

# ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

## ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ — МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

**В. Гаче<sup>1</sup>, А.С. Оленев<sup>1</sup>,  
Д.И. Крючкова<sup>2</sup>, В.М. Шуравин<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Российский университет дружбы народов  
*ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198*

<sup>2</sup>ГБУЗ ГКБ № 24, филиал Перинатальный Центр  
*Университетский проспект, 4, Москва, Россия, 119333*

Преждевременные роды (ПР) являются одним из самых важных вопросов проблемы охраны здоровья матери и ребенка, так как определяют уровень перинатальной заболеваемости и смертности, состояние здоровья детей. Несмотря на многообразие токолитической терапии, при ее использовании наблюдается полипрагмазия. Предотвратить или купировать ПР не так просто, а если такое и возможно, то продлить беременность удастся только на 2—7 дней, и очень редко до календарного срока.

**Ключевые слова:** преждевременные роды, токолитическая терапия, недоношенный ребенок, инвалидность, перинатальная заболеваемость

Вопросы охраны здоровья матери и ребенка рассматриваются как важная составная часть здравоохранения, имеющая первостепенное значение для формирования здорового поколения людей с самого раннего периода их жизни. ПР являются одним из самых важных вопросов этой проблемы, так как определяют уровень перинатальной заболеваемости (ПЗ) и перинатальной смертности (ПС), состояние здоровья детей [20; 24]. 50% из числа выхоженных детей страдают тяжелыми неврологическими заболеваниями, в том числе детскими церебральными параличами (ДЦП), тяжелыми нарушениями зрения и слуха, тяжелыми хроническими заболеваниями дыхательной системы и др.

С 27.12.2011 в России начал действовать приказ Минздравсоцразвития России № 1687 от 27.12.2011 «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи». По данному приказу ПР начали исчислять с 22 нед. гестации [24; 26]. Несмотря на это число ПР значительно не изменилось и составило за первое полугодие 2012 г. в Москве — 6,6%. Данный факт может свидетельствовать об относительно небольшом количестве родов, приходящихся

на срок гестации 22—27 нед. Однако ПС в Москве повысилась с 4,95% в 2011 г. до 10,4% в первой половине 2012 г. Двукратное повышение данного показателя связано с низкой выживаемостью глубоко недоношенных детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

По данным ВОЗ, 15 миллионов детей ежегодно рождаются слишком рано. Это более чем каждый десятый ребенок. Более одного миллиона детей ежегодно умирают из-за осложнений, связанных с ПР [2; 25]. Многие выжившие дети страдают от пожизненной инвалидности.

Почти во всех странах с надежными данными показатели ПР возрастают. В глобальных масштабах преждевременное появление на свет является основной причиной смерти новорожденных, и в настоящее время второй после пневмонии причиной смерти детей в возрасте до пяти лет [3].

С тех пор как были введены новые критерии живорождения, внутри проблемы недонашивания обособилась проблема ранних и сверххранних ПР. В мире наблюдаются огромные неравенства в показателях выживаемости [2; 23]. Во многих странах с низким уровнем дохода половина детей, рожденных до 28 недель беременности, умирает из-за отсутствия практически осуществимых, эффективных по стоимости мер вмешательства, таких как обеспечение тепла, поддержка грудного вскармливания и основные виды медицинской помощи в случае инфекций и нарушений дыхания [21]. В странах с высоким уровнем дохода почти все такие дети выживают.

Неонатальная смертность при ПР составляет около 10%, или 500 000 смертей в год, а заболеваемость — 100%, отражающаяся в ишемически-геморрагических поражениях центральной нервной системы (ЦНС) (25% среди всех недоношенных), ретинопатиях, респираторном дистресс-синдроме (РДС) (15—60%), нарушенном обмене веществ, анемиях, некротизирующих энтероколитах, ДЦП, достигая при этом 46% инвалидизации различной степени тяжести, особенно среди глубоконедоношенных [4; 13; 16; 20].

По данным отраслевой статистики, процент нормальных родов продолжает оставаться относительно низким, и в 2014 г. составлял около 36%, показатель осложненных родов по отдельным территориям достигал 86%. Анализ заболеваемости новорожденных за 10-летний период выявил увеличение числа родившихся больными и заболевших детей с 29 до 38% в 2014 г. [5; 28]. На прежнем уровне остается частота невынашивания беременности (11%), в структуре которой наметилась тенденция к увеличению доли ПР (4,8%). На недоношенных новорожденных приходится 77% ПС [4; 12; 14]. В 2012 г. итоговая доля сверххранних ПР составляла 0,52%.

Частота ПР не только не снижается, но имеет тенденцию к увеличению по всему миру [24]. Она колеблется от 4% в странах Центральной и Восточной Азии, 6,2—9,1% в странах Европы, Австралии, Южной и Центральной Америки, до 10,6—12,2% в странах Африки и Северной Америки. Увеличение частоты ПР обусловлено социально-экономическими проблемами в развивающихся странах, а в развитых странах внедрению вспомогательных репродуктивных технологий, увеличению возраста первородящих и др. Современные дорогостоящие техноло-

гии позволяют выхаживать недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела [16].

У маловесных недоношенных новорожденных часто сразу же развиваются осложнения, и они почти всегда длительное время нуждаются в значительных ресурсах здравоохранения. Поэтому любое вмешательство, приводящее к предотвращению ПР, будет иметь огромное значение в странах с ограниченными ресурсами [7; 17].

ПР являются мультиэтиологической проблемой [6; 16; 20]. В связи с этим важно выделить факторы риска ПР и мероприятия, которые могут предотвратить появление этих факторов [13; 20]. Несмотря на многочисленные исследования во всех странах мира, имеется необходимость и дальнейших рандомизированных контролируемых испытаний в каждой популяции.

Основными причинами преждевременного прерывания беременности, по мнению отечественных и зарубежных авторов, являются социальные факторы, инфекционные, эндокринные и иммунные болезни, вспомогательные репродуктивные технологии с последующим формированием многоплодных беременностей, структурные изменения шейки матки, тромбофилии различного генеза [3; 13; 18; 24]. Лучшее понимание причин и механизмов будет способствовать разработке способов предотвращения ПР [2; 6].

Проблема ПР имеет и психосоциальный аспект, так как рождение недоношенного ребенка, его болезнь или смерть являются тяжелой психической травмой [9; 16]. Женщины, потерявшие детей, ощущают боязнь за исход последующей беременности, чувство собственной вины, что, в конечном итоге приводит к заметному уменьшению их жизненной активности, конфликтам в семье, а часто и к отказу от беременности. В этой связи проблема ПР имеет не только медицинское, но и большое социальное значение.

Небольшая доля женщин — 4—7% получают реабилитацию после неблагоприятных исходов беременности и/или прегравидарную подготовку [1; 20]. Формирование групп риска, лечение больных женщин, подготовка эндометрия у женщин с его дисфункцией — залог успешной беременности и рождения здорового ребенка, являющееся логическим завершением каждой наступившей беременности как основополагающего фактора современного акушерства [1; 17].

Для снижения показателей ПР женщинам, особенно подросткового возраста, необходима доступность служб планирования семьи, расширение их прав и возможностей, а также улучшенная помощь до и во время беременности, а также в промежутках между беременностями [2; 10; 25].

Одним из методов снижения частоты неонатальных осложнений при ПР является применение токологической терапии [8; 14; 26]. За прошедшие полвека врачи-акушеры перепробовали несколько десятков препаратов для купирования ПР и сохранения беременности во втором и третьем триместрах. Большинство лечебных средств не применяется из-за серьезных побочных эффектов и возможного вреда для плода [15; 18]. Трудно поверить, что для купирования ПР в прошлом столетии использовали алкоголь, но теперь это исторический факт.

Современная медицина насчитывает около шестидесяти серьезных клинических исследований, посвященных токолитической терапии, не говоря уже об огромном количестве (несколько сот) небольших исследований. Применение токолитиков — актуальная тема, так как многие годы врачи ищут «панацею», чтобы можно было получить желаемый результат с наименьшим негативным влиянием на мать и плод.

Несмотря на многообразие токолитической терапии, при ее использовании наблюдается полипрагмазия [7; 22]. Оказывается, что предотвратить или купировать ПР не так просто, а если такое и возможно, то продлить беременность удастся только на 2—7 дней, и очень редко до календарного срока. Антенатальный острый токолиз может отсрочить ПР на несколько дней. Это следует использовать для проведения полного курса профилактики РДС и/или госпитализации в специализированные учреждения для недоношенных детей [11; 19; 27].

В структуре причин ранней неонатальной смертности значительная доля принадлежит родовым травмам [23].

Проблема родового травматизма всегда находилась в центре внимания акушеров в связи с очевидной или кажущейся управляемостью этого осложнения. Причины родового травматизма при ПР связаны с неиспользованным резервом интранатальной охраны плода, в частности отсутствием интранатального токолиза в первом периоде родов («внутриутробная реанимация») [9; 11]. Следствием этого является высокая частота быстрых и стремительных родов (до 75%). Кроме того, низка частота эффективного обезболивания и недостаточное использование абдоминального родоразрешения в интересах плода.

Метод родоразрешения при ПР определяется: наличием заболеваний, требующих экстренного родоразрешения; сроками гестации и предполагаемой массой плода; наличием или отсутствием околоплодных вод; признаками острой гипоксии у плода; хориоамнионитом при отсутствии условий для родоразрешения через естественные родовые пути; зрелостью шейки матки при развитии родовой деятельности; характером течения родовой деятельности [16; 24]. При этом до 34 нед. безусловными показаниями к кесареву сечению при спонтанных ПР являются: тазовое предлежание; наличие родовой деятельности при ПИОВ и незрелой шейке матки; аномалиях родовой деятельности.

Летальность недоношенных новорожденных до 32 нед гестации при кесаревом сечении была в 2—3 раза ниже, чем при родах через естественные родовые пути. Это позволяет утверждать, что кесарево сечение является более щадящим методом родоразрешения для недоношенного плода [24; 25].

Одним из наиболее спорных вопросов является способ родоразрешения до 28 нед гестации. С одной стороны выживаемость таких детей низка ( $\approx 13\%$ ), с другой — кесарево сечение является более щадящим методом родоразрешения для недоношенных новорожденных [14; 25]. Наиболее важным параметром оценки эффективности оказания акушерской помощи является оценка отдаленных исходов развития детей.

Перинатальные осложнения возводят проблему ПР в ранг первостепенных и требуют расширения исследований, касающихся этиологии, диагностики, профилактики, лечения и родоразрешения.

**ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES**

- [1] Bashmakova N.V. Very early premature births, new results. Ed. V.E. Radzinsky. Mediabyuro StatusPraesens, 2014. P. 13—19.
- [2] Blencowe H., Cousens S., Oestergaard M. et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012. Vol. 379. Iss. 9832. P. 2162—2172.
- [3] Blencowe H., Cousens S., Oestergaard M. et al. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. *Lancet*. 2012. Vol. 9. Iss. 379. P. 2162—2172.
- [4] Demographic Yearbook. Stat. Sat. Rosstat, 2014.
- [5] Drandrov G.L., Denisova T.G. Modern aspects of control process antenatal prophylaxis. *Public health and health care*. 2012. No. 1. P. 26—29.
- [6] Driul L., Londero A.P., Adorati-Menegato A. et al. Therapy side-effects and predictive factors for preterm delivery in patients undergoing tocolysis with atosiban or ritodrine for threatened preterm labour. *J. Obstet. Gynaecol.* 2014. Vol. 34. Iss. 8. P. 684—689.
- [7] Flenady V., Reinebrant H.E., Liley H.G. et al. Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014. No. 6.
- [8] Frolova O.G., Shuvalova M.P., Grebennik T.K. et al. Perinatal mortality in the Russian Federation. Possible ways to reduce it. *Obstetrics and gynecology*. 2012. Vol. 6. P. 47—51.
- [9] Haram K., Mortensen J.H., Morrison J.C. Tocolysis for acute preterm labor: does anything work. *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* 2014. P. 1—8.
- [10] Kapitonov V.F., Kovalenko E., Kan V.V. The reproductive potential of the pregnant women and the potential loss of human capital. *In the world of scientific discoveries*. 2011. Vol. 7. Iss. 2. P. 940—949.
- [11] Lee H.C., Lyndon A., Blumenfeld Y.J. et al. Antenatal steroid administration for premature infants in California. *Obstet. Gynecol.* 2011. Vol. 117. Iss. 3. P. 603—609.
- [12] Lorelei L., Thornburg. Antepartum Obstetrical Complications Associated with Obesity. *Seminars in Perinatology*. 2011. Vol. 35. Iss. 6. P. 317.
- [13] Lukaev A.A., Pastarnak A.Y., Bolibok N.V. et al. Delivery of premature. *Modern problems of science and education*. 2014. No. 2.
- [14] Menon R. Preterm birth: a global burden on maternal and child health. *Pathog. Glob. Health*. 2012. Vol. 106. Iss. 3. P. 139—140.
- [15] Nour N.M. Premature delivery and the millennium development goal. *Rev. Obstet. Gynecol.* 2012. Vol. 5. Iss. 2. P. 100—105.
- [16] Obstetrics: National guide. 2nd edition revised and enlarged. Ed. by G.M. Savelieva, G.T. Sukhikh, V.N. Serov, V.E. Radzinsky. GEOTAR-Media. 2015.
- [17] 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.
- [18] Perrone G., Anceschi M.M., Capri O. et al. Maternal C-reactive protein at hospital admission is a simple predictor of funisitis in preterm premature rupture of membranes. *Gynecol. Obstet. Invest.* 2012. Vol. 74. Iss. 2. P. 95—99.
- [19] Radzinsky V.E. Reproductive health. Tutorial. Ed. V.E. Radzinsky. People's Friendship University, 2011. P. 727.
- [20] Radzinsky V.E. Obstetric aggression. Mediabyuro Status Presence, 2011. P. 688.
- [21] Repina M.A. Obstetric Technologies of XXI Century and maternal mortality in St. Petersburg. *Journal of Northwestern State Medical University. II Mechnikov*. 2010. Vol. 2. Iss. 2. P. 49—59.
- [22] Salim R., Garmi G., Nachum Z. et al. Nifedipine compared with atosiban for treating preterm labor: a randomized controlled trial. *Obstet. Gynecol.* 2012. Vol. 120. Iss. 6. P. 1323—1331.

- [23] Savelyeva G.M., Kurtser M.A., Karaganov E.Y. et al. Management of physiological and complicated labor. *Obstetrics and gynecology*. 2011. No. 3. P. 4—10.
- [24] Savelyeva G.M., Shalina R.I., Kurtser M.A. et al. Premature birth is the most important problem of modern obstetrics. *Obstetrics and gynecology*. 2012. Vol. 8. Iss. 2. P. 4—10.
- [25] Savelyeva G.M., Shalina R.I., Spiridonov D.S. et al. Risk of premature birth. *Diagnosis and treatment. Doktor.Ru*. 2014. Vol. 12. Iss. 100. P. 30—33.
- [26] Serov V.N., Tyutyunnik V.L. Clinical management of threatening preterm labor. *Reproductive Endocrinology*. 2012. No. 5. P. 22—24.
- [27] Tocolysis for women in preterm labour. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Green-top guideline no. 1b*. 2011. P. 13.
- [28] Vartapetova N.V., Trushkov A.G., Alekseev V.B. The frequency of detectable disease and pregnancy outcomes of women in Perm. *Social aspects of health*. 2011. Vol. 17. Iss. 1. P. 8.

## **PRETERM LABOUR — A MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM**

**V. Gache<sup>1</sup>, A.S. Olenev<sup>1</sup>,  
D.I. Kriuchkova<sup>2</sup>, V.M. Shuravin<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Peoples' Friendship University of Russia  
*Miklukho-Maklay str., 6, Moscow, Russia, 117198*

<sup>2</sup>Perinatal Center of Moscow Clinical Hospital № 24  
*Universitetskiy Prospekt, 4, Moscow, Russia, 119333*

Preterm labour is one of the most important issues of protection of maternal and child health, since it determines the level of perinatal morbidity and mortality. Despite the variety of tocolytic therapy, during its using polypragmasy is observed. To prevent or to stop preterm labor is not easy, and perhaps it is possible to prolong the pregnancy for only 2—7 days, and rarely to the calendar date. One of the most controversial issues is the method of delivery before 28 weeks of gestation. On the one hand the survival of these children is low ( $\approx 13\%$ ), on another — cesarean section is more sparing method of delivery for preterm infants. The most important parameter for evaluating the effectiveness of the obstetric care is evaluating of the long-term outcomes of the development of children.

**Key words:** preterm labour, tocolytic therapy, premature baby, disability, perinatal morbidity