

УДК 618.56 – 007.281

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

© **Нечунаева Александра Николаевна**

ассистент

Бурятский государственный университет
Россия, 670002, Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а

E-mail: alexandra907@mail.ru

© **Ботоева Елена Аполлоновна**

кандидат медицинских наук, доцент

Бурятский государственный университет
Россия, 670002, Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а

E-mail: elenabotoeva@list.ru

© **Батарова Виктория Эдуардовна**

студентка 5-го курса

Бурятский государственный университет
Россия, 670002, Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36 а

© **Сунграпова Эржена Даба-Самбуевна**

студентка 5-го курса

Бурятский государственный университет
Россия, 670002, Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36 а

© **Шагжина Зинаида Батожабовна**

студентка 5-го курса

Бурятский государственный университет
Россия, 670002, Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36 а

Одним из основных вопросов в акушерстве остаются преждевременные роды. Несмотря на значимые достижения в лечении угрозы, эта проблема по сей день остается актуальной. В данной статье рассматривается проблема преждевременных родов, так как дети рождаются незрелыми и, следовательно, дают высокий процент детской заболеваемости и детской смертности. На основании анализа преждевременных родов Городского перинатального центра г. Улан-Удэ за 2017 г. были выделены основные причины развития преждевременных родов. Особое внимание уделено трем причинам как самым частым, приводящим к преждевременным родам: ПИОВ, рубец на матке, ИЦН. В статье раскрыты и представлены возможная тактика и алгоритм ведения беременности, диагностика и профилактика. После анализа данных был рассмотрен исход преждевременных родов и вывод результатов.

Ключевые слова: преждевременные роды, факторы риска, основные причины, тактика и алгоритм ведения беременности, диагностика и профилактика.

Введение

В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по срокам гестации преждевременные роды — это роды, наступившие при сроке беременности от 22 до 36 недель +6 дней (154–258 дней) при весе плода 500 г и более. Преждевременные роды (ПР) являются значительной мировой проблемой акушерства и неонатологии. По оценкам ВОЗ, ежегодно до 15 млн детей рождаются преждевременно, а 1 млн умирает из-за осложнений.

Целью исследования нашей работы является анализ преждевременных родов Городского перинатального центра (ГПЦ) г. Улан-Удэ, выявление основных причин ПР и их профилактика.

Материал и методы исследования

Проведен анализ преждевременных родов Городского перинатального центра г. Улан-Удэ. По статистическим данным, за 2017 г. в ГПЦ г. Улан-Удэ из общего числа всего родов (6 884) 407 были преждевременными, что составляет 6%. Выявление основных причин ПР и их профилактика являются основной задачей и играют важную роль.

За 2017 год были выявлены основные причины больных Городского перинатального центра г. Улан-Удэ:

- ПИОВ (преждевременное излитие околоплодных вод) — 60% (244 чел.)
- рубец на матке — 15% (61 чел.)
- ИЦН — 8% (32 чел.)

Первая и основная причина — это ПИОВ, которое при недоношенной беременности осложняет течение беременности в 2–3% случаев и связано с 40% преждевременных родов. Это является причиной неонатальной заболеваемости и смертности. Причинами, вызвавшими ПИОВ, в 62% случаев являются инфекции, другие причины составляют 38%. У 82% рожениц с ПИОВ роды были на позднем сроке гестации, у 17% — преждевременные роды и у 1% — ранние роды.

Для беременных женщин, у которых было обнаружено ПИОВ, важна выжидательная тактика, заключающаяся в осмотре шейки матки в зеркалах; посеве на флору и чувствительность к антибиотикам; проведении профилактики синдрома дыхательных расстройств дексаметазоном; контроле температуры каждые 4 часа, частоты сердцебиения плода, выделений из половых путей, сокращения матки не реже двух раз в сутки; общем анализе крови при поступлении и в дальнейшем не реже 1 раза в 2–3 дня; ультразвуковом исследовании 1 раз в 7 дней с определением индекса амниотической жидкости и доплерометрией кровотока в маточных артериях и артерии пуповины; нестрессовом тесте не реже 1 раза в сутки. При наличии маточных сокращений частотой более 3–4 раз за 10 минут проводится токолиз, влагалищное исследование не проводится при развитии родовой деятельности не менее чем через 48–72 часа после первой инъекции дексаметазона и токолиз не проводится.

Во время беременности необходима постановка беременной на учет в женскую консультацию (до 12 недель беременности); регулярное посещение акушера-гинеколога (1 раз в месяц 1-м триместре, 1 раз в 2–3 недели во 2-м триместре, 1 раз в 7–10 дней в 3-м триместре), соблюдение беременной женщиной диеты с достаточным содержанием белков, отказ от вредных привычек (курение, употребление алкоголя). А также рекомендуется своевременно готовить организм к беременности, а именно выявлять и лечить хронические и гинекологические заболевания до наступления беременности и планирование беременности.

Существует диагностика для своевременного выявления ПИОВ:

- ✓ проба кашлевого толчка
- ✓ экспресс-тест на околоплодные воды (определение плацентарного альфамикроальбумина-1, ПАМНГ-1)
- ✓ микроскопическое исследование
- ✓ ультразвуковая оценка объема околоплодных вод с подсчетом индекса амниотической жидкости

✓ мониторинг состояния беременных, включая оценку их соматического статуса, характер влагалищных выделений, параметры гемодинамики, круглосуточную термометрию через каждые 3 часа.

Следующая выявленная причина — это несостоятельный рубец на матке. Было изучено 407 родов, из них 61 с рубцом на матке. В ходе анализа этой причины обнаружено, что показаниями к предыдущему КС послужили: тазовое предлежание плода, аномалии родовой деятельности, острая гипоксия плода, ПОНРП и прогрессирование гестоза. Среди женщин с повторными КС оказались пациентки с высоким ИМТ, наличием экстрагенитальных патологий, потерями беременности в анамнезе, высокой частотой осложнений беременности и родов. Важен алгоритм ведения беременных с несостоятельным рубцом на матке: тщательный сбор анамнеза, включая получение сведений о прошлом кесаревом сечении, самопроизвольных родов, о количестве беременностей между операцией и настоящей беременностью, их результат (аборт, выкидыш, неразвивающаяся беременность), течение настоящей беременности; инструментальные исследования; УЗИ плода на 28-й неделе, оценка локализации плаценты, состояния рубца 1 раз в неделю; контроль лабораторных показателей; КТГ-мониторинг, контроль состояния роженицы, динамическая оценка состояния рубца; лабораторные исследования (ОАК, ОАМ, БХАК, белок альбумин).

Исследования гормонального статуса фетоплацентарного комплекса (ФПК) проводят на сроке 20–22 недели беременности и его целью служит диагностика пороков развития плода. Также немаловажна диагностика состояния рубца на матке вне беременности. После операции кесарева сечения все женщины с рубцом на матке должны быть взяты на диспансерный учет сразу после выписки из стационара. Основной целью наблюдения являются ранняя диагностика и лечение поздних осложнений. В комплексе мероприятий по подготовке к следующей беременности важную роль играет состояние рубца на матке:

- гистеографию производят на 7-й или 8-й день менструального цикла
- гистироскопию на 4-й или 5-й день менструального цикла
- УЗИ (патологические изменения в области рубца на матке).

Полученные результаты этих методов диагностики заносят в амбулаторную карту и учитывают при решении вопроса о возможности планирования последующей беременности. Учитывая осложнения, нужно следовать алгоритму ведения беременных, диагностировать состояние рубца и соблюдать профилактику этих осложнений: тщательное диспансерное наблюдение за беременной, своевременное выявление осложнений и их лечение в многопрофильных акушерских стационарах. Профилактика осложнений со стороны как матери, так плода основана на прегравидарной подготовке женщин с рубцом на матке.

Третьей причиной ПР является истмико-цервикальная недостаточность. Это безболезненная дилатация шейки матки при отсутствии маточных сокращений, приводящая к самопроизвольному прерыванию беременности. В структуре поздних выкидышей и преждевременных родов ИЦН занимает весомую часть. По данным различных источников, ИЦН распространена среди от 1 до 13% беременных. У женщин, имеющих в прошлом преждевременные роды, частота возрастает до 30–42%.

В ходе анализа было выявлено, что ИЦН развилась на сроке от 16 до 27 недель. Рекомендована возможная тактика ведения беременности при ИЦН, которой нужно строго придерживаться: клиника ИЦН, УЗИ-маркеры, по данным анамнеза

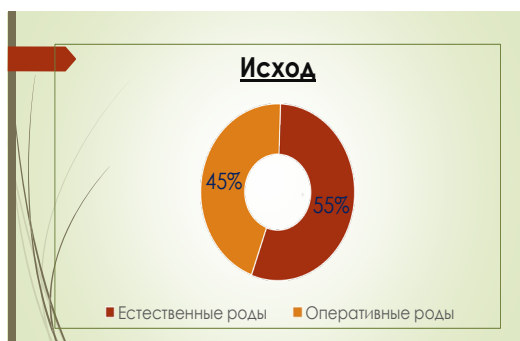
определяется балльная оценка ИЦН; на сроке 23–34 недели устанавливается акушерский пессарий; на сроке до 23 недель определяется тип ИЦН (органический или функциональный); при органической ИЦН показана хирургическая коррекция либо хирургическая коррекция совместно с наложением пессария (при выраженной степени ИЦН или многоплодной беременности); при функциональной ИЦН накладывается акушерский пессарий.

После коррекции ИЦН проводится:

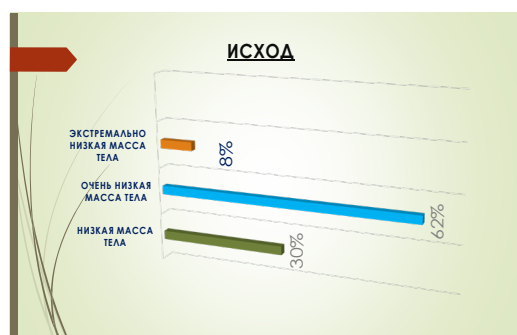
- ✓ бактериоскопическое исследование мазков (каждые 2–3 недели)
- ✓ УЗИ-контроль состояния шейки матки (каждые 2–3 недели)
- ✓ токолитическая терапия (по показаниям).

Кроме того, имеет важное значение планирование беременности (исключение нежелательной беременности, аборт); своевременная подготовка к беременности (выявление и лечение хронических и гинекологических заболеваний до наступления беременности). У беременных, находящихся в группе риска по возникновению истмико-цервикальной недостаточности, должно проводиться тщательное и регулярное наблюдение за состоянием шейки матки, включающее в себя ручное влагалищное исследование, осмотр шейки матки в зеркалах, ультразвуковую оценку состояния шейки матки (при необходимости).

Причины, которые вызывают преждевременные роды и досрочное родоразрешение, отражаются на состоянии ребенка. Результаты рождений с ПР: 55% — естественные и 45% — оперативные.



У 30% новорожденных наблюдается низкая масса тела, у 62% — очень низкая, у 8% — экстремально низкая масса тела.



По шкале АППГАР: 4–5 баллов — 12%; 5–6 баллов — 41%; 6–7 баллов — 32%; 7 баллов — 15%

Таким образом, преждевременные роды являются очень важной проблемой. Дети рождаются незрелыми и, следовательно, дают высокий процент детской заболеваемости и детской смертности.

Итак, подведем итоги. В ходе исследования за 2017 г. в ГАУЗ «ГПЦ г. Улан-Удэ» было выявлено 407 преждевременных родов. Из них 70% рожениц находились в поздних сроках гестации, 45% были с отягощенным акушерским анамнезом.

Также были обнаружены как основные, так и частые причины ПР:

- ✓ истмико-цервикальная недостаточность
- ✓ несостоятельный рубец на матке
- ✓ преждевременное излитие околоплодных вод.

С целью подготовки к следующей беременности рожениц с ПР в анамнезе нужно учитывать факторы риска: анамнестический; инфекционно-воспалительный; перерастяжение матки: тромбофлебические и метаболические нарушения. Также строгое соблюдение профилактических и лечебных мероприятий значительно снизит риск преждевременных родов.

Литература

1. Клинические рекомендации № 323 / Минздрав России (разработаны в соответствии со ст. 76 ФЗ от 21 ноября 2011 г.).
2. Открытые медицинские коммуникации. URL: <https://openmedcom.ru>
3. Акушерство: учебник. Изд. 9, перераб. и доп. / Э. К. Айламазян [и др.]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. [Электронный ресурс]. URL: [http://www.studmedlib.ru/book/ ISBN9785970433164.html](http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433164.html)
4. Акушерство: учебник / Г. М. Савельева [и др.] М.: Гэотар-Медиа, 2015 [Электронный ресурс]. URL: [http://www.studmedlib.ru/book/ ISBN9785970432952.htm](http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432952.htm)

PREMATURITY

Alexandra N. Nechunaeva

Assistant

Buryat State University

Russia, 670002, Ulan-Ude, Oktyabrskaya str., 36a

E-mail: alexandra907@mail.ru

Elena Ap. Botoeva

The candidate of medical Sciences, associate Professor

Buryat State University

Russia, 670002, Ulan-Ude, Oktyabrskaya str., 36a

E-mail: elenabotoeva@list.ru

Batarova Viktoria Eduardovna

Buryat State University

Russia, 670002, Ulan-Ude, Oktyabrskaya str., 36a

Student 5 course

Sunbragova D. Erzena

Buryat state University
Russia, 670002, Ulan-Ude, Oktyabrskaya str., 36a
Student 5 course

Shagina B. Zinaida

Buryat state University
Russia, 670002, Ulan-Ude, Oktyabrskaya str., 36a
Student 5 course

One of the main problems in obstetrics remains premature birth, despite significant achievements in the treatment of the threat, to this day remains relevant. This article deals with the problem of premature birth, since children are born immature and, therefore, give a high percentage of childhood morbidity and infant mortality. In the article premature birth of the Urban Perinatal Center of Ulan-Ude for 2017 was analyzed. Based on the analysis, the main causes of premature birth were identified. Particular attention is paid to three reasons, as the most frequent, leading to premature birth: I-PIOV, II-scar on the uterus, II-ICS. The article reveals and presents: the possible tactics and algorithm for the introduction of pregnancy, diagnosis and prevention. After the analysis of the data, the outcome of premature birth and outcome was considered.

Keywords: premature birth, risk factors, main causes, tactics and algorithm of pregnancy, diagnosis and prevention