

ОСОБЕННОСТИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ**Т.П. ГОЛИКОВА, Т.В. ГАЛИНА, Ч.Г. ГАГАЕВ, Н.П. ЕРМОЛОВА**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии

Российский университет дружбы народов

Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Т.В. ЗЛАТОВРАТСКАЯ

Городская клиническая больница № 29

Госпитальная площадь, 2, 111020 Москва, Россия.

Проведен анализ 47 историй родов из 132 преждевременных родов, произошедших в 29 ГКБ в 2003 году. Достоверно значимые отличия у повторнородящих как в состоянии соматического, так и репродуктивного здоровья по сравнению с первородящими не выявлены. Не было отличий и при оценке степени пренатального риска (суммарной балльной оценке) у перво- и повторнородящих накануне родов и достоверной разницы в частоте и структуре осложнений в родах. Единственным значимым фактором риска преждевременных родов для повторнородящих являлось наличие недонашивания беременности в анамнезе. Пролонгирование беременности у повторнородящих с угрозой преждевременных родов – задача более сложная, чем у первородящих пациенток из-за трудности подавления контрактильной способности матки.

Проблема рождения маловесных детей продолжает привлекать пристальное внимание акушеров-гинекологов, неонатологов и педиатров не только в нашей стране, но и во всем мире. Маловесность при рождении оказывает неблагоприятное влияние на здоровье человека на протяжении всей его жизни. Преждевременные роды являются одним из важных аспектов этой проблемы. По данным департамента здравоохранения РФ (информационное письмо, 2003) практически каждая 5-я беременность завершается досрочно вследствие самопроизвольных аборт или преждевременных родов. Уровень перинатальной заболеваемости и смертности в преобладающем большинстве случаев сопряжен с преждевременными родами и рождением маловесных детей. На долю недоношенных детей приходится 60-70% в структуре ранней неонатальной смертности и 65-75% в структуре детской смертности. Мертворождаемость при преждевременных родах в 8 – 13 раз чаще, чем при своевременных родах. Перинатальная смертность недоношенных новорожденных в 33 раза выше, чем доношенных. (В.М. Сидельникова, 2001).

По рекомендации ВОЗ учет преждевременных родов должен осуществляться с 22 недель беременности при массе плода 500 г и более. В РФ преждевременными принято считать роды, произошедшие при сроке беременности 28 – 37 недель, плодом массой от 1000 г до 2500 г и более.

Целью настоящего исследования явилось изучение течения беременности и исходов преждевременных родов у перво- и повторнородящих женщин.

Нами проанализировано 47 историй преждевременных родов, что составило 1/3 от общего количества пациенток, родивших преждевременно в 2003 г. в родильном отделении ГКБ №29.

В нашем исследовании родов в сроки 22-29 нед. беременности не было. При поступлении в родильное отделение у 4 (8,4 %) беременных сроки соответствовали 30-33 нед., у 43 (91,6%) – 34 – 36 нед., из них у 12 (25,6%) – 34-35 нед. (табл. 1).

Первородящих было 25 (53,2%). Возраст первородящих варьировал от 19 до 36 лет, из них 5 (20,0%) родильниц – старше 30 лет (в популяции 10,1%). Средний возраст первородящих составил 25,8 лет.

Повторнородящих было 22 (46,8%). Возраст повторнородящих варьировал от 23 до 43 лет, из них 5 (22,5%) родильниц – старше 40 лет, средний возраст повторнородящих

составил 33,4 года.

Таблица 1

Распределение беременных согласно срокам гестации

Сроки беременности (нед.)	При поступлении		При родоразрешении	
	n	%	n	%
30 – 31	2	4,3	2	4,3
32 – 33	2	4,3	-	-
34 – 35	12	25,6	9	19,1
36	31	65,9	36	76,5
Итого	47	100	47	100

У первородящих преждевременные роды произошли в 34-36 нед. беременности, а у повторнородящих – 30 – 36 нед. беременности (табл. 2).

Таблица 2

Распределение повторнородящих по срокам гестации

Срок беременности, нед.	при поступлении		при родоразрешении	
	повторные роды	первые роды	повторные роды	первые роды
30-31	2	-	2	-
32-33	2	-	-	-
34-35	6	6	5	3
36	12	19	15	22
Итого	22	25	22	25

Повторнородящие поступали в родильный дом с достоверно меньшими сроками гестации и рожали также чаще с меньшими сроками гестации, чем первородящие: 35н.1д. и 35н.5д., соответственно, что свидетельствует о явной тенденции к различиям, хотя статистически недостоверным. Таким образом, пролонгировать беременность повторнородящим, в отличие от первородящих, удавалось с большими трудностями и с худшим результатом. Состояли в браке 29 (61,7%) – перво- и повторнородящих поровну.

Экстрагенитальные заболевания (табл.3) диагностировали у 31 (64,8%) пациентки (16 первородящих и 15 повторнородящих), в популяции 71,0%.

Среднее количество заболеваний на одну первородящую и повторнородящую было практически одинаковым (1,5 и 1,6 соответственно).

Сердечно-сосудистые заболевания (25,5%) и пиелонефрит (19,1%) встречались более чем в 2,5 раза чаще, чем в популяции (соответственно - 9,6%, 7,6%).

У первородящих по сравнению с повторнородящими преобладала анемия ($p=0,0009$), а у повторнородящих – сердечно-сосудистые заболевания. Пиелонефрит одинаково часто отмечен в обеих группах. Избыточной массой тела до беременности (ИМТ > 25) страдали 5 (3 перво- и 2 повторнородящие) пациенток, что составило 10,6 %. Согласно таблицам Луценко к моменту родов ожирением страдали уже 12 (25,5%) пациенток. Дефицит массы тела до беременности (ИМТ < 19) имели 10 (21,3%) пациенток (6 перво- и 4 повторнородящих).

Таким образом, проведенный анализ структуры экстрагенитальных заболеваний показал низкий индекс здоровья у женщин репродуктивного возраста, родивших преждевременно.

Таблица 3

Структура экстрагенитальной патологии

Заболевания	Перво- рождающие	Повторно- рождающие	Всего		В популяции %
			абс.	%	
ССС	3	9	12	25,5	9,6
ЖКТ	1	1	2	4,2	5,6
Пиелонефрит	4	5	9	19,1	7,6
Анемия	6	2	8	17,0	15,6
Ожирение	5	7	12	25,5	-
Заболевания щитовидной железы	1	-	1	2,1	2,4
Сахарный диабет	1	-	1	2,1	0,5
ФКМ	-	2	2	4,2	-
Хронический тонзиллит	2	-	2	4,2	-
HSV- носительство	1	1	2	4,2	-
Миопия высокой степени.	1	-	1	2,1	10,9

Гинекологическими заболеваниями страдали 19 первородящих и 17 повторнородящих. Таким образом, гинекологический анамнез был отягощен у 36 (76,5%) родильниц, из которых 24 (66,6%) имели аборт в анамнезе, т.е. практически две трети (табл.4).

Таблица 4

Структура гинекологических заболеваний

Заболевания	Перво- рождающие	Повторно- рождающие	Всего	%
Хронические воспалительные заболевания	6	6	12	25,5
Бесплодие	1	1	2	4,2
Кольпит	5	2	7	14,2
УГИ	4	5	9	19,0
Миома матки	1	-	1	2,1
Киста яичника	1	2	3	6,3
Дисфункция яичников	4	-	4	8,4
Эктопия шейки матки	8	8	16	34,0
АГС	1	4	5	10,6
ИЦН	1	-	1	2,1
Пороки развития матки	1	-	1	2,1

В структуре гинекологических заболеваний преобладали хронические воспалительные процессы (65,4%), которые могут быть отнесены к одной из ведущих причин преждевременных родов. Среднее количество гинекологических заболеваний на одну беременную было несколько выше у первородящих (1,8 против 1,5 у повторнородящих).

Аборты в анамнезе отмечены у 27 (57,4%) пациенток; – у 11 перво- и у 16 повторнородящих. При этом среднее количество заболеваний на одну первородящую с абортами в анамнезе было выше (2,0), чем без абортов (1,5), а у повторнородящих – практически одинаковым (1,7 и 1,5).

Среди первородящих 11 (44,0%) имели от 1 до 3 беременностей в анамнезе. При этом на одну первородящую приходилось искусственных абортов по 1 (всего - 11), самопроизвольных - 0,4 (всего - 5), внематочных беременностей - 0,09 (всего - 1), неразвивающихся беременностей - 0,09 (всего - 1).

У 16 (72,7%) повторнородящих предшествующие беременности (от 1 до 5) закончились искусственными и самопроизвольными абортами, при этом на одну пациентку приходилось соответственно 1,8 и 0,1. У 6 (27,3%) из 22 повторнородящих в анамнезе были только роды, при этом у 4 из них – преждевременные (практически у каждой пятой повторнородящей).

Повторнородящие имели большее количество беременностей в анамнезе, чем первородящие (3,0 и 0,8 соответственно), что, по-видимому, и оказало отрицательное влияние на течение данной беременности.

Осложнения во время настоящей беременности выявили у 41(87,2%) родильницы (табл. 5), чаще с абортами в анамнезе 65,8% (27 из 41).

Таблица 5

Структура осложнений настоящей беременности

Осложнения беременности	Перво- родящие	Повторно- родящие	Всего		Популяция %
			п	%	
Угроза прерывания	16	10	26	55,3	
ЗРП	7	7	14	29,7	6,7
ХПН	8	6	14	29,7	13,0
Многоводие	4	-	4	8,4	18,0
Маловодие	2	1	3	6,3	4,4
Хроническая гипоксия плода	2	-	2	4,2	14,4
Токсикоз	5	6	11	23,4	-
Гестоз	7	7	14	29,7	24,0
Предлежание плаценты, ПОНРП	3	2	5	10,6	0,5
ОРВИ и др. инфекционные заболевания	3	5	8	17,0	-
Рубец на матке	-	2	2	4,2	23,0

Среднее количество осложнений на 1 первородящую и 1 повторнородящую было практически одинаковым 2,3 и 2,2.

Преобладали осложнения, связанные с возможной инфекцией: угроза прерывания беременности - 26 (55,3%), хроническая плацентарная недостаточность (ХПН) – 14 (29,7%), задержка развития плода (ЗРП) – 14 (29,7%), что было в 2-3 раза выше, чем в популяции (соответственно - 9,8%,13,0%, 6,7%). У первородящих течение беременность

осложнялось угрозой прерывания и ЗРП чаще, чем у повторнородящих – у 23 и 17, соответственно.

Гестоз, предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) осложняли течение беременности у перво- и повторнородящих с одинаковой частотой.

Острые инфекционные заболевания во время настоящей беременности (ОРВИ, флегмона кисти, тромбофлебит геморроидальных вен, обострение ВПГ) перенесли 8 (17,0%) пациенток.

Средний пренатальный риск (по шкале Фроловой О.Г. и Николаевой Е.И., 1981) у первородящих женщин составил 13,6 балла, а у повторнородящих – 16,0. Факторы риска выше 15 баллов отмечены у 32,0% первородящих и у 31,8% повторнородящих, а более 25 – соответственно у 8,0% и 9,1%, т.е. были практически одинаковыми.

Из 47 родивших преждевременно в отделение патологии беременных (ОПБ) госпитализировали только 15(32%) беременных, а 32 (68,0%) в родблок.

В ОПБ поступили 15 пациенток (9 – перво- и 6 - повторнородящих). При этом 11 беременных госпитализировали по поводу угрожающих преждевременных родов (из них одна - с неполным предлежанием плаценты) и 4 - по поводу гестоза (в том числе 1 с ЗРП). Лечение угрозы преждевременных родов проводили общепринятыми методами, что позволило пролонгировать беременность, в среднем, на 9 дней у половины пациенток (8) и, следовательно, среди повторнородящих уменьшить количество родов при сроке беременности 30-33 нед. в 2 раза (с 8,4% до 4,2%).

Несмотря на проводимую терапию в ОПБ, у 8 пациенток из 15 произошло дородовое излитие околоплодных вод, а 1 пациентке с ХПН и ЗРП провели преждевременные программированные роды. Таким образом, через естественные родовые пути родили 9 пациенток (5 первородящих и 4 повторнородящих при сроке беременности 34 – 37 нед.). Родоразрешили с помощью операции кесарева сечения 6 беременных, из них - 4 перво- и 2 повторнородящих при сроке беременности 35–37 недель. Показаниями к операции являлись: острая гипоксия плода на фоне ХПН (1), гестоз и ЗРП (2), ножное предлежание (1), предлежание плаценты, кровотечение (1), отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (1). При этом у 5 из 6 операцию проводили на фоне дородового излития околоплодных вод. Следовательно, несмотря на комплексное лечение, из-за поздней госпитализации у пациенток с экстрагенитальной и акушерской патологией не удалось пролонгировать беременность до 37 недель и более.

В родильное отделение поступили 32 (68,0 %) пациентки (16 первородящих и 16 повторнородящих). Из них 27 госпитализировали по поводу начала родов: дородовое излитие околоплодных вод -12, в начале I периода родов - 10, во II периоде родов - 3 (в том числе одна с рубцом на матке после кесарева сечения) и 2 родильницы (домашние роды).

С угрозой прерывания беременности в сочетании с другой акушерской и экстрагенитальной патологией госпитализированы 5 (с гестозом – 1, с рубцом на матке после кесарева сечения – 1, с ПОНРП – 2, сахарным диабетом, диабетической фетопатией – 1), которым в родильном блоке проводили лечение, направленное на сохранение беременности.

В связи с нарастанием тяжести гестоза у 1 беременной провели программированные роды, у 1 – имело место дородовое излитие околоплодных вод (31-32 недели), а двух родоразрешили путем кесарева сечения по сумме относительных показаний со стороны плода (диабетическая фетопатия, рубец на матке с ЗРП).

Следовательно, среди пациенток, госпитализированных в родблок, роды через естественные родовые пути (учитывая домашние роды) произошли у 28 (87,4 %). Практически каждую седьмую пациентку, чаще повторнородящую (3:1), родоразрешали с помощью операции кесарева сечения - 4 (12,6 %). Показаниями к операции были:

ПОНРП – 2, несостоятельный рубец на матке 1, диабетическая фетопатия – 1.

Таким образом, в родильное отделение пациентки поступали, в основном, с началом родовой деятельности и преждевременным излитием околоплодных вод.

Из 47 обследованных пациенток диагностировали головное предлежание у 45 (95,7%), тазовое – у 2 (4,3 %).

Из всех обследованных роды через естественные родовые пути произошли у 37 (78,7%). Абдоминальное родоразрешение провели 10 (21,3%) пациенткам.

Осложнения в течение родов (табл. 5) наблюдали у 41 (87,2%) пациентки: из них первородящих – 22 (88,0%), повторнородящих – 19 (86,3%).

Количество осложнений в родах также было практически одинаковым в обеих группах пациенток (соответственно -1,48 и 1,23 осложнения на 1 родильницу).

У первородящих средняя продолжительность родов составила 8 ч 19 мин., длительность безводного промежутка 7 ч 33 мин.

Быстрые роды имели место у каждой третьей (7 из 20), а безводный промежуток более 12 часов - у каждой четвертой (5 из 20). Средняя продолжительность быстрых родов 5 ч 21 мин.

У повторнородящих средняя продолжительность родов составила 7ч., безводного промежутка – 5 ч 17мин. Быстрые роды были у каждой третьей (6 из 17), безводный промежуток более 12 часов - у каждой пятой (3 из 17). Средняя продолжительность быстрых родов – 4 ч.

Обезболивание родов проведено 16 из 37 (43,2%): эпидуральная анестезия (ЭДА) –6 (16,2%), пудендальная анестезия - 2 (5,4%), введение промедола – 8 (22,2%).

Во втором периоде родов рассечение промежности произведено у 18 (48,6%) из 37 рожавших через естественные родовые пути (у 14 из 20 первородящих, у 4 из 17 повторнородящих (p<0,01).

Таблица 6

Структура осложнений в родах

Осложнения	Перво- родящие	Повторно- родящие	Всего		В популяции %
			n	%	
Дородовое излитие вод	13	11	24	51,0	
Раннее излитие вод	3	1	4	8,4	59,0
Амниотомия	-	1	1	2,1	
I слабость родовой деятельности	1	-	1	2,1	7,9
Быстрые роды	7	6	13	27,6	3,4
Предлежание и ПОНРП	3	2	5	10,8	0,5
Острая гипоксия	2	3	5	10,8	10,4
Патология III периода	-	2	2	4,2	5,9
Без вод > 12 часов	5	3	8	16,8	
Рубец на матке	-	2	2	4,2	23,0
Домашние роды	1	1	2	4,2	0,2
Тазовое предлежание	1	-	2	4,2	3,7

Следует еще раз отметить, что к моменту родоразрешения из 47 обследованных

только у 2 преждевременные роды произошли при сроках беременности 30-32 нед. (4,2 %): у 2 повторнородящих с абортми в анамнезе. У одной из них роды произошли через естественные родовые пути в сроке беременности 31-32 недели, безводном промежутке 94 часа (масса – 1860 г, по Апгар – 6/7 баллов). Вторую беременную родоразрешили с помощью операции кесарева сечения в 30 недель по поводу ПОНРП (масса – 1750 г., по Апгар – 4/6 баллов).

У остальных 45 пациенток роды произошли в 34-36 нед. При этом роды через естественные родовые пути были у 36 (80 %) из них, а у 9 (20,0 %) имело место абдоминальное родоразрешение.

Среди родоразрешенных с помощью кесарева сечения (10) половина пациенток, в основном первородящие, находились в ОПБ, повторнородящие чаще поступали в родблок, где были оперированы по экстренным показаниям.

Родилось 47 детей (19 девочек и 28 мальчиков). Масса тела варьировала от 1800 г до 3500 г (от 1800 г. до 2000 г. – 7 (14,9%), от 2001 г. до 2500 г. – 18 (38,1 %), от 2501 г. до 3000 г. – 20 (42,5%), от 3001 г. до 3500 г. – 2 (4,5%).

Большинство новорожденных (80,8 %) были массой 2001-3000 г, однако при преждевременных родах средняя масса новорожденных у повторнородящих была меньше, чем у первородящих: 2304 г и 2602 г, соответственно ($p=0,0014$), в связи с тем, что роды у повторнородящих произошли в меньшем гестационном сроке, чем у первородящих (30-36 нед. против 34-36 нед. соответственно).

Средняя оценка по шкале Апгар составила 7,1 и 7,9 баллов на 1-й и 5-й минутах соответственно. Однако оценка по Апгар на 1 минуте в группе первородящих была выше, чем у повторнородящих: 7,2 и 6,3 балла, соответственно, что также вероятно связано с гестационным сроком на момент родов.

У первородящих были переведены в больницу на 2-й этап выхаживания 9 из 25 (36,0%) новорожденных детей, у повторнородящих – 10 из 22 (46 %).

При рождении в 30-32 нед. беременности оба новорожденных ребенка переведены на II этап выхаживания (средняя масса -1805 г, по Апгар - 6/6,5).

При родах в 34-36 нед. средняя масса новорожденных детей составила 2908 г, а средняя оценка по Апгар на 1 и 5 мин., соответственно - 7,2 и 7,9 баллов. Перевели на 2 этап выхаживания 17 из 45 новорожденных (37,7 %). Чаще – это были новорожденные с меньшей массой тела и меньшим сроком гестации. Так, при сроке гестации 34 недели был переведен каждый второй новорожденный, а при сроке 35 недель и более – только каждый третий.

Проведенный анализ показал отсутствие достоверно значимых отличий у повторнородящих как в состоянии соматического, так и репродуктивного здоровья по сравнению с первородящими пациентками. Частота и структура экстрагенитальной патологии, гинекологических заболеваний, осложнений беременности у первородящих и у повторнородящих не отличались. Достоверно чаще выявлена только анемия у первородящих по сравнению с повторнородящими. Не было отличий и при оценке степени пренатального риска (суммарной балльной оценке) у перво- и повторнородящих накануне родов и достоверной разницы в частоте и структуре осложнений в родах. Однако, несмотря на отсутствие перечисленных выше различий, у повторнородящих роды произошли в меньшем гестационном сроке, чем у первородящих (35 н.д. и 35 н.д., соответственно) и с худшим исходом для плода. Следовательно, единственно значимым фактором риска преждевременных родов для повторнородящих являлось наличие недонашивания беременности в анамнезе. По-видимому, пролонгирование беременности у повторнородящих с угрозой преждевременных родов – задача более сложная, чем у первородящих пациенток из-за трудности подавления контрактильной способности матки, что предполагает разработку в последующем различных видов токолиза с учетом перитета.

Таким образом, необходимо проведение тщательной предгравидарной подготовки, более раннего начала лечения угрозы преждевременных родов, сопутствующей патологии и плановой госпитализации в «критические» сроки беременных с преждевременными родами в анамнезе и дифференцированного подхода к терапии с учетом паритета.

Литература

1. Сидельникова В.М. Акушерская тактика ведения преждевременных родов. // Материалы 3 Российского научного форума «Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии». Москва.-2001 – С.368-377.
2. Абрамченко В.В. и соавт. Особенности клинического течения и регуляции родовой деятельности при преждевременных родах. // Материалы Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции «Критические состояния в акушерстве и неонатологии». Петрозаводск. 26-28 мая. 2003г.

PRETERM LABOURS IN MULTIPARAS

T.P. GOLIKOVA, T.V. GALINA, Ch.G. GAGAEV, N.P. ERMOLOVA

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology

Peoples' Friendship University of Russia

8, Miklukho-Maklaya st., Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

T.V. ZLATOVSRATSKAYA

Clinical hospital № 29

Gospitalnaya sq., 2, 111020 Moscow, Russia

47 cases of preterm labours had been assessed to investigate the course of gestations and labour outcome in nulli- and multiparas. Labours in multiparas took place in lesser gestational age with worse perinatal outcome. The only statistically significant risk factor of preterm labour in multiparas were previous preterm labours.