

АКУШЕРСТВО

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ РИСК И ИСХОДЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

**А.А. Оразмурадов, А.А. Лукаев, С.А. Князев, Е.А. Шишкин,
С.В. Апресян, М.А. Ватагина, А.Ф. Кириенко,
З.К. Нурмырадова**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Медицинский факультет
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Макляя, 8, Москва, Россия, 117198

Вопросы о способе родоразрешения при недоношенной беременности всегда оставались и будут оставаться актуальным. Одной из основных причин перинатальной смертности недоношенных детей является родовой травматизм, который во многом обусловлен неадекватным ведением преждевременных родов. Выбор оптимальной тактики их ведения с учетом факторов перинатального риска — важнейший резерв улучшения показателей здоровья новорожденных.

Ключевые слова: преждевременные роды, инфекция, кесарево сечение, перинатальные факторы риска.

Ежегодно в мире около 15 млн детей рождаются преждевременно, более 1 млн из них погибают на первом году жизни, а среди выживших, к сожалению, оказывается немало инвалидов, страдающих именно из-за того, что появились на свете раньше срока [2, 8]. Все это связано с различными воздействиями, производимыми в процессе родов [1]. Недоношенность занимает первое место в структуре перинатальной смертности: 60—70% ранней неонатальной смертности и 70—75% детской смертности, до 8—13 раз чаще мертворождений при преждевременных родах, чем при родах в срок [5].

Частота преждевременных родов составляет около 12—13% в США и 5—9% в других развитых странах, тем не менее уровень преждевременных родов повысился преимущественно из-за увеличения искусственно зачатой многоплодной беременности [2, 7].

По данным ВОЗ и ЮНИСЕФ смертность среди детей в возрасте до пяти лет снизилась с 12 миллионов случаев в 1990 году до 7,6 миллиона случаев в 2010 году, их удельный вес в популяции составляет 5—12%, и в развитых странах он имеет тенденцию к росту [4, 6].

Дородовая терапия: кортикостероиды, токолитическая и антибактериальная терапии, позволили снизить перинатальную заболеваемость и смертность, но частота преждевременных родов увеличивается [8].

Вопросы о способе родоразрешения при недоношенной беременности являются актуальными. Одной из основных причин перинатальной смертности недоношенных детей является родовой травматизм, который чаще обусловлен неадекватным ведением преждевременных родов.

В РФ не выработано четких рекомендаций и показаний для кесарева сечения при недоношенной беременности. Национальное руководство по акушерству, изданное с участием ведущих специалистов РФ, рекомендует индивидуально определять показания для абдоминального родоразрешения при преждевременных родах [3]. Тем более не существуют рекомендации, как учитывать степень перинатального риска при выборе метода досрочного родоразрешения при преждевременных родах.

Цель исследования — оценить исходы преждевременных родов у женщин с высоким перинатальным риском в зависимости от способа родоразрешения.

Материалы и методы исследования: проведено ретроспективное исследование 126 истории преждевременных родов на базе ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана г. Москвы РФ, в сроки гестации от 26 до 36 недель. По сроку гестации истории родов были разделены на 3 когорты: I когорта 26—28 недель, II когорта 29—32 недели, III когорта 33—36 недели. Каждая когорта была разделена на 2 группы — родоразрешенные через естественные родовые пути и путем операции кесарева сечения. Определение степени перинатального риска проводился по шкале О.Г. Фроловой, Е.И. Николаевой, в модификации В.Е. Радзинского

Результаты исследования и их обсуждение. Практически 100% родов до 26 недель в независимости от способа родоразрешения закончились мертворождением или ранней неонатальной смертностью. Однако доля этих женщин с высоким перинатальным риском незначительна для достоверного анализа.

У всех женщин до родов отмечалась высокая степень перинатального риска, в 3-й когорте встречались средняя и высокая степени ПР, но существенное влияние на исход родов оказывал интранатальный прирост (отношение суммы баллов интранатальных факторов риска к сумме баллов пренатальных факторов, в %), но интранатальных факторов достоверно не так много, как при срочных родах, и влияние на исход преждевременных родов существенное, даже при их небольшом приросте.

В 1-й когорте роды в основном заканчивались через естественные родовые пути. После родоразрешения новорожденные находились на ИВЛ от 3 до 6 дней, затем от 12 до 14 дней переводились на СРАР, после чего 40% новорожденных переводились на диффузный кислород и в дальнейшем — в специализированное учреждение. Тяжесть состояния обуславливалась тяжелым респираторно-дистресс синдромом (РДС), гипоксически-ишемическим поражением ЦНС у 100% новорожденных, внутриутробной инфекцией (ВУИ) до 90%, внутрижелудочковым кровоизлиянием (ВЖК) 38%. При этом ВЖК, ретинопатия, гипоксически-ишемическое

поражение ЦНС отмечались достоверно чаще при родах через естественные родовые пути, чем при кесаревом сечении; ВУИ и РДС — в равной степени и при родоразрешении через естественные родовые пути и при операции кесарево сечение.

Также, достоверно хорошие показатели в раннем неонатальном периоде были у детей, имевших массу при рождении 1000 гр. и более (они раньше переводились на СРАР, имели положительную динамику в весе, меньшие показатели смертности, но не заболеваемости), по сравнению с новорожденными, имевшими массу менее 1000 гр., у которых полученные данные недостоверны и отмечается высокая летальность.

Роды проводились в 60% случаев без обезболивания, в 40% — под ЭДА. При анализе родов, проводимых без ЭДА, достоверно чаще встречались у новорожденных ВЖК, гипоксически-ишемическое повреждение ЦНС, хуже протекал период адаптации. В родах, где не применялась ЭДА, использовались спазмолитические препараты. В 20% профилактика РДС проводилась дипроспаном, в 60% — дексаметазоном, в 20% профилактика не проводилась. Следует отметить, что 68% преждевременных родов встречалось у возрастных женщин (30 лет и более).

Во время беременности основными факторами перинатального риска являлись: вредные привычки (в частности — курение) — 68%, возраст беременной старше 30 лет — 60%, раннее начало половой жизни — 48%, воспалительные заболевания — у 75% (у каждой первой в анамнезе медицинский аборт или самопроизвольный выкидыш — 1 и более), преждевременные роды — 42%, неразвивающаяся беременность — 35%, отягощенный соматический анамнез — 64%.

При гистологическом исследовании последа отмечался в 98% гнойный эндартериит, в 65% — хориоамнионит (при этом антибактериальную терапию получали лишь женщины с родовым излитием вод: в 90% — ампициллин, 10% — цефазолин).

При сравнении групп во 2-й когорте было отмечено, что кесарево сечение (с извлечением в плодных оболочках) при высоком перинатальном риске существенно снижает риск травматизации плода, но не исключает его, в отличие от родов через естественные родовые пути, где достоверно отмечалось увеличение неонатальной заболеваемости и перинатальной смертности у женщин с высокими факторами перинатального риска.

После оперативного родоразрешения новорожденные находились на ИВЛ до 24 ч, затем до 6 дней — на СРАР и далее переводились в специализированное учреждение. Тяжесть состояния обуславливалась тяжелым РДС, гипоксически-ишемическим поражением ЦНС у 100% новорожденных. При этом данные осложнения в основном встречались при нарастании степени тяжести гестоза 55%, ПОНРП — 25, ЗРП 2—3-й ст. — 20%, а внутриутробная инфекция 35—40%, внутрижелудочковым кровоизлиянием — 35%, ретинопатией — 10% при ведении родов через естественные родовые пути. При этом достоверно чаще новорожденные после оперативного родоразрешения прибавляли в весе и переводились на 2-й этап выхаживания с положительной динамикой, в то время как дети, рожденные через естественные родовые пути, в весе не только не прибавляли, но и имели отрицательную динамику.

Роды проводились в 30% без обезболивания, в 60% — под ЭДА. При анализе родов, проводимых без ЭДА, также достоверно чаще у новорожденных встречались ВЖК, гипоксически-ишемическое повреждение ЦНС, хуже протекал период адаптации. В родах, где не применялась ЭДА, использовались спазмолитические препараты. Профилактика РДС проводилась дексаметазоном, в 10% профилактика не проводилась, 88% родов у возрастных женщин (30 лет и более).

Во время беременности основными факторами перинатального риска являлись: вредные привычки (в частности — курение) — 55%, возраст беременной старше 30 лет — 35%, раннее начало половой жизни — 55%, воспалительные заболевания — 68% (у каждой первой в анамнезе мед. аборт или самопроизвольный выкидыш — 1 и более), преждевременные роды — 38%, неразвивающаяся беременность — 32%, отягощенный соматический анамнез — 74%.

При гистологическом исследовании последа отмечалось: 65% — расстройство кровообращения, 44% — плацентарная ангиопатия, 100% — незрелость плаценты, 35% — гипотрофия плаценты.

В 3-й когорте было отмечено, что кесарево сечение при высоком перинатальном риске проводилось практически в равном соотношении с родами через естественные родовые пути, и достоверно уровень перинатальной заболеваемости при оперативном родоразрешении был ниже по сравнению с родами через естественные родовые пути. Особенно это отмечалось при извлечении плода в оболочках при операции кесарево сечение. Основными показаниями к операции кесарево сечения служили: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — 23%, нарастание степени тяжести гестоза — 25%, ЗРП II—III ст. — 18%, острая гипоксия плода — 18%, рубец на матке после операции кесарево сечение или миомэктомии.

После оперативного родоразрешения новорожденные находились на ИВЛ от 24 ч до 48 ч — учитывая показания, по которым произведены оперативные родоразрешения, причем в 45% был отмечен интранатальный прирост, что вероятно повлияло на состояние новорожденных. Затем до 1—2 дней они находились на СРАР, и 75% выписывались домой, а 25% переводились в специализированное учреждение. Тяжесть состояния обуславливалась РДС, гипоксически-ишемическим поражением ЦНС, которые в основном встречались при нарастании степени тяжести гестоза 55%, ПОНРП — 15%, ЗРП 2—3-й ст. — 30%.

При ведении родов через естественные родовые пути состояние новорожденных осложнялось чаще внутриутробной инфекцией — 50—55%, внутрижелудочковым кровоизлиянием — 30—35%. Данные роды проводились исключительно выжидательно, под постоянным контролем КТГ-мониторинга, термометрией, клинико-лабораторных данных.

При динамическом наблюдении за детьми после оперативного родоразрешения достоверно отмечались: прикладывание к груди на 3—4-е сутки (по сравнению с детьми после родов через естественные родовые пути на 6—7-й день), прибавка в весе с положительной динамикой и улучшенное течение периода адаптации.

Роды проводились в 20% без обезболивания (из них у 5% во 2-м периоде проводилась пудендальная анестезия), в 80% — под ЭДА. При анализе родов, проводимых без ЭДА, также достоверно чаще встречались у новорожденных ВЖК, гипоксически-ишемическое повреждение ЦНС, хуже протекал период адаптации. В родах, где не применялась ЭДА, использовались спазмолитические препараты.

Во время беременности основными факторами перинатального риска являлись: вредные привычки (в частности — курение) — 45%, возраст беременной старше 30 лет — 38%, раннее начало половой жизни — 48%, воспалительные заболевания у 74% (у каждой первой в анамнезе медицинский аборт или самопроизвольный выкидыш — 1 и более), преждевременные роды — 38%, неразвивающаяся беременность — 28%, отягощенный соматический анамнез — 70%.

При гистологическом исследовании последа отмечалось: 55% — расстройство кровообращения, 44% — плацентарная недостаточность, 15% — гипотрофия плаценты, плацентарная ангиопатия — 25%, децидуит — 15%, гнойный эндартериит — 20%.

Во всех группах проводился бактериологический посев из цервикального канала: 16% — *Staphylococcus epidermidis*, 25% — *Enterococcus faecalis*, 17% — *Escherichia coli*, *Candida sp.* — 14%, б-гемолитический стрептококк — 28%, что достоверно определялось при бактериологическом посеве у новорожденных.

Заключение.

Факторы перинатального риска в 1-й когорте составляли от 25 до 34 баллов (25 баллов и более — высокая степень перинатального риска), интранатальный прирост отмечался у 36%. Во 2-й когорте составляли от 30 до 38 баллов, интранатальный прирост отмечался у 34%. В 3-й когорте факторы риска от 32 до 46 баллов, интранатальный прирост отмечался у 30%.

Использование модифицированной таблицы прогнозирования перинатальной заболеваемости позволяет повысить точность определения степени перинатального риска, выбрать способ адекватного обезболивания и оптимальный метод родоразрешения, тем самым улучшить перинатальные исходы.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Akhmadeyev N.R., Fatkullin I.F.* Extract fruit in general membranes with twins // Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Series "Medicine. Obstetrics and Gynecology". — 2012. — № 6. — P. 29—36.
- [2] *Jay D Iams, Roberto Romero, Jennifer F Culhane, Robert L Goldenberg.* Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. The Lancet. Preterm Birth. January 5, 2008.
- [3] *Obstetrics: national leadership. Quick Start Guide / ed. A.C. Ajlamazian, V.N. Serov, V.E. Radzinsky, G.M. Savelyeva.* — M.: GEOTAR-media, 2012.
- [4] *Podtetenev K.S., Orazmuradov A.A., Shishkin E.A., Lukaev A.A.* The comparative characteristic of beta and dexamethasone for the prevention of respiratory distress // Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Series "Medicine. Obstetrics and Gynecology". — 2011. — № 6. — P. 57—64.
- [5] *Radzinski V.E.* "Obstetric aggression", ed.: Mediaburo Status of prezens, 2011.

- [6] Robert L Goldenberg, Jennifer F Culhane, Jay D Iams, Roberto Romero. Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet. Preterm Birth*. January 5, 2008.
- [7] Tsaregorodtseva M.V., Dicke G.B. Obstetric pessary for preventing miscarriage. *Status Praesens*. — 3 [9] — 08.2012 — P. 75—80.
- [8] WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. 2012. 126 p. http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index.html

PERINATAL OUTCOMES AND PRETERM BIRTH RISK

**A.A. Orazmuradov, A.A. Lukaev, S.A. Knyazev, E.A. Shiskin,
S.V. Apresyan, M.A. Vatagina, A.F. Kirienko,
Z.K. Nurmiradova**

Department of obstetrics and gynecology
Peoples' Friendship University of Russia
Miklucho-Maklay str., 8, Moscow, Russia, 117198

Questions about the method of delivery in incomplete pregnancy always remained and would remain relevant. One of the main causes of perinatal mortality in preterm infants is a generic injuries, largely due to inadequate maintenance of preterm birth. Selection of the optimum tactics of perinatal risk factors — the most important reserve for improving the health status of newborns.

Key words: preterm labor, infection, c-section, perinatal risk factors.