
ИСХОДЫ СВЕРХРАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

А.С. Гондаренко, Т.В. Галина, Н.М. Маркарян,
А. Обуканг, А.А. Оразмурадов

Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

В статье приведена оценка перинатальных и материнских исходов сверхранных преждевременных родов (ПР), выполненная на основе ретроспективного анализа 74 историй родов.

Ключевые слова: очень ранние преждевременные роды, дети с экстремально низкой массой тела, перинатальные исходы

ПР — ведущая социальная и медицинская проблема современного акушерства, перинатологии и педиатрии [6—9].

В зависимости от региона России частота ПР до 2012 г. колебалась от 3,7 до 3,9% от общего числа родов [10]. Тенденции к снижению не наблюдалось. Приказ Минздравсоцразвития России № 1687н от 21.12.2011, утвердивший новые критерии рождения и учета новорожденных с 22 недель гестации, резко изменил данную статистику. Средняя цифра по России в 2013 г. — 4,4% [5].

Согласно классификации ВОЗ роды, произошедшие в сроке 22 недели — 27 недель + 6 дней, относят к очень ранним ПР с массой тела новорожденных, не превышающей 1000 грамм. Новорожденные с экстремально низкой массой тела составляют группу риска развития параличей, тяжелых неврологических расстройств, слепоты, глухоты, инфекционных болезней, дисфункциональных нарушений со стороны дыхательной, пищеварительной и мочеполовой систем [5; 7].

Цель исследования — оценить исходы очень ранних преждевременных родов.

Материалы и методы — проведен ретроспективный анализ 74 историй преждевременных родов в сроке 22 недели — 27 недель + 6 дней, произошедших в 2012—2013 гг. на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии РУДН в родильном отделении ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана. Критериями включения являлись одноплодная беременность и срок гестации 22—27 недель + 6 дней. Критериями исключения были наличие задержки роста плода (ЗРП) 3 степени и врожденных пороков развития плода, тяжелые экстрагенитальные заболевания матери, преэклампсия, эклампсия.

Все пациентки с ПР были поделены на 2 группы. В 1 группу были включены пациентки, родившие в сроке 22—25 недель + 6 дней (35 обследованных), во 2 группу — пациентки, родившие в сроке 26—27 недель + 6 дней (39 обследованных).

Средний возраст беременных в обеих группах статистически не различался и составил $29,5 \pm 1,3$ года для 1 группы и $30,7 \pm 1,1$ года для 2 группы. В 1 группе первобеременные составили треть обследованных (34,8%), половина из них была первородящими (52,2%). Во 2 группе первобеременных было в 2 раза меньше,

а первородящих в 1,2 раза меньше, чем в 1 группе (19,2% и 42,3% соответственно). Схожие данные были получены и другими исследователями, согласно которым в группу риска ПР входят первородящие и первобеременные любой возрастной категории [3—5; 11].

Среди беременных, родивших в сроке 22—25 недель + 6 дней, экстрагенитальные заболевания были выявлены достоверно чаще (78,6%) по сравнению с беременными, родившими после 26 недель (41,7%). При этом в структуре экстрагенитальных заболеваний в 1 группе преобладали инфекционные заболевания мочевыводящих путей — пиелонефрит, цистит (64%), во 2 группе — ожирение (ИМТ > 30 кг/м²), которое диагностировано почти у каждой четвертой (24%).

Недонашиванием и невынашиванием в анамнезе страдали почти четверть беременных 1 группы и треть беременных 2 группы, при этом ПР в анамнезе в 4,3 раза чаще встречались у обследуемых второй группы по сравнению с первой группой (11,5% во 2 группе против 2,7% в 1 группе). По данным американских ученых, ПР в анамнезе являются одним из главных предикторов ПР в данную беременность [1].

В обеих группах не найдено статистических отличий при оценке частоты и структуры осложнений гестации. Среди осложнений преобладали угроза прерывания беременности и острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей (50% и 33% соответственно).

При оценке лабораторных показателей клинического анализа крови, взятого при поступлении в стационар, было выявлено, что у пациенток 1 группы лейкоцитоз (> 12 · 10⁹/л) встречался в 1,5 раза чаще по сравнению с пациентками 2 группы.

Бактериальный и кандидозный вагинит при микроскопическом и бактериологическом исследовании отделяемого влагалища были выявлены у половины беременных из 1 группы и у трети беременных из 2 группы. Среди возбудителей преобладали штаммы *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus haemolyticus*, *Streptococcus agalactiae*, *Candida spp.* в колонизации более 1 · 10⁴ КОЕ/мл.

При ультразвуковой цервикометрии в обеих группах не было обнаружено достоверных различий. Средняя длина шейки матки составила 23,6 ± 2,7 мм для 1 группы, 23,3 ± 3,0 мм — для 2 группы. При этом минимальные и максимальные значения длины шейки матки были одинаковы для обеих групп — 2 мм и 40 мм. Состояние внутреннего зева также статистически не отличалось в обеих группах. Средняя величина диастаза внутреннего зева при цервикометрии составила для 1 и 2 групп 5,5 ± 1,5 мм и 6,6 ± 1,7 мм соответственно.

Среди беременных, поступивших в стационар и родивших впоследствии в 22—27 недель + 6 дней, антенатальная гибель плода на догоспитальном этапе была диагностирована у 39% обследованных в 1 группе и у 31% 2 группы. У данной категории беременных роды были индуцированными.

Все беременные, поступавшие в стационар с угрозой ПР, получали токолитическую терапию. С целью оценки эффективности проводимой токолитической терапии просчитывался промежуток между поступлением в стационар и началом родовой деятельности. В 1 группе в качестве токолитика в преобладающем боль-

шинстве случаев использовали раствор сернокислой магнезии (73%), с его помощью удалось пролонгировать беременность в среднем на 190 часов. В 1 группе β_2 -адреномиметики использовались у 27% беременных, что позволило отсрочить роды на 52 часа. Во 2 группе более широко применялся раствор гексопреналина сульфат (51%), который позволил пролонгировать беременность на 92 часа, а раствор сернокислой магнезии — на 35 часов.

В обеих группах в половине случаев беременность осложнилась родовым излитием околоплодных вод (48% и 50%).

В среднем длительность безводного промежутка при родовом излитии околоплодных вод составила 125 часов и 189 часов для 1 и 2 групп соответственно.

Всем беременным с родовым излитием околоплодных вод назначался один курс антибиотикопрофилактики (антибиотиками широкого спектра действия) с последующей сменой антибиотика с учетом чувствительности. Несмотря на проводимую антибиотикопрофилактику, у 17% беременных из 1 группы и у 23% беременных из 2 группы зарегистрирована температурная реакция (более 37,5 °С). Диагноз хориоамнионит при беременности и в родах был выставлен у 15% беременных в обеих группах.

В 1 группе все роды были проведены через естественные родовые пути независимо от вида предлежания.

Во 2 группе абдоминальное родоразрешение было выполнено 12,8% обследованным. Показаниями для операции кесарево сечение являлись преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и кровотечение при предлежании плаценты. При сроке беременности 22—25 недель + 6 дней почти в половине случаев (47%) были проведены роды в тазовом предлежании, во 2 группе такие роды составили 38%.

В нашем исследовании обезболивание родов с помощью эпидуральной или пудендальной анестезии проводилось лишь в четверти родов 1 и 2 группы (26% и 22%). Проведение анестезии в родах позволило почти в 1,5 раза увеличить продолжительность родов. В 1 группе средняя продолжительность родов с анестезией составила 7,8 часа, без анестезии — 5,5 ч, во 2 группе соответствующие показатели составили 6,6 часа при обезболивании и 5 часов без обезбоживания. Данные нашего исследования еще раз подтверждают необходимость обезбоживания ПР в качестве профилактики быстрых и стремительных родов, являясь одним из современных принципов перинатальной помощи, позволяющим снижать травматизм плода [2; 7].

Средний вес новорожденных в 1 группе составил 693 ± 27 гр., во 2-й — 885 ± 36 гр. Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте была выше у пациенток из 2 группы и составила 3,1/4,3 балла против 1,4/2,6 балла для 1 группы. Однако несмотря на это всем детям при рождении потребовалось проведение искусственной вентиляции легких и эндотрахеальное введение препаратов сурфактанта.

При оценке перинатальных исходов было выявлено, что интранатальная гибель плода в 8 раз чаще происходила в родах в сроке до 26 недель (30,4% в 1 груп-

пе и 3,8% — во 2 группе). На 2 этап выхаживания от матерей 2 группы было переведено 41% новорожденных. Все дети после абдоминального родоразрешения (5 новорожденных) были также успешно переведены на 2 этап выхаживания.

Показатели ранней неонатальной смертности были одинаковы для обеих групп, а поздняя неонатальная смертность в 3,5 раза чаще наблюдалась в 1 группе. Все новорожденные, родившиеся в сроке до 26 недель (1 группа), погибли в раннем и позднем неонатальном периоде, при этом максимальная продолжительность жизни составила 27 суток.

При анализе заболеваемости живорожденных выявлено, что внутрижелудочковые кровоизлияния 1—3 степени по результатам нейросонографии были обнаружены у 67% детей из 1 группы и у 47% детей из 2 группы. Почти $\frac{2}{3}$ новорожденных 1 группы пережили асфиксию в родах и были внутриутробно инфицированы. Во 2 группе асфиксия новорожденных наблюдалась в 9 раз реже, а показатели внутриутробного инфицирования сопоставимы с 1 группой.

По результатам вскрытий причиной гибели плодов в антенатальном и интранатальном периоде в 82% случаев явилась асфиксия в сочетании с гипоплазией плаценты. При гистологическом исследовании последа гнойный хориоамнионит выявили в 43% в 1 группе и в 54,2% во 2 группе.

Таким образом, проведенный анализ показал, что преобладание инфекционных заболеваний в соматическом и гинекологическом анамнезе, частое выявление бактериального и кандидозного вагинита при бактериальном посеве отделяемого цервикального канала, гнойного хориоамнионита при гистологическом исследовании последа могут свидетельствовать о преобладании инфекционной причины недонашивания в сроке 22—28 недель беременности.

Адекватное обезболивание родов путем эпидуральной или пудендальной анальгезии позволяет в 1,5 раза увеличить продолжительность родов и тем самым уменьшить травматизм новорожденных.

Показатели выживаемости детей с экстремально низкой массой тела увеличивались в сроке беременности 26—27 недель + 6 дней (42,3% новорожденных переведено на 2 этап выхаживания). При этом абдоминальный способ родоразрешения во 2 группе обеспечил 100% выживаемость новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- [1] Davey M.A. et al. Risk scoring systems for predicting preterm birth with the aim of reducing associated adverse outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011. Issue 11.
- [2] Guideline of Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation. Preterm birth. 2011.
- [3] Hammond G., Langridge A., Leonard H. et al. Changes in risk factors for preterm birth in Western Australia 1984—2006. *BJOG*. 2013. Vol. 120. Iss. 9. P. 1051—1060.
- [4] Lukaev A.A., Pastarnak A.Y., Bolibok N.V. et al. Delivery of premature. *Modern problems of science and education*. 2014. No. 2.
- [5] Obstetrics: National guide. 2nd edition revised and enlarged. Ed. by G.M. Savelieva, G.T. Sukhikh, V.N. Serov, V.E. Radzinsky. M.: GEOTAR-Media, 2015.
- [6] Orazmuradov A.A., Lukaev A.A., Yanin V.A. et al. Outcomes of Premature Birth in Women Having High Factors for Perinatal Risks. *International Journal of BioMedicine*. 2014. Vol. 4. Iss. 1. P. 32—35.

- [7] Radzinsky V.E. Obstetric aggression. *Status Praesens*. 2011.
- [8] Radzinsky V.E. Manual of out patient care in obstetrics and gynecology. 2 edition revised and enlarged. M.: GEOTAR-Media, 2014.
- [9] Reproductive health: stud. posob. Ed. V.E. Radzinsky. M.: RUDN, 2011.
- [10] Shirokova V.I. Main indexes of health of mother and child, obstetrics and childcare service activities in Russian Federation. CNIIOIZ. 2011.
- [11] Tucker Edmonds B. et al. Predictors of cesarean delivery for periviable neonates. *Obstetrics and Gynecology*. 2011. Vol. 118. Iss. 1. P. 49—56.

THE OUTCOMES OF EXTREMELY EARLY PRETERM BIRTHS

**A.S. Gondarenko, T.V. Galina, N.M. Markaryan,
A. Obukang, A.A. Orazmyradov**

Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklay str., 6, Moscow, Russia, 117198

The paper presents the assessment of neonatal and maternal outcomes of extremely early preterm births based on retrospective analyses of 74 cases.

Key words: extremely early preterm birth, extremely low fetal birth weight, neonatal outcomes