

УДК 818.396-02

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ. ПРИЧИНЫ И СЛЕДСТВИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕСТАЦИОННОГО СРОКА

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Зубова И.М., Дударева Ю.А.

В статье представлено описание результатов сравнительного анализа совокупности причин в группе женщин с реализовавшимися преждевременными родами и группе женщин, родивших в срок. В ходе исследования были изучены индивидуальные карты беременных и истории их родов. Определены факторы риска и перинатальный прогноз для новорожденных.

Ключевые слова: преждевременные роды, истмико-цервикальная недостаточность, первичная фетоплацентарная недостаточность, перинатальная смертность.

The article describes the results of comparative analysis of the combination of causes in the group of women with realized premature birth and the group of women who gave birth in time. In the course of the study, individual records of pregnant women and the history of their childbirth were analyzed. Risk factors and perinatal prognosis for newborns were determined.

Key words: premature birth, cervical insufficiency, primary fetoplacental insufficiency, perinatal mortality.

Преждевременные роды (ПР) являются одной из основных причин перинатальной заболеваемости, инвалидности и младенческой смертности. Несмотря на многочисленные исследования, частота ПР в разных странах колеблется от 5% до 18% и не имеет тенденции к снижению [1].

Ежегодно в мире рождается 15 млн недоношенных детей. В Российской Федерации этот показатель составляет 5–6,5% всех родов. За последние годы частота ПР возросла за счет перехода на новые стандарты ВОЗ, определяющей ПР с 22 недель беременности.

Существуют противоречивые мнения по вопросам патогенеза ПР. Общеизвестно, что большая часть перинатальной заболеваемости и смертности связана с ошибками в тактике ведения ПР. Остаются малоизученными аспекты прогноза ПР, а также способы эффективной профилактики и лечения. Недоношенность оказывает существенное влияние на дальнейшее развитие новорожденных, что имеет отдаленные последствия в будущем: нарушение психомоторного развития, зрения, слуха, хронические заболевания легких, церебральные параличи.

Все вышеперечисленное указывает на актуальность и перспективность исследований преждевременных родов, сложность в выборе акушерской тактики при них.

Цель работы состояла в проведении сравнительного анализа совокупности причин в группе женщин с реализовавшимися преждевременными родами в срок гестации 22–27 недель, 31–36,6 недели и группе женщин, родивших в срок.

Задачи исследования:

1. Провести статистический анализ индивидуальных карт беременных и историй их родов за 2016–2019 гг. на базе КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр ДАР», г. Барнаул.
2. Выявить наиболее значимые факторы риска, оценивая клинико-anamnestические данные и срок гестации.
3. Оценить показатели ранней неонатальной и перинатальной смертности.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное исследование индивидуальных карт беременных и историй их родов за 2016–2019 гг. на базе КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр ДАР», город Барнаул. Выделены 2 группы: в первую группу (основная) вошли женщины (n=31), чья беременность завершилась преждевременными родами на сроках 22–33 недели гестации; вторую группу составили женщины, родившие в срок. Основная группа разделена на 2 подгруппы: в первую подгруппу вошли женщины (n=12), чья беременность завершилась очень ранними ПР в сроке 22–28 недель гестации; вторую подгруппу составили женщины с преждевременными родами в срок 31–36 недель. Критерием исключения из групп сравнения являлась многоплодная беременность.

В ходе одномоментного (поперечного) аналитического исследования изучена медицинская документация: истории родов (N 096/y), истории развития новорожденного (N 097/y), протоколы патологоанатомического вскрытия новорожденных, индивидуальные карты беременных и родильниц (форма № 111/y).

В процессе работы оценивались показатели цервикометрии в I, II, III триместре беременности, показатели антропометрии плода, показатели уровня хорионического гонадотропина человеческого, протеина, ассоциированного с беременностью, срок родоразрешения и клинический фенотип (спонтанные роды, индуцированные) родов, социальные факторы, сопутствующая экстрагенитальная и гинекологическая патология у обследуемых женщин, исходы беременности и родов.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью современных методов обработки данных, с использованием пакета прикладных программ, в том числе Excel 2007. Статистическая значимость результатов исследования оценивалась различными методами с учетом характера признака и типа распределения. В виде средних значений \pm стандартное отклонение ($X \pm \sigma$) указывались случайные величины при нормальном распределении. Значения долевых показателей (число больных на 100 обследованных) представлены в виде $\hat{P} \pm S_{\hat{P}}$, где \hat{P} – оценка доли; $S_{\hat{P}}$ – стандартная ошибка доли, с введением поправки Йетса для бинарного распределения.

Возраст женщин различался в основной и контрольной группе и составил соответственно $30,6 \pm 5,6$ и $26,7 \pm 5,5$ года ($p=0,0067$), между подгруппами значимых различий не получено ($32,2 \pm 5,3$ и $29,5 \pm 5,7$ года; $p=0,067$).

При сопоставлении уровня образования и семейного положения женщин с реализовавшимися ПР между подгруппами статистически значимых различий не получено, большая часть женщин имели среднее специальное образование. В то же время, одиноких женщин с очень ранними ПР было в 3,2 раза больше, чем среди ПР в сроке 31–33 недели. При анализе социально-биологических факторов риска преждевременных родов было выявлено, что никотинозависимые женщины встречаются в основной группе в 2,7 раза чаще, чем в контрольной группе ($35,5 \pm 9,8\%$ и 0% ; $p=0,01$). Анализ социальных факторов риска между подгруппами основной группы показал, что никотинозависимые женщины встречаются как в 1-ой, так и во 2-ой подгруппе практически с одинаковой частотой ($p>0,05$).

Среди экстрагенитальной патологии у женщин с преждевременными родами в 4,5 раза чаще, чем у женщин, родивших в срок, встречалась гипертоническая болезнь, что является одним из факторов риска формирования первичной плацентарной недостаточности. Анализ экстрагенитальной патологии у женщин с реализовавшимися преждевременными родами

в зависимости от срока гестации показал, что у 2-ой подгруппы артериальная гипертензия встречалась в 3 раза чаще, чем у 1-ой подгруппы. Это свидетельствует о том, что у женщин с преждевременными родами в срок гестации 31–33 недель эндотелиальная дисфункция встречалась чаще, чем у женщин с очень ранними преждевременными родами.

При сравнении основной и контрольной группы мы определили, что важный фактор риска преждевременных родов – неразвивающаяся беременность в анамнезе ($p<0,5$). Статистически определено, что у женщин с преждевременными родами ИЦН в анамнезе встречалась в 4 раза чаще по сравнению с женщинами, чья беременность разрешилась родами в срок ($p<0,05$).

Установлено, что наиболее частым осложнением беременности у женщин с преждевременными родами являлась ИЦН по сравнению с женщинами, родившими в срок ($41,9 \pm 10,1\%$ и 0% ; $p=0,002$). При этом хирургическая коррекция ИЦН проводилась в половине случаев, преимущественно акушерским пессарием ($12,9\%$), серкляж использовался лишь в $6,4\%$ случаев. Сравнение ПР и очень ранних ПР статистически значимых различий не дало. ИЦН – встречалась с одинаковой частотой. Такие неуправляемые причины ПР, как ОНРП и преэклампсия, составляют практически 25% осложнений.

Цервикометрия в динамике показала, что укорочение шейки матки максимально в сроке 24–26 недель, при этом при очень ранних преждевременных родах критическое укорочение шейки матки регистрируется поздно, поэтому цервикометрия должна в группах риска проводиться еженедельно, а не с 3–4 недельным интервалом.

Перинатальная смертность в основной группе составила $178,6\text{‰}$, из них мертворожденных 33%, ранняя неонатальная смертность составила $68,97\text{‰}$. Сравнивая очень ранние преждевременные роды и преждевременные роды в срок 31–33 недели, с достоверно значимой частотой было выявлено, что показатели перинатальной смертности тем выше, чем меньше масса новорожденного соответственно (400‰ $861,9 \pm 266,5$ г и $5,6\text{‰}$ $2144,5 \pm 574,1$ г). Следовательно, прогноз для новорожденных с массой тела при рождении менее 1500 г самый неблагоприятный по перинатальным исходам ($p<0,05$). Оценка по шкале Апгар на первой минуте в основной группе составила $4,2 \pm 2,5$, в контрольной группе $7,2 \pm 0,7$. Оценка по шкале Апгар на 5 минуте в основной группе – $5,2 \pm 2,6$, в контрольной группе – $7,9 \pm 0,5$. Оценка новорожденных в срок до 28 недель беременности по шкале Апгар на 1 минуте составила $2,7 \pm 2,1$, в срок 31–33 недели – $5,1 \pm 2,3$. На 5 минуте $3,7 \pm 2,5$ и $6,2 \pm 2,3$ соответственно.

Заключение

Достоверными факторами риска следует считать: возраст выше 30 лет, курение, ИЦН в анамнезе и во время беременности, неразвивающуюся беременность и аборт, артериальную гипертензию.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы:

1. *Акушерство. Национальное руководство* / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой; Российское общество акушеров-гинекологов, Ассоциация

медицинских обществ по качеству. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

2. Аккер Л.В., Варшавский Б.Я., Ельчанинова С.А., Нагайцев В.М., Чекрий О.В., Кореньяк Н.А. Показатели оксидантного и антиоксидантного статуса у беременных с гестозом. *Акушерство и гинекология*. 2000; 4: 17-19.

3. *Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология* / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

4. Айламазян Э.К., Кузьминых Т.У. Дискуссионные вопросы преждевременных родов. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2013; Т. 62, № 4: 97-105.