

## ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ — ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ С УЧЕТОМ СРОКОВ ГЕСТАЦИИ

**В статье отражены некоторые дискуссионные вопросы по проблеме преждевременные роды.**

**Актуальность проблемы обусловлена тем, что преждевременные роды определяют уровень перинатальной смертности и заболеваемости. Тактика ведения родов определяется сроком гестации. Прерывание беременности в сроки 22–27 недель обусловлено чаще всего инфекцией и пороками развития плода, определяемыми к этому сроку гестации.**

**При сроке гестации 28–33 недели чрезвычайно высок процент показанных преждевременных родов в связи с осложненным течением беременности (гестоз, плацентарная недостаточность) и тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями.**

**Преждевременные роды в 34–37 недель приближаются к своевременным родам.**

*Преждевременные роды являются одним из важных вопросов проблемы охраны здоровья матери и ребенка. Актуальность проблемы определяется тем, что преждевременные роды определяют уровень перинатальной смертности и заболеваемости. По проблеме преждевременных родов есть целый ряд дискуссионных вопросов не только для нашей страны, но и в мире.*

*Первый дискуссионный вопрос — частота преждевременных родов. В США частота преждевременных родов в 2000 г. — 10,1%, в Англии — 7,8%, Франции — 7,2%, Венгрии — 10%, Германии — 9–10%, Норвегии — 7,9%, а в России — 4,5–5%.*

*Чем это обусловлено? Мы считаем срок преждевременных родов с 28 недель, а в мире — с 22 недель. Но, как показывает статистика, процент прерывания беременности этих сроков очень невелик в структуре преждевременных родов. По данным Центра — это 0,9% к числу всех родов и 13% к числу преждевременных родов. По данным специализированного родильного дома по преждевременным родам в г. Москва, это 1,5% к числу всех родов. Но даже суммируя эти проценты, мы не получаем частоту преждевременных родов такую, как в странах, где перинатальная смертность ниже, чем в нашей стране. По-видимому, мы находим какие-то пути подправить «нашу статистику». Хорошо известно, что чем более недоношенный ребенок, тем более часто имеет место задержка внутриутробного развития. Дети, рожденные в сроки гестации 28–33 недели, по нашим данным, в 64% имеют задержку внутриутробного развития и нередко имеют массу до 1000 г. И они входят в группу прерывания беременности — 22–27 не-*

*дель. В связи с этим у нас уменьшается процент преждевременных родов и улучшаются показатели перинатальной смертности.*

*В настоящее время есть возможность по данным УЗИ определить точный срок беременности, при условии, если исследование выполнено в первые 7–8 недель беременности. Есть возможность определения уровней гормонов, которые вместе с датой последней менструации и с анализом особенностей менструального цикла позволяют достаточно точно определить срок беременности.*

*В мире по рекомендации ВОЗ преждевременные роды делят по срокам гестации на очень ранние преждевременные роды (22–27 недель), ранние преждевременные роды (28–33) и преждевременные роды (34–37 недель). Это обусловлено тем, что этиология преждевременных родов, особенности тактики ведения и исходы преждевременных родов различны на этих этапах беременности.*

*При гестации 22–27 недель ведущей причиной преждевременных родов является преждевременное излитие околоплодных вод, инфицирование, истмико-цервикальная недостаточность. Второй по частоте причиной являются пороки развития плода, определяемые в 22–24 недели, и показанное в связи с этим прерывание беременности. По данным Центра, из 14 женщин, родивших в эти сроки гестации, у 9 — преждевременное излитие вод, у 4 — пороки развития плода — индуцированное прерывание, и у 1 — отслойка плаценты, кровотечение и интранатальная гибель плода, родоразрешена путем малого кесарева сечения в сроки 24 недели беременности (таб. 1).*

*В связи с инфицированием имеется большой риск гнойно-септи-*

Причины преждевременных родов (материалы НЦ АГ и П Рэмн, 2001)

Причины преждевременных родов	Сроки гестации		
	22–27 нед (n = 10)	28–33 нед (n = 37)	34–37 нед (n = 56)
Преждевременное излитие околоплодных вод, инфекция	9 (90%)	5 (3,5%)	25 (44,6%)
Отслойка плаценты	1 (10%)	4 (10,8%)	2 (44,6%)
Тяжелые гестозы, плацентарная недостаточность		14 (37,8%)	17 (30,3%)
Тяжелая экстрагенитальная патология		6 (16,2%)	6 (10,7%)
Несостоятельность рубца на матке		7 (18,9%)	

ческих осложнений у матери, поэтому выжидательная тактика несет в себе большой риск для матери. Профилактика респираторного дистресс синдрома в эти сроки гестации не эффективна, так как пневмоциты второго порядка начинают продуцировать сурфактант только после 27 недель гестации. Выхаживание таких маловесных детей чрезвычайно трудная и дорогостоящая задача. Так, по данным США (2001г.), на выхаживание детей, родившихся с массой до 1500 г тратится ежегодно 6 миллиардов долларов, что составляет 35% от бюджета на всех новорожденных. У нас нет и десятой доли этого бюджета, и если финансирование новорожденных не изменится, мы еще долго не сможем выхаживать этих детей. Даже в условиях реанимации, к сожалению, нам не удастся выхаживать детей сроком гестации менее 27 недель. У нас есть определенные успехи в выхаживании маловесных детей, но эти дети больших сроков гестации 31–33 недели при массе менее 1000 г.

Есть еще одна чрезвычайно важная сторона этого срока гестации — отдаленные результаты выхаживания детей этих сроков гестации. Несколько лет назад Центр посетил профессор Е. Поперник из Франции — один из ведущих специалистов Европейского отдела ВОЗ по преждевременным родам. Он отдал 20 лет для создания во Франции системы выхаживания недоношенных детей, отделов реанимации.

В приватной беседе он сказал,

что разочарован тем что он создал, так как на сколько «мы снизили перинатальную смертность, на столько мы повысили инвалидность с детства».

Срок гестации 28–33 недели в структуре преждевременных родов составляет примерно 30–35%. По данным Центра — 34,5%, и к общему числу родов — 2,54%. До 25% женщин первобеременных и 44% повторнорожающих (таб. 1). Все пациентки этой группы имели осложненное течение беременности. Угроза прерывание беременности у 75%, инфекционные заболевания у каждой 3-й, истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) у каждой 4-й женщины. В этом разделе следует остановиться на еще одном дискуссионном вопросе.

Анализ преждевременных родов, по-видимому, следует проводить в зависимости от того, самопроизвольные роды или индуцированные, показанные в связи с заболеванием матери и/или плода. Если по данным специализированного роддома частота показанных прерываний беременности составляет 10–12%, по данным многих стран процент показанных преждевременных родов составляет в среднем 30%, то в условиях Центра самопроизвольные преждевременные роды составили 10,8%, а индуцированные, т. е. досрочное родоразрешение путем операции кесарева сечения при сроке гестации 28–33 недели, проведено у 33 женщин из 37. Показания для прекращения беременности: тяжелая экстрагенитальная патология;

тяжелый гестоз без эффекта от лечения; несостоятельный рубец на матке у женщин с многоплодной беременностью, тяжелая плацентарная недостаточность с гипотрофией III и явлениями гипоксии плода, отслойка плаценты.

Преждевременные роды это не просто роды не в срок, это роды у больной матери нездоровым ребенком. Та причина, которая вызывает досрочное родоразрешение, будь то самопроизвольные роды или показанные роды, она отражается на состоянии ребенка: инфекция, тяжелая плацентарная недостаточность, тромбофилические осложнения и др.

Если принять эту точку зрения во внимание, то основой нашей работы должно быть не досрочное родоразрешение, а недопущение тех осложнений, из-за которых мы родоразрешаем женщин досрочно. В основе преждевременного излития вод лежит инфекционный процесс. Это доказано многочисленными исследованиями. Наиболее частой причиной преждевременного излития вод является вагиноз, стрептококк группы В, кандидоз, уреоплазмоз, реже хламидии и др.

По нашим данным, при анализе преждевременных родов у первобеременных женщин без экстрагенитальной патологии и явлений токсикоза было обнаружено, что каждая 3-я имела хронический воспалительный процесс гениталий до первой беременности. 29% перенесли ОРЗ или ОРВИ в I триместре беременности. В процессе беременности необходим более четко организованный

контроль за инфекционными осложнениями у беременной. Разработаны адекватные методы терапии, есть целый арсенал новых и старых антибиотиков для лечения при беременности. Есть эффективные вагинальные антибиотики.

Особенно показательным в этом плане является интерлейкин-6, определяемый в слизи цервикального канала. (рис. 1).

Он является маркером не только преждевременных родов, но и маркером внутриутробного инфицирования, так же как фибронектин, тумор-некротизирующий фактор.

Уровни провоспалительных цитокинов могут быть и маркерами эффективности проводимой терапии. По нашим данным, в тех наблюдениях, где не удалось снизить уровень цитокинов в слизи цервикального канала, беременность сохранить не удалось. (рис. 2).

Частой причиной индуцированных преждевременных родов как в сроки 28–33 недели, так и в 34–37 недель, является тяжелая плацентарная недостаточность с гипотрофией и гипоксией плода, тяжелый гестоз (таб. 1). Но также хорошо известно, что в основе этой патологии лежат тромбофилические нарушения, приобретенные или врожденные. Неадекватная сро-

ку беременности гиперкоагуляция, развитие хронического ДВС синдрома ведут к тромбозам, инфарктам плаценты, отслойке плаценты, тромбоэмболиям. При своевременной диагностике есть адекватные методы терапии, которые могут помочь сохранить беременность до рождения зрелого плода. Оценка системы гемостаза должна стать рутинным, обязательным анализом при наблюдении беременной женщины, как анализ крови, мочи, УЗИ и т. п.

Выявление нарушений позволяет использовать такие методы терапии, как антикоагулянты, антиагреганты, плазмаферез. Проведение под контролем системы гемостаза профилактики плацентарной недостаточности позволит снизить частоту этого тяжелого осложнения. Примером этого может быть ведение беременных с антифосфолипидным синдромом — наиболее частой причиной отслойки, инфарктов плаценты, развития преэклампсии. Без лечения гибель плода наблюдается у 90–95% женщин с этой патологией. Ежегодно в Центре наблюдается и родоразрешается до 200 женщин с этой патологией. Но в связи с тем, что мы готовим их к беременности и проводим терапию и профилактику под контролем гемостаза, в 2001г. только две пациентки были родоразрешены в

сроке беременности 35–36 недель, остальные были родоразрешены при доношенной беременности.

В связи с новыми репродуктивными технологиями: ЭКО, стимуляция овуляции, растет число многоплодных беременностей и в связи с этим нередко преждевременные роды. По нашим данным, из 93 женщин, родоразрешенных при сроках гестации 28–37 недель, 14 многоплодных: 3 тройни и 11 двоен. Особенно следует отметить ситуации когда имеется рубец на матке после кесарева сечения или миомэктомии и многоплодная беременность. В связи с этим пришлось досрочно родоразрешать женщин в связи с неполноценностью рубца на матке. По-видимому, нужны какие-то законодательные меры, чтобы ограничить число переносимых эмбрионов до 2-х, как это сейчас рекомендуется во многих странах.

При многоплодной беременности возникает много проблем с редукцией эмбрионов, с теми осложнениями, которые возникают при редукции. Но более всего — это недоношенность и задержка внутриутробного развития. При перерастяжении матки наблюдается активация ее сократительной деятельности. Растяжение клеточной поверхности вызывает активацию рецепторов (интегринов), которые увеличивают

Рис. 1. Прогностическая значимость определения IL-6 в цервикальном канале как маркера внутриутробного инфицирования плода

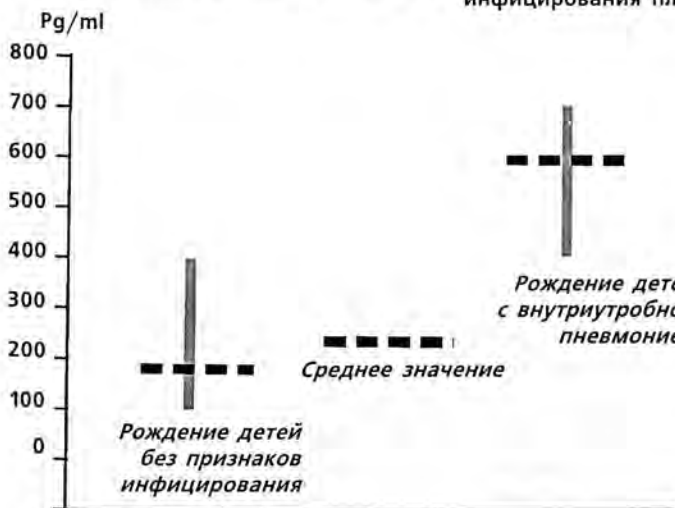


Рис. 2. Сывороточные уровни цитокинов у беременных в III триместре с последующим развитием преждевременных и своевременных родов



Перинатальная смертность по срокам гестации (материалы НЦ АГ и П РАМН, 2001 г.)

Причины перинатальной смертности	Сроки гестации (нед) и масса новорожденных (г)		
	22-27 нед	28-33 нед	34-37 нед
Внутриутробная 2-хсторонняя пневмония	930		
Болезнь гиалиновых мембран	900	1335	
Кровоизлияние в желудочки мозга III-IV ст	935		
Порок сердца, 2-хсторонняя пневмония		2100	
Пневмония, менингит грибковой этиологии		900	
2-хсторонняя пневмония, острая почечная недостаточность		1467	
Генерализованная инфекция, острая асфиксия в родах			2000
Аntenатальная гибель, острое многоводие, инфекция			2339

По срокам гестации перинатальная смертность

75%\*

9,5%

2,9%

\* Условно прожили всего 2-е суток

Таблица 3

Заболеваемость недоношенных детей разного гестационного срока (материалы НЦ АГ и П РАМН 2001 г.)

Характер заболевания	Гестационный срок		
	22-27 нед (n = 9)	28-33 нед (n = 42)	34-37 нед (n = 68)
Внутриутробная пневмония		53,6%	7,3%
Другие инфекции	100,0%	24,3%	5,8%
Ателектаз легких		41,4%	14,7%
Болезнь гиалиновых мембран			
Ишемическая нефропатия	100,0%	26,8%	5,8%
Внутрижелудочковые кровоизлияния	50,0%	29,2%	5,8%
Диссеминированное внутрисосудистое свертывание	75,0%	19,5%	1,4%
Конъюгационная желтуха		28,5%	17,6%
Гипогликемия		19,5%	11,7%

щели между клетками миометрия и усиливают образование рецепторов к окситоцину. Досрочное прерывание беременности нередко сводит на нет усилия по получению беременности с помощью новых репродуктивных технологий и финансовые затраты пациентов.

Тяжелая экстрагенитальная патология как причина досрочного родоразрешения, по нашим данным, составила 16,2% — это не просто наличие экстрагенитальной патологии, это — тяжелые заболевания, при которых вынуждены прервать беременность досрочно: тяжелые пороки сердца с нарушением кровообращения, тяжелый диабет, трансплантация почки и болезни крови, аутоиммунные и онкологические заболевания, тяжелые формы миастении, рассеянного склероза.

По-видимому, в связи с успехами терапии многих экстрагенитальных заболеваний мы нередко

имеем проблемы с донашиванием беременности либо в результате обострения экстрагенитальных заболеваний и угрожающие для жизни состояния, либо проблемы с новорожденными, на которых влияет тяжелое состояние матери и недоношенность.

Что касается исхода родов для детей, то он также определяется сроком гестации.

Так на первом месте среди перинатальной заболеваемости находится внутриутробная пневмония и другие инфекции (рис. 2). В основе пневмонии нередко лежит ателектаз легких и болезнь гиалиновых мембран.

Ишемическая нефропатия встречается наиболее часто у детей сроков гестации 28-33 недели (26,8%) и гораздо меньше при сроке гестации 34-37 недель (5,8%). Внутрижелудочковые кровоизлияния — соответственно 29,2% и 5,8%, конъюгационная желтуха — 28,5% и 5,8%,

ДВС синдром — 19,5% и 1,4%.

Пороки развития плода, выявленные в сроках гестации 22-25 недель, — прерывание беременности в связи с этим — 4 наблюдения. При сроке гестации 28-33 недели родилось 5 детей с пороками развития (пороки сердца и желудочно-кишечного тракта) совместимыми с жизнью и один ребенок с болезнью Дауна.

При сроке гестации 33-37 недель на момент рождения пороков развития не обнаружено.

Смертность детей при сроке гестации 22-27 недель из родившихся живыми из 4 — трое умерли в первые 2-е суток жизни — внутриутробная пневмония, внутрижелудочковые кровоизлияния III-IV степени, ДВС синдром.

При сроке гестации 28-33 недели в 2001 г. из 42-х детей умерло 4 ребенка, перинатальная смертность — 9,5% (табл. 3).

### **Основные причины смерти:**

Ребенок массой 1335 г — 2-сторонняя пневмония, внутрижелудочковые кровоизлияния III–IV степени. Ребенок массой 2100 г. — 2-сторонняя пневмония, порок сердца (транспозиция сосудов). Ребенок массой 900 г. — 2-сторонняя пневмония, пневмоторакс, легочно-сердечная недостаточность. Ребенок 1467 г. — болезнь гиалиновых мембран, вторичный менингит грибковой этиологии, острая почечная недостаточность.

При сроке гестации 34–37 недель из 68 умерло 2-е детей (2,9%):

— антенатальная гибель плода массой 2000 г. — острая генерализованная инфекция;

— постнатальная гибель ребенка массой 2339 г. — отслойка плаценты, массивное кровотечение, тяжелая асфиксия, несмотря на экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Ребенок умер от генерализованной инфекции.

Таким образом, перинатальная смертность в Центре за 2001 г. составила с учетом сроков гестации:

в 28–33 недели — 9,5%;

в 34–37 недель — 2,9%.

Выживаемость детей, рожденных преждевременно в Центре составила 94,6%.

Таким образом, подводя итог сказанному и в дальнейшей работе по проблеме «невынашивание беременности и недоношенный ребенок» определяются следующие вопросы:

— недоношенность — ведущая причина перинатальной заболеваемости и смертности;

— частота преждевременных родов;

— целесообразность деления преждевременных родов по срокам гестации — 28–33 недели и 34–37 недель;

— преждевременные роды — патологическое состояние, в ре-

зультате которого рождается не просто недоношенный ребенок, но большой ребенок.

— ведущими причинами преждевременных родов являются инфекция, тромбофилические осложнения, тяжелая экстрагенитальная патология и патология самой матки (перерастяжение при многоплодии, пороки развития);

— в настоящее время есть маркеры угрожающих преждевременных родов — УЗИ, провоспалительные цитокины и, по-видимому, следует работать дальше в этом направлении;

— профилактика недоношенности в рациональном ведении женщин с самого начала беременности.

Наша задача — пролонгировать беременность с использованием всего арсенала имеющихся средств, т. к. исходы для ребенка лучше при большем сроке гестации.

