

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

В. В. Остроменский¹, А. В. Борисов^{1, 2}, И. Б. Каплун³, М. К. Астапова², Ю. Г. Кучерявая¹

¹ ЛПУ «Родильный дом № 2», г. Санкт-Петербург, Россия

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

³ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

EXPERIENCE OF APPLICATION OF MODERN METHODS OF TREATMENT OF PREMATURE BIRTH

V. V. Ostromenskiy¹, A. V. Borisov^{1, 2}, I. B. Kaplun³, M. K. Astapova², Yu. G. Kucheryavaya¹

¹ Maternity hospital N 2, Saint Petersburg, Russia

² I. I. Mechnikov North-West State Medical University, Saint Petersburg, Russia

³ S. M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Defense Ministry, Saint Petersburg, Russia

Резюме. Преждевременные роды являются одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства. Частота данной патологии остается довольно высокой. В последние 5 лет в широкую клиническую практику внедрены препараты на основе atosiban — селективного антагониста окситоцина, доказавшего свою эффективность в клинической практике. В статье приведена сравнительная оценка применения стандартных методик лечения преждевременных родов и терапии препаратом на основе atosiban. Доказана высокая эффективность atosiban, его использование позволяет дольше пролонгировать беременность, потенциально снижает частоту реанимационных мероприятий у недоношенных детей (3 рис., библи.: 7 ист.).

Ключевые слова: atosiban, лечение преждевременных родов, преждевременные роды, пролонгирование беременности.

Статья поступила в редакцию 30.05.2019 г.

Преждевременные роды являются одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства [1, 2]. Ежегодно в Российской Федерации около 4% родов происходит в сроки беременности, не превышающие 36 нед [3]. Переход на новые критерии определения срока рождения поставил перед акушерами и неонатологами целый ряд вопросов, наиболее важным из которых по-прежнему является пролонгирование беременности до сроков жизнеспособности и адаптации новорожденного [4, 5].

В арсенале средств, применяемых в терапии преждевременных родов, имеется высокоэффективный препарат на основе atosiban [6, 7]. Данный препарат применяется на территории Российской Федерации с 2013 г. На сегодняшний день имеется

Summary. Premature delivery is one of the topical issues of the present-day obstetrics. Occurrence of this disorder remains quite high. In the last five years medical drugs based on atosiban have been introduced into clinical practice. Atosiban is selective antagonist of oxytocin which proved successful in clinical practice. In the article comparative assessment of standard medical treatment of premature delivery and therapy with medical drugs based on atosiban is given. High efficiency of atosiban has been proved, use of atosiban allows to prolong pregnancy and potentially reduces resuscitation occurrence of prematurely born babies (3 figs, bibliography: 7 refs).

Key words: atosiban, medical treatment of premature delivery, premature delivery, prolongation of pregnancy.

Article received 30.05.2019.

необходимость суммирования опыта применения антагониста окситоцина в лечении преждевременных родов [4, 7].

ЦЕЛЬ

Анализ клинической эффективности atosiban в терапии преждевременных родов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в ЛПУ «Родильный дом № 2» Санкт-Петербурга. Дизайн исследования — «случай-контроль». Были проанализирова-



Рис. 1. Основные факторы риска развития угрожающих преждевременных родов

ны течение беременности, эффективность терапии, исходы родов у 320 пациенток. Период проведения исследования — с января 2013 г. по декабрь 2017 г. Для достижения поставленных задач все пациентки были разделены на две группы. Основную группу составили 150 пациенток, контрольную группу — 170 человек.

Основным критерием включения в исследование было наличие у пациенток объективных признаков угрожающих преждевременных родов — уменьшение длины шейки матки по данным ультразвуковой цервикометрии менее 25 мм при сроках беременности от 22 до 34 нед беременности, наличие маточной активности по данным кардиотокографии и др.

Критерием рандомизации стало применение у пациенток в комплексной терапии угрожающих родов атозибана в качестве основного токолитического средства (основная группа) либо использование стандартной токолитической терапии — β -адреномиметиков, блокаторов кальциевых каналов.

Все пациентки находились на стационарном лечении в отделении патологии беременности. Были сопоставимы по возрасту, массово-ростовым показателям, наличию сопутствующей соматической патологии и другим признакам. Критерием исключения из исследования было наличие развернутой картины преждевременных родов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На первом этапе исследования была проведена сравнительная оценка показателей пациенток двух групп. Выявлено, что пациентки двух групп сопоставимы по основным показателям.

Средний возраст пациенток составил $29,2 \pm 2,3$ года в основной группе и $27,4 \pm 2,1$ года в группе контроля. Первородящие составляли 47,1 и 45,0% основной и контрольной группы соответственно. Среднее количество предшествующих бере-

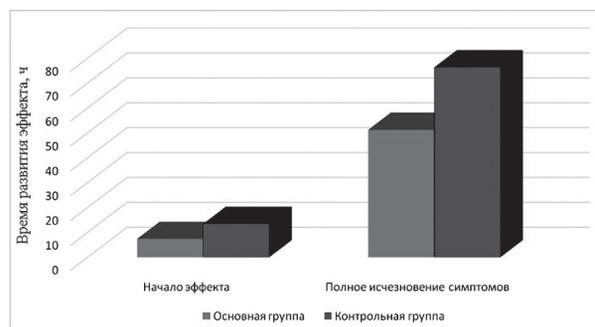


Рис. 2. Время развития эффекта терапии (в часах)

менностей было $2,1 \pm 0,3$ и $1,9 \pm 0,2$. Преждевременные роды в анамнезе были у 30 пациенток основной группы и у 34 пациенток контрольной группы.

Основными факторами риска развития клинической картины угрожающих преждевременных родов в обеих группах являлись инфекции, передаваемые половым путем, — 18,7% случаев, потери беременности в анамнезе (как самопроизвольные, так и искусственные) — 34,2% случаев, привычное невынашивание, предшествующее настоящей беременности, — 12,3%, различные операции на шейке матки — 8,7%, бактерионосительство — 24,3% (рис. 1).

Средний срок беременности, при котором появились симптомы угрожающих преждевременных родов, составил $27,4 \pm 2,6$ нед в основной группе и $28,1 \pm 2,7$ нед в контрольной группе.

При анализе эффективности терапии мы оценивали время после начала терапии, необходимое для устранения прогрессирования симптомов преждевременных родов, длительность стационарного лечения. Выявлено, что в основной группе в среднем $7,4 \pm 0,3$ ч потребовалось для уменьшения интенсивности субъективных ощущений пациенток на фоне проводимой терапии атозибаном. Также в среднем $51,2 \pm 3,8$ ч с момента начала терапии потребовалось для полного исчезновения субъективных жалоб. В контрольной группе показатели составили соответственно $13,4 \pm 0,4$ и $76,3 \pm 4,1$ ч ($p < 0,005$) (рис. 2).

Длительность стационарного лечения составила $7,8 \pm 0,3$ и $9,2 \pm 0,3$ койко-дня соответственно в основной и контрольной группе ($p < 0,01$).

Токолитическая терапия оказалась неэффективна в 10 случаях в основной группе (6,7%) и в 22 (12,9%) случаях в контрольной группе. Во всех случаях у пациенток произошли преждевременные роды на сроках 31–34 нед беременности.

У 10 пациенток основной группы и у 28 пациенток группы контроля потребовалось проведение повторных курсов токолитической терапии в связи с возобновлением симптомов угрожающих родов

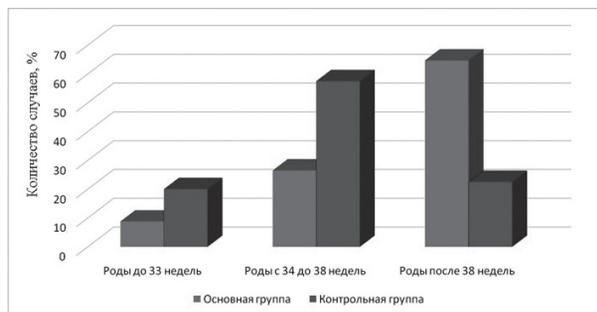


Рис. 3. Анализ сроков родоразрешения пациенток двух групп

во время текущей госпитализации. При этом во всех 10 случаях в основной группе были проведены вторые курсы терапии атозибаном. У 10 из 28 пациенток группы контроля были проведены не только вторые, но и третьи курсы токолитической терапии.

При анализе течения беременности после завершения терапии в стационаре было выявлено следующее: в 22,5% случаев контрольной группы через 3–6 нед вновь наблюдались симптомы угрожающих преждевременных родов, потребовавших повторных госпитализаций. В основной группе только у 14 пациенток (9,3%) возобновились клинические проявления угрожающих преждевременных родов, беременные были вновь госпитализированы.

Оценка исходов беременности у пациенток исследуемых групп показала, что в сроках до 33 нед 6 дней роды произошли у 8,8% женщин основной группы, в сроках 34–37 нед 6 дней — у 26,5% женщин, после 38-й нед беременности — у 64,7%. В контрольной группе роды до 33 нед 6 дней произошли в 20% случаев, в 34–37 нед 6 дней — в 57,5% и после 38-й нед — у 22,5% пациенток (рис. 3).

В процессе использования препарата на основе атозибана были выявлены некоторые особенности, обусловившие принятие дополнительных мер для

повышения эффективности терапии. При анализе полученных данных отмечено, что количество нежелательных эффектов, а также скорость развития токолитического действия препарата напрямую зависит от времени начала терапии с момента диагностики угрожающих преждевременных родов. Чем раньше начинается терапия, тем более выражен эффект.

Кроме того, очень важно соблюдать режимы использования препарата, дозу и скорость введения. Вводить раствор атозибана целесообразно с помощью инфузomата с соблюдением предписанного темпа инфузии. Для обеспечения максимальной эффективности терапии были обучены 5 сотрудников ЛПУ, обеспечивающих возможность круглосуточного оказания помощи при поступлении пациентки в стационар.

Таким образом, препараты на основе атозибана являются эффективными современными средствами терапии преждевременных родов. При проведении патогенетической терапии удастся достичь ожидаемого эффекта в большинстве случаев.

ВЫВОДЫ

1. Атозибан является современным клинически эффективным средством для лечения угрожающих преждевременных родов.
2. Применение атозибана в комплексной терапии угрожающих преждевременных родов позволяет пролонгировать беременность эффективнее стандартной токолитической терапии.
3. Использование препаратов на основе атозибана снижает вероятность развития угрожающих родов, что потенциально влияет на уменьшение расходов на реанимационные мероприятия недоношенным новорожденным детям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Savel'yeva G. M., Sukhikh G. T., Serov V. N., Radzinskiy V. E., ed. Clinical guidelines. Obstetrics and gynecology. 2nd ed., revised and enlarged. Moscow: GEOTAR-Media; 2015. 1078. Russian (Савельева Г. М., Сухих Г. Т., Серов В. Н., Радзинский В. Е., ред. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015. 1078).
2. Serov V. N., Sukhikh G. T., Baranov I. I., Pyregov A. V., Tyutyunnik V. L., Shmakov R. G. Emergencies in obstetrics: a guide for physicians. M.: GEOTAR-Media; 2011. 784. Russian (Серов В. Н., Сухих Г. Т., Баранов И. И., Пырегов А. В.,

Тютюнник В. Л., Шмаков Р. Г. Неотложные состояния в акушерстве: Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011. 784).

3. Skripnichenko Yu. P., Baranov I. I., Tokova Z. Z. Statistics of preterm birth. Reproduction problems. 2015; 4: 11–4. Russian (Скрипниченко Ю. П., Баранов И. И., Токова З. З. Статистика преждевременных родов. Проблемы репродукции. 2015; 4: 11–4).
4. Gelfand B. R., Saltanov A. I., ed. Intensive care: national guidelines. Short edition. Moscow: GEOTAR-Media; 2012. 800. Russian (Гельфанд Б. Р., Салтанов А. И., ред. Интенсивная те-

рапия: Национальное руководство. Краткое издание. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012. 800).

5. *Artyuk N. V., Chernyaeva V. I., Rybnikov S. V., Elizarova N. N.* Outcomes of premature pregnancy and childbirth in premature rupture of membranes. Mother and child in Kuzbass. 2015; 2: 98–102. Russian (*Артымук Н. В., Черняева В. И., Рыбников С. В., Елизарова Н. Н.* Исходы недоношенной беременности и родов при преждевременном разрыве плодных оболочек. Мать и дитя в Кузбассе. 2015; 2: 98–102).

6. *Zan'ko S. N.* Premature birth: horizons of action. StatusPraesens. Gynecology, obstetrics, barren marriage. 2013; 2: 32–9. Russian (*Занько С. Н.* Преждевременные роды: горизонты активных действий. StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2013; 2: 32–9).
7. Premature birth. WHO. Newsletter N 363, November 2015. Russian (Преждевременные роды. ВОЗ. Информационный бюллетень № 363, ноябрь 2015).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Остроменский Владимир Владимирович — канд. мед. наук, заместитель главного врача по лечебной работе, ЛПУ «Родильный дом № 2», 199123, Россия, г. Санкт-Петербург, Фурштатская улица, д. 36а

Борисов Анатолий Владимирович — канд. мед. наук, главный врач, ЛПУ «Родильный дом № 2», 199123, Россия, г. Санкт-Петербург, Фурштатская улица, 36а, ассистент кафедры акушерства и гинекологии, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава РФ, 191015, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

Каплун Ирина Борисовна — канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, 194044, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

Астапова Мария Константиновна — клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава РФ, 191015, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

Кучерявая Юлия Германовна — врач акушер-гинеколог, ЛПУ «Родильный дом № 2», 199123, Россия, г. Санкт-Петербург, Фурштатская улица, д. 36а

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Ostromenskiy Vladimir V. — M. D., Ph. D. (Medicine), Deputy chief physician for medical work, Maternity hospital N 2, 36a, Furshtatskaya str., Saint Petersburg, Russia, 199123

Borisov Anatoliy V. — M. D., Ph. D. (Medicine), the Head physician, Maternity hospital N 2, 36a, Furshtatskaya str., Saint Petersburg, Russia, 199123, assistant professor of Obstetrics and Gynecology Department, I. I. Mechnikov North-West State Medical University, 41, Kirochnaya str., Saint Petersburg, Russia, 191015

Kaplun Irina B. — M. D., Ph. D. (Medicine), Associate Professor of Obstetrics and Gynecology Department, S. M. Kirov Military Medical Academy of the Russian Defense Ministry, 6, Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, Russia, 194044

Astapova Mariya K. — M. D., clinical resident of Obstetrics and Gynecology Department, I. I. Mechnikov North-West State Medical University, 41, Kirochnaya str., Saint Petersburg, Russia, 191015

Kucheryavaya Yuliya G. — M. D., obstetrician-gynaecologist, Maternity hospital N 2, 36a, Furshtatskaya str., Saint Petersburg, Russia, 199123