие  $\beta$ -рецепторов в других органах, в том числе в сердце, обуславливало в наших исследованиях побочные эффекты со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, что привело к тахикардии у 38,9% беременных, экстрасистолии у 1,6%, одышке у 24,6%. Данная группа препаратов ( $\beta$ -адреномиметики) способна индуцировать умеренную гипергликемию у 23% пациенток, а длительное их пероральное применение может провоцировать развитие гестационного сахарного диабета [2,8]. Помимо  $\beta$ -адреномиметиков применяются и другие препараты для токолиза (сульфат магния, индометацин, блокаторы кальциевых каналов).

Необходимость снижения дозировки и длительности применения  $\beta$ -миметиков привела к поискам новых альтернативных препаратов для лечения угрозы преждевременных родов. За рубежом в настоящее время ведущее место при проведении токолиза занимают

блокаторы кальциевых каналов [9, 11]. В России роль данной группы препаратов в терапии угрозы преждевременных родов не определена. В терапии угрозы преждевременных родов стал также использоваться прогестерон. В 80-90-х годах прошлого столетия были проведены многочисленные исследования, подтверждающие токолитический эффект прогестерона, метаболизм которого связан с активацией  $\beta$ -адренергической реакции миометрия и блокадой  $\beta$ -адренорецепторов [10]. Недостаточный синтез его в плаценте приводит к неполному блокированию  $\beta$ -адренорецепторов и окситоцинового эффекта простагландина F<sub>2 $\alpha$</sub> , в результате чего сократительная активность матки усиливается. В исследованиях, выполненных Шалиной Р.И. с соавт. [6], было показано, что пероральное применение натурального микронизированного прогестерона в комплексной терапии угрозы преждевременных родов способствовало снижению длительности инфузии гинипралом в 1,5 раза, а также уменьшению количества осложнений, связанных с применением  $\beta$ -адреномиметиков.

Значительное место в структуре причин поздних самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов занимает истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Частота данной патологии в популяции варьирует от 1 до 9%, а в структуре невынашивания от 15 до 42% [3]. Обычно ИЦН не имеет яркой клинической симптоматики, значительная часть пациенток не предъявляет жалоб. В связи с этим нередко врач акушер-гинеколог сталкивается уже с имеющимися проблемами укорочения шейки матки и даже пролабированием плодного пузыря, которые являются прогностически неблагоприятными критериями в отношении развития преждевременного прерывания беременности.

Для своевременной диагностики ИЦН особое внимание уделяется трансвагинальному ультразвуковому исследованию шейки матки. Внедрение трансвагинальной ультразвуковой методики позволило установить, что факторами риска развития ИЦН у беременных, требующими тщательного наблюдения, являются: длина шейки матки 3 см, которая считается критической у перво- и повторнобеременных при сроке беременности 20 недель; отношение длины шейки матки к ее диаметру на уровне внутреннего зева менее 1,16; изменение эхоструктуры шейки матки (мелкие жидкостные включения и яркие штриховые эхосигналы), которые свидетель-

ствуют о начальных признаках недостаточности шейки матки.

Одной из наиболее распространенных причин преждевременного прерывания беременности является преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ). Количество преждевременных родов, инициированных ПИОВ, по нашим данным колеблется от 30 до 42,2%. За последнее десятилетие значительно изменился подход к ведению недоношенной беременности и преждевременных родов в условиях ПИОВ. В 80-90-х годах прошлого столетия была широко распространена активная тактика ведения родов при преждевременном разрыве плодных оболочек. Врачи, опасаясь развития инфекционных осложнений у матери и плода, проводили немедленное родоразрешение (чаще родовозбуждение) вне зависимости от срока гестации. В настоящее время целесообразна выжидательная тактика ведения преждевременных родов с ПИОВ, которая способствует рождению более зрелого ребенка и снижает неонатальную смертность от РДС [2]. Тем не менее сторонники выжидательной тактики не отрицают, что пролонгирование беременности в условиях длительного безводного промежутка увеличивает риск гнойно-септических осложнений у матери и плода [6].

Анализ перинатальных исходов показал, что при выжидательной тактике по сравнению с активной частота пневмонии у недоношенных новорожденных возрастает в 3 раза, конъюнктивита - в 1,5 раза, омфалита - в 3,9 раза, инфекционно-токсического шока - в 2 раза. Вследствие этого не существует единых рекомендаций по оптимизации сроков пролонгирования беременности, принципам назначения токолитической и антибактериальной терапии. В США, Канаде, Нидерландах максимальным сроком, до которого возможно пролонгировать беременность, считается 34 недели гестации, в Дании - 35, а в Австрии - 32 недели.

Был проведен ретроспективный анализ 78 историй родов у пациенток в сроки гестации 31-35 недель с недоношенной беременностью, осложненной ПИОВ. При этом наряду с активной проводилась и выжидательная тактика. Главным критерием эффективности той или иной тактики ведения преждевременных родов, осложненных ПИОВ, являлась оценка перинатальных исходов.

Сравнительный анализ перинатальных исходов в зависимости от сроков гестации, активной и выжидательной тактики проведен в 31-32, 33-34, 35-36 недель гестации. Наибо-

лее значимыми параметрами были: патология ЦНС, наличие и степень тяжести СДР, необходимость применения дополнительной оксигенации, летальность в раннем неонатальном периоде.

Сравнительный анализ показал, что преимущества выжидательной тактики по сравнению с активной в 31-32 недели гестации на момент рождения заключались в отсутствии у детей внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) тяжелой степени и СДР тяжелой степени. У всех детей из группы с активной тактикой требовалось проведение ИВЛ, в то время как при выжидательной тактике, вследствие появления возможности выполнить полный курс профилактики СДР путем применения дексаметазона, ИВЛ проводилась только трети новорожденным. В 33-34 недели гестации у новорожденных из групп как с активной, так и с выжидательной тактикой внутрижелудочковые кровоизлияния тяжелой степени отсутствовали. При активном ведении родов ВЖК II степени диагностированы у 7,5% детей, в то время как при выжидательном поражении ЦНС у новорожденных не было. В связи с отсутствием возможности проведения полного курса профилактики СДР плода дексаметазоном при активной тактике СДР тяжелой степени был диагностирован у 11,4 % детей, при выжидательной у 4,3%, что потребовало менее активного применения дополнительных методов оксигенации. В сроки гестации 35-36 недель независимо от тактики ведения недоношенной беременности, осложненной ПИОВ, достоверных отличий в формировании патологии ЦНС, легочной ткани и летальности не было. Риск инфицирования матери и плода превышает пользу от выжидательной тактики. «Агрессивное» введение препаратов, стимулирующих родовую деятельность, даже в сроки гестации, приближенные к доношенным, повышает риск повреждения ЦНС плода. В данные сроки гестации целесообразно ограничить введение токолитиков и дожидаться спонтанного наступления родов. Вопрос о возможном пролонгировании беременности должен решаться не только в зависимости от срока гестации на момент ПИОВ, но и от вероятности развития гнойно-септических осложнений у матери и плода, значительно ухудшающих перинатальные исходы. Инфекционно-воспалительные заболевания требуют проведения своевременной диагностики и возможно превентивного лечения.

В настоящее время одним из способов ранней диагностики инфекционно-

воспалительных заболеваний у беременных при ПИОВ является определение в сыворотке крови С-реактивного белка. Его основными активаторами являются провоспалительные цитокины. Проведенные исследования [5] показали, что положительный результат теста на наличие С-реактивного белка в сыворотке крови появляется за 12 часов до развития клинических симптомов хориоамнионита, что требует немедленного назначения антибиотиков. Неотложность проведения антибактериальной терапии связана с тем, что по данным этих исследований ее назначение на фоне лейкоцитоза и/или гипертермии является неэффективным и приводит к развитию гнойно-септических осложнений у 50% матерей и детей. При отсутствии исходного инфицирования и без антибактериальной терапии хориоамнионит развился у 21,6%. При профилактическом проведении антибактериальной терапии хориоамнионит не был зарегистрирован [4]. Хориоамнионит и внутриутробное инфицирование наиболее часто развиваются в течение первых 4-х суток после ПИОВ у пациенток с наличием в посевах из цервикального канала *Strept. Agalactiae B*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis* при отсутствии проведения антибактериальной терапии.

С целью профилактики воспалительных заболеваний матери и плода при ПИОВ эффективно проведение антибактериальной терапии до появления клинической картины хориоамнионита с учетом чувствительности к антибиотикам. Назначение профилактической антибактериальной терапии привело к снижению гнойно-септических осложнений у матери на 21,6%, у плода - на 8,9% и способствовало пролонгированию беременности у 10% наблюдаемых на 3-и сутки, у 15% - на 4-е, у 10% - на 5-6-е, у 68% - на 10-е сутки и более.

Таким образом, тактика ведения женщин с недоношенной беременностью и ПИОВ определяется в первую очередь сроком гестации, а также наличием или отсутствием клинических признаков воспаления. У беременных без явлений инфицирования целесообразно назначение профилактической антибактериальной терапии в сочетании с терапией, направленной на пролонгирование беременности. У беременных с инфицированием проводится антибактериальная терапия: лекарственные средства, направленные на пролонгирование беременности, не назначаются. Оптимальные методы родоразрешения определяются ближайшими и отдаленными исходами развития детей [11].

Анализ ближайших результатов исследования преждевременных родов свидетельствует о том, что при одноплодии и оперативном родоразрешении смертность детей снижается в 1,9 раза по сравнению с родоразрешением через естественные родовые пути, а при многоплодии - в 4,7 раза. Одновременно был выявлен тот факт, что при родоразрешении через естественные родовые пути наиболее отрицательными факторами, неблагоприятно влияющими на выживаемость недоношенных детей, являются быстрые и стремительные роды ( $p = 0,01$ ).

С учетом данных литературы и собственных исследований относительными показаниями для оперативного родоразрешения при преждевременных родах являются: тазовое предлежание, многоплодие, беременность после ЭКО; аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация); начало родовой деятельности при ПИОВ и незрелой шейке матки. К условиям ведения родов через естественные родовые пути относятся: ведение I периода родов на фоне  $\beta$ -миметиков; выполнение эпидуральной анестезии; по возможности сохранение целостности плодного пузыря; ведение II периода без защиты промежности; проведение эпизиотомии (перинеотомии); бережное выведение головки и туловища плода.

Важным фактором, снижающим смертность недоношенных детей как при оперативном родоразрешении, так и при ведении родов через естественные родовые пути, является применение сурфактанта непосредственно сразу после рождения в родильном зале или операционной.

Безусловно, в современном перинатальном акушерском отделении для успешного выхаживания недоношенных детей необходима оснащенность дыхательной аппаратурой, специализированной для недоношенных новорожденных (для проведения неинвазивной ИВЛ, высокочастотный асцилляторный аппарат вентиляции легких); сурфактантом; транспортными кюветами и кроватками с подогревом; рентгеновским аппаратом, работающим круглосуточно; аппаратурой для мониторинга жизненно важных органов; инфузomатами для дозированного введения лекарственных препаратов. Все перечисленное способствует не только увеличению выживаемости недоношенных детей, но и снижению заболеваемости в ближайших и отдаленных периодах их развития.

Проблема преждевременных родов требует всестороннего изучения и комплексного подхода к ее решению. Особое внимание при

этом должно уделяться перинатальным исходам как основополагающему критерию оценки эффективности пролонгирования беремен-

ности и тактики ведения родов недоношенным плодом.

**Сведения об авторах статьи:**

**Кулавский Евгений Васильевич** – доцент кафедры акушерства и гинекологии института последипломного образования ГОУ ВПО БГМУ Росздрава. Адрес: 450000, г.Уфа, ул.Ленина 3. E-mail: eugene11Scr@pochta.ru

**Кулавский Василий Агеевич** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии института последипломного образования ГОУ ВПО БГМУ Росздрава. Адрес: 450000, г.Уфа, ул.Ленина 3. E-mail: eugene11Scr@pochta.ru

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Выхристюк, Ю.В. Преждевременные роды с экстремально низкой и низкой массой плода. Ближайшие и отдаленные результаты: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 26 с.
2. Кулаков, В.И. Перинатальный аудит при преждевременных родах / В.И.Кулаков, Е.М. Вихляева [и др.] М. - Эдинбург, 2005. - 226 с.
3. Преждевременные роды: Методические рекомендации / В.А. Кулавский, Е.В. Кулавский, А.Л. Фролов, В.И. Беглов - Уфа, 2009. – 70 с.
4. Привычное невынашивание беременности: Методические рекомендации / В.А.Кулавский, Е.В.Кулавский, З.Г.Гурова – Уфа, 2009. – 74 с.
5. Савельева, Г.М. проблемы преждевременных родов в современном акушерстве / Р.И.Шалина, А.Г.Плеханова [и др.] // Практическая медицина. – 2010. - N 4 (43). С. 7-12.
6. Шалина, Р.И. Комплексная терапия беременных с угрозой преждевременных родов / Р.И. Шалина, Е.Р. Плеханова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. Т. 6,- N1. – С. 33-41.
7. Шалина, Р.И. Тест Actim PARTUS в диагностике угрозы преждевременных родов / Р.И.Шалина, Е.Р.Плеханова, М.В.Лукашина, Н.А. // Магнитская Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии – 2007. Т. 6, - N 2. - С. 14-18.
8. Anotayanonth S., Subhedar N.V., Garner P., Neilson I.P., Harigopal S. Betamimetics for inhibiting preterm labour. Cochrane Database Syst Rev. 2004; 18; (4): CD 004352.
9. Beccary V., Lucas I. Beillat T., Cheret A., Dreifus M. Tocolisys with nifedipine: its use in current practice. Gynecol. Obstet. Fertil. 2005; 33 (7-8): 483-7.
10. Emi R., Pinge A., Prouvost C. et al. The effect of oral administration of progesterone for premature labor. Am J Obstet Gynec May 1986; 154: 525.
11. Lackman F., Capewell V., Richardson B., da Silva O., Gagnon R. The risks of spontaneous preterm delivery and prenatal mortality in relation to size at birth according to fetal versus neonatal growth standards. Am J Obstet Gynecol. 2001; 184 (5): 946-53.

УДК 616.127-004-005.6-007:616.132.2-008.64-36.11]-073-08-035

© З.А. Багманова, В.В. Плечев, Н.А. Мазур, Р.И. Ижбульдин, И.В. Бузаев, В.Г. Руденко, А.Н. Крохалёв, 2011

З.А. Багманова<sup>3</sup>, В.В. Плечев<sup>1</sup>, Н.А. Мазур<sup>2</sup>,

Р.И. Ижбульдин<sup>3</sup>, И.В. Бузаев<sup>3</sup>, В.Г. Руденко<sup>1</sup>, А.Н. Крохалёв<sup>3</sup>

**РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА СРЕДИ БОЛЬНЫХ С МЫШЕЧНЫМ МОСТИКОМ НАД КОРОНАРНОЙ АРТЕРИЕЙ**

<sup>1</sup>ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

<sup>2</sup>ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования

Минздравсоцразвития России», г. Москва

<sup>3</sup>ГУЗ «Республиканский кардиологический диспансер», г. Уфа

Цель: определить частоту острого коронарного синдрома ОКС при наличии мышечного мостика (ММ) у больных с «чистыми» артериями и атеросклеротическим стенозом (АС). Материал, результаты: за 2003–2009гг. у 10298 больных проведена коронароангиография (КАГ). У 364 больных (3,5%) выявлен ММ: 1-я гр. – больные с изолированным ИММ (114 чел.); 2-я гр. – с ММ и артериальной гипертонией (АГ) (59 чел.); 3-я гр. – ММ и АС (105 чел.); 4-я гр. – ММ, АС, АГ (75 чел.). Не выявлено достоверных различий по частоте ОКС у больных с ИММ и сочетанным ММ. Случаи острого инфаркта миокарда (ОИМ) достоверно чаще встречались в группе больных с сочетанием ММ и АС–16/105 больных (15,2%) (p=0,001), при сравнении с группой с ИММ, а также в группе больных с ММ, АС и АГ – 9/75 (12%) (p=0,014 при сравнении с ИММ). Наибольшее количество случаев ИМ в анамнезе встречалось в группе с ММ в сочетании с АС и АГ 35/75 больных (47%) (p1-4=0,00; p2-4=0,05; p3-4=0,04). Выводы: 1. ММ являются независимой причиной развития ОКС у больных с болевым синдромом в груди. 2. У больных с ММ как вариант ОКС острый инфаркт миокарда достоверно чаще развивается при наличии АС. 3. Маммарокоронарное шунтирование (МКШ) следует отнести к методам радикального лечения этой категории больных.

**Ключевые слова:** острый коронарный синдром, врожденная аномалия коронарной артерии, мышечный мостик коронарной артерии.

Z.A. Bagmanova, V.V. Plechev, N.A. Mazur,

R.I. Izhbuldin, I.V. Buzayev, V.G. Rudenko, A.N. Krokhalyov

**ACUTE CORONARY SYNDROME INCIDENCE IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL BRIDGE OF CORONARY ARTERY**