

Орбоева Татьяна – студентка медицинского факультета Бурятского государственного университета.

Слепнев Артем – студент медицинского факультета Бурятского государственного университета.

Botoeva Elena Apollonovna, dr of medical science, assistant professor of department of obstetrics and gynecology with a pediatrics course, Buryat State University. 670002, Ulan-Ude, Oktyabr'skaya str., 36a, ph. (3012) 448255, e-mail: elenabotoeva@list.ru.

Garmaeva Evgeniya Danzanovna – obstetrician-gynecologist, head of department of the urban maternity house №2.

Dambaeva Alexandra Rinchinovna – head physician of the urban maternity house №2.

Tomasheva Larisa Yurievna – anesthesiologist, head of department of the urban maternity house №2.

Orboeva Tatyana – student of medical faculty of Buryat State University.

Slepnev Artem – student of medical faculty of Buryat State University.

УДК 615.017:615.322

Е.Д. Гармаева, Е.А. Ботоева,
А.Р. Дамбаева, Е.П. Иванова, В.В. Мяханов,
Д.Д. Самбуева, О.Э. Доржиева, А.Т. Доржиева

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Основной задачей акушерства является снижение материнской и детской заболеваемости и смертности. Большую роль в решении этой задачи играет своевременное и оптимальное родоразрешение. Проведен анализ преждевременных родов за последние 3 года (2006-2008) по материалам городского роддома №2.

Ключевые слова: преждевременные роды, акушерство.

E.D. Garmaeva, E.A. Botoeva, A.R. Dambaeva,
E.P. Ivanova, V.V. Myakhanov, D.D. Sambueva,
O.E. Dorzhieva, A.T. Dorzhieva

PREMATURE PARTUS

The basic aim of obstetrics is the decrease of parent's and children's illness and death. The large role in the decision of this task is allocated to duly and optimum medical aid. We carried out the analysis of premature partus for the last 3 years on the materials of the urban maternity house №2.

Key words: Premature partus, modern obstetrics.

Преждевременные роды являются одним из самых важных аспектов проблемы охраны здоровья матери и ребенка. На долю недоношенных детей приходится 60-70% ранней неонатальной смертности и 65-75% детской смертности. Мертворождаемость при преждевременных родах наблюдается в 8-13 раз чаще, чем при своевременных. Перинатальная смертность у недоношенных новорожденных в 33 раза выше, чем у доношенных [3]. Наше исследование основано на опыте работы городского родильного дома № 2 г. Улан-Удэ, где был проведен анализ исходов преждевременных родов (ПР) за последние 3 года (2006-2008).

В России принято считать преждевременными роды, наступившие при сроке от 28 до 37 недель беременности с массой плода 1 000 г и более. По рекомендации ВОЗ учет перинатальной смертности осуществляется с 22-й недели беременности с массой плода более 500 г. По этим критериям в США частота ПР в 2000 г. составила 10,1%, в Великобритании – 7,8%, во Франции – 7,2%, в Венгрии – 10%, в Германии – 9-10%, в Норвегии – 7,9%. В связи с завышенными сроками ПР в нашей стране их частота составляет лишь 4, 5-5% [4]. По рекомендации ВОЗ преждевременные роды делят по срокам гестации на очень ранние (22-27 недель), ранние (28-33 недели) и собственно ПР (34-37 недель). Это обусловлено тем, что этиология преждевременных родов, особенности их ведения и исходы на этих этапах беременности различны. При сроках гестации 22-27 недель ведущими причинами прерывания беременности являются преждевременное излитие околоплодных вод, инфицирование, истмико-цервикальная недостаточность. Другая причина – пороки развития плода, определяемые в 22-24 недели. В связи с инфицированием имеется большой риск гнойно-септических осложнений у матери, поэтому выжидательная тактика чревата для нее риском. Профилактика респираторного дистресс-синдрома в эти

сроки гестации неэффективна, так как пневмоциты второго порядка начинают продуцировать сурфактант только после 27 недель беременности. Выхаживание таких маловесных детей – чрезвычайно трудная и дорогостоящая задача. В США на выхаживание детей, родившихся с массой до 1 500 г, тратится ежегодно 6 млрд дол., что составляет 35% бюджета, выделяемого на всех новорожденных [3]. Есть еще одна чрезвычайно важная сторона ПР – отдаленные результаты выхаживания новорожденных при малых сроках гестации. Так, профессор Е. Поперник – один из ведущих специалистов по преждевременным родам, который отдал 20 лет организации во Франции системы выхаживания недоношенных детей, теперь разочарован тем, что создал: «На сколько мы снизили перинатальную смертность, на столько повысили инвалидность с детства» [4].

По данным городского родильного дома № 2, за период с 2006 по 2008 г. число преждевременных родов остается на одном уровне (9-8,3%). Данные приведены в таблице 1.

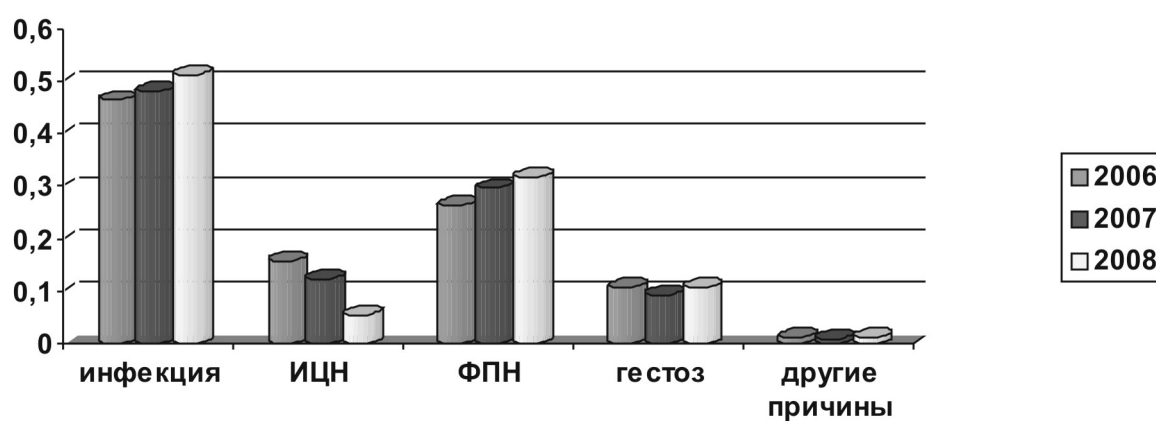
Таблица 1

Количество родов

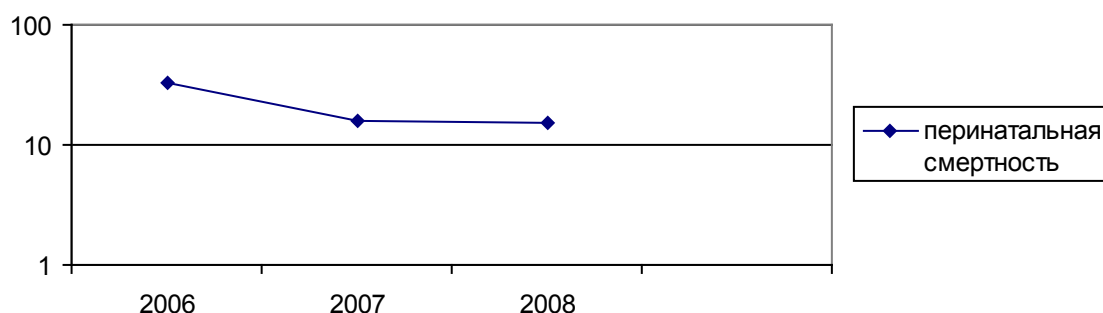
	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Роды всего	5 054	5 161	5 641
Преждевременные роды	455 (9%) РБ – 8,9	424 (8,2%) РБ – 8,6	466 (8,3%) РБ – 5,4
Недоношенные дети живые	460	427	501
Недоношенные дети мертворожденные	16	12	11

По данным городского родильного дома № 2, за период с 2006 по 2008 г. наиболее частыми причинами ПР являлись гестозы, ФПН, инфекция, ИЦН.

Причины преждевременных родов

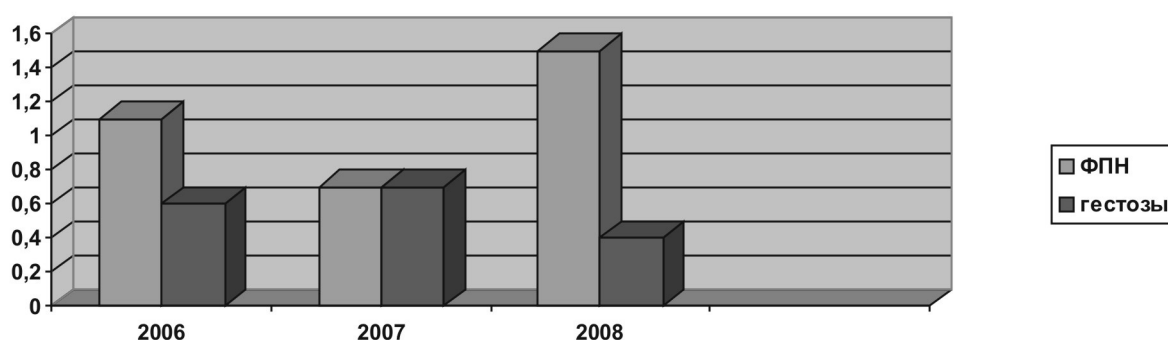


ПС среди недоношенных в структуре преждевременных родов по АОПБ №2



Факторами риска ПР являются как социально-демографические (неустроенность семейной жизни, низкий социальный уровень, молодой возраст), так и клинические причины. Каждая третья женщина, имеющая ПР, – первобеременная, у которой к факторам риска следует отнести ранее перенесенные аборт, самопроизвольный выкидыш, инфекцию мочевых путей, воспалительные заболевания гениталий. Важную роль в возникновении ПР играет и осложненное течение данной беременности: при этом в структуре осложнений преобладает угроза прерывания беременности (ОРВИ и другие вирусные инфекции). Однако эти факторы не прогнозируют исход преждевременных родов для плода. Факторами риска перинатальной заболеваемости и смертности при ПР являются срок гестации и масса плода, в том числе тазовое предлежание: отслойка нормально или низко расположенной плаценты, быстрые или стремительные роды, которые в 5 раз увеличивают риск перинатальной смертности по сравнению с неосложненным течением ПР в головном предлежании. Преждевременное излитие околоплодных вод способствует развитию ПР в 25-38% случаев [3]. Анализ ПР, по-видимому, следует проводить в зависимости от вида родов – самопроизвольные или индуцированные, показанные в связи с заболеванием матери и/или плода. По данным исследователей многих стран, частота показанных ПР составляет в среднем 30%, в специализированном роддоме – 10-12%. Показаниями для прекращения беременности, по данным литературы, были тяжелая экстрагенитальная патология, тяжелый гестоз без эффекта от лечения, несостоятельный рубец на матке у женщин с многоплодной беременностью, тяжелая плацентарная недостаточность с гипотрофией III степени и явлениями гипоксии плода, отслойка плаценты [4]. По данным ГРД № 2, причинами индуцированных родов были гестозы и ФПН (рис.1).

Причины индуцированных родов (%)



Причина, которая вызывает досрочное родоразрешение, отражается на состоянии ребенка: инфекция, тяжелая плацентарная недостаточность, тромбофилические осложнения и т.д. Поэтому основой нашей работы должно быть не родоразрешение до срока, а недопущение осложнений, из-за которых мы способствуем досрочным родам.

В основе преждевременного излития вод лежит инфекционный процесс: вагиноз, часто обусловленный стрептококком группы В, кандидоз, уреаплазмоз, реже хламидиоз и т.д. При анализе ПР у первобеременных без экстрагенитальной патологии и явлений токсикоза было обнаружено, что каждая третья из них имела хронический воспалительный процесс гениталий до первой беременности. Столько же женщин перенесли ОРЗ или ОРВИ в первом триместре беременности.

Во время беременности необходим более четко организованный контроль за инфекционными осложнениями. Для диагностики внутриутробной инфекции есть маркеры, в частности, уровень провоспалительных цитокинов (TNF, ИЛ-6, ИЛ-1) в периферической крови. Выявлено, что при высоком уровне провоспалительных цитокинов через 2-5 недель можно ожидать преждевременные роды. Цитокины свидетельствуют о внутриутробном инфицировании задолго до проявления клинических признаков инфекции. Особенно показателен ИЛ-6, определяемый в слизи цервикального канала. Он является маркером не только ПР, но и внутриутробного инфицирования, как и фибронектин, фактор некроза опухоли. Провоспалительные цитокины являются и маркерами эффективности проводимой терапии [5]. Частыми причинами индуцированных ПР в сроки как 28-33 недели, так и 34-37 недель являются тяжелая плацентарная недостаточность с гипотрофией и гипоксией плода, тяжелый гестоз. В основе этой патологии лежит приобретенная или врожденная тромбофилия. Неадекватная сроку беременности гиперкоагуляция, развитие хронического ДВС-синдрома ведут к тромбозам, инфарктам плаценты, ее отслойке, тромбоэмболии. При своевременной диагностике есть адекватные методы терапии, которые могут помочь сохранить беременность до рождения зрелого плода [4, 5]. Оценка системы гемостаза должна стать рутинным, обязательным анализом при наблюдении беременной, как и анализ крови, мочи, УЗИ. При выявлении нарушений свертывающей системы крови следует использовать антикоагулянты, антиагреганты, плазмаферез. Проведение под контролем системы гемостаза профилактики плацентарной недостаточности будет способствовать снижению частоты этого тяжелого осложнения. Примером может быть ведение беременных с антифосфолипидным синдромом – наиболее частой причиной отслойки и инфаркта плаценты, развития преэклампсии. Без специфического лечения у 90-95% женщин с этой патологией плод погибает [1, 2, 5]. Однако главные проблемы при ПР – недоношенность и задержка внутриутробного развития. При перерастяжении матки наблюдается активация ее сократительной деятельности. Растяжение клеточной поверхности миометрия вызывает активацию рецепторов (интегринов), которые увеличивают щели между клетками миометрия и усиливают образование рецепторов к окситоцину [1, 3]. Досрочное прерывание беременности нередко сводит на нет усилия по ее достижению с помощью новых репродуктивных технологий. В борьбе с угрожающими ПР большие успехи сулят препараты, подавляющие сократительную активность матки. Наиболее часто применяют миметики или токолитики [4]. Для ликвидации побочных действий миметиков их сочетают с приемом феноптина по 0, 04 (1 таблетка) 3-4 раза в день. Этот препарат, являясь антагонистом кальция, не только снимает побочное действие миметиков, но и снижает сократительную активность матки. Снижения дозировки медикаментозных средств удастся достигнуть при сочетании лекарственной терапии с физиотерапией (электрофорез магния синусоидальным модулированным током, электрорелаксация матки). При угрозе прерывания беременности, проявляющейся повышенным тонусом матки, разработана схема применения индометацина – ингибитора синтеза простагландинов. Индометацин назначают в суточной дозе 200 мг в таблетках или свечах: в 1-е сутки по 50 мг 4 раза, на 2-3-и сутки – по 50 мг через 8 часов, на 4-6-е сутки – по 50 мг через 12 часов, на 7-8-е сутки – по 50 мг на ночь. Общая доза не должна превышать 1 000 мг, длительность курса 5-9 дней [1]. Целесообразно сочетать прием индометацина с электрофорезом магния. Токолитическая терапия сульфатом магния не оказывает отрицательного влияния на плод, снижает у матери АД, усиливает диурез, вызывает благоприятный седативный эффект. Однако эффективность его ниже, чем у миметиков и индометацина [5]. Для профилактики ПР необходимо шире использовать немедикаментозные и физиотерапевтические средства воздействия на матку. При угрозе ПР неотъемлемой частью терапии является профилактика респираторного дистресс-синдрома у новорожденных, для этого беременной назначают глюкокортико-

идные препараты. При их введении женщине или плоду наблюдаются более ускоренный синтез сурфактанта и быстрое созревание легких. Дексаметазон показан для ускорения созревания легких плода, когда терапия, направленная на сохранение беременности, не дает стабильного эффекта, и через 2-3 суток наступают ПР. Кортикостероиды следует назначать всем беременным, которым вводят токолитические средства. При сочетанной терапии миметиками и глюкокортикоидами и их непереносимости или передозировке описаны случаи развития легочно-сердечной недостаточности с отеком легкого [2]. Профилактика респираторного дистресс-синдрома (РДС) имеет смысл при гестации 28-33 недели. В более ранние сроки антенатального созревания легких добиться не удавалось.

Итак, подведем итоги:

- преждевременные роды – патологическое состояние, в результате которого рождается не просто недоношенный, но и больной ребенок, что является основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности;
- ведущими причинами ПР являются инфекция, тромбофилические осложнения, экстрагенитальные болезни беременной и патология самой матки (перерастяжение при многоплодии, пороки развития);
- в настоящее время существуют методы диагностики угрожающих преждевременных родов (УЗИ, противовоспалительные цитокины);
- профилактика ПР заключается в рациональном ведении женщин с самого начала беременности;
- при подозрении на ПР важно пролонгировать беременность с использованием всего арсенала имеющихся средств.

Литература

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. – СПб.: Спецлит, 2007. – 400 с.
2. Серов В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве. – М.: Медиздат, 2003. – 704 с.
3. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Потеря беременности. – М.: МИА, 2007. – 224 с.
4. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. – М.: Триада-Х, 2005. – 304 с.
5. Макария А.Д., Бицадзе В.О., Акиншина С.В. Синдром воспалительного ответа в акушерстве. – М.: МИА, 2006. – 448 с.

Ботоева Елена Аполлоновна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом педиатрии Бурятского государственного университета. 670002, Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36, тел.: (3012) 448255, e-mail: elenabotoeva@list.ru.

Гармаева Евгения Данзановна – врач акушер-гинеколог, заведующая отделением городского родильного дома №2.

Иванова Елена Петровна – врач-акушер-гинеколог городского родильного дома №2.

Дамбаева Александра Ринчиновна – главный врач городского родильного дома №2.

Самбуева Дулма – студентка медицинского факультета Бурятского государственного университета.

Мяханов Виктор – студент медицинского факультета Бурятского государственного университета.

Доржиева Ольга – студентка медицинского факультета Бурятского государственного университета.

Доржиева Арюна – студентка медицинского факультета Бурятского государственного университета.

Botoeva Elena Apollonovna – dr of medical science, assistant professor of department of obstetrics and gynecology with a pediatrics course, Buryat State University. 670002, Ulan-Ude, Oktyabr'skaya str., 36a, ph. (3012) 448255, e-mail: elenabotoeva@list.ru.

Garmaeva Evgeniya Danzanovna – obstetrician-gynecologist, head of department of the urban maternity house №2.

Ivanova Elena Petrovna – obstetrician-gynecologist of the urban maternity house №2.

Dambaeva Alexandra Rinchinovna – head physician of the urban maternity house №2.

Sambueva Dulma – student of medical faculty of Buryat State University.

Myahanov Victor – student of medical faculty of Buryat State University.

Dorzhieva Aryuna – student of medical faculty of Buryat State University.

Dorzhieva Olga – student of medical faculty of Buryat State University.