

Н.М. МАМЕДАЛИЕВА, В.Д. КИМ, С.А. КЕЙДАРОВА
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова
Центр перинатологии и детской кардиохирургии г.Алматы

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПОЗДНИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

С целью изучения особенностей акушерских и перинатальных исходов при поздних преждевременных родах проведен ретроспективный анализ 211 случаев родов в сроке гестации от 34 недель до 37 недель за 6 месяцев 2014 года (с 1 июля по 31 декабря 2014 года) на базе ЦПиДКХ. При этом установлено, что наиболее значимыми факторами, повышающими риск преждевременных родов и определяющими их исход, были отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, высокая частота экстрагенитальной патологии, инфекционные процессы нижнего отдела репродуктивной системы женщины, а также наличие субкомпенсированной и декомпенсированной форм хронической плацентарной недостаточности.

Ключевые слова: поздние преждевременные роды, акушерские и перинатальные исходы, плацентарная недостаточность.

Актуальность. Частота преждевременных родов в мире колеблется в пределах 5-10% и, несмотря на повсеместное внедрение в медицинскую практику новейших перинатальных технологий, не имеет тенденции к снижению. Это обусловлено высокой частотой экстрагенитальной патологии среди беременных женщин, широким использованием вспомогательных репродуктивных технологий и ростом числа многоплодных беременностей. Кроме того, использование современного диагностического оборудования и разработка ранних прогностических критериев неблагоприятных исходов у плода обеспечивает возможность своевременного выявления плодов высокого перинатального риска (задержка роста плода, пороки и аномалии развития, внутриутробная асфиксия), что также нередко является причиной досрочного родоразрешения [1].

Преждевременные роды остаются нерешенной проблемой здравоохранения, поскольку они напрямую влияют на перинатальную заболеваемость и смертность. Так, 60-70% младенческих смертей – это ранняя смертность ввиду преждевременных родов. Выхаживание недоношенных детей сопряжено с высокими материальными затратами, так экспертами в области медицинской экономики подсчитано, что затраты на лечение и выхаживание недоношенного ребенка до 18 лет обходятся в 4-6 миллионов долларов. Но даже самое качественное лечение и выхаживание не всегда избавляют недоношенных детей от перспективы инвалидности (нарушение психомоторного развития, слепота, церебральные нарушения, глухота, хронические заболевания легких).

Деликатным вопросом является и психосоциальная составляющая вопроса, так как рождение неполноценного ребенка, его болезнь или смерть являются тяжелой психологической травмой для семьи [3].

Последствия преждевременных родов многообразны и зачастую выходят за рамки акушерской науки и практики, являя собой общемедицинскую и социально-материальную проблему.

Терминология и классификация. Преждевременные роды — это роды, наступившие в сроки беременности с 22 до 37 недель беременности, с массой новорожденного от 500 до 2500 г.

Общепринятой является классификация преждевременных родов в соответствии со сроком гестации:

- от 22 недель до 28 недель (27 недель 6 дней включительно) - сверхранние преждевременные роды, 5% всех преждевременных родов по данным литературы. При этом новорожденные являются глубоко недоношенными, имеют экстремально низкую массу тела (до 1000 г), выраженную незрелость легких. Показатели заболеваемости и смертности новорожденных крайне высокие.
- от 28 недель до 30 недель 6 дней - ранние преждевременные роды, около 15% всех преждевременных родов. Для новорожденных характерна очень низкая масса тела (до 1500 г), легкие плода незрелые, с помощью кортикостероидов удается добиться их ускоренного созревания. Исход родов для плода и постнатальный прогноз более благоприятны.
- от 31 недель до 33 недели 6 дней - преждевременные роды, около 20% всех преждевременных родов. У новорожденных имеет место недоношенность средней степени.
- от 34 недель до 36 недель 6 дней - поздние преждевременные роды, до 70% всех преждевременных родов. Легкие плода практически зрелые и не требуют введения средств для стимуляции созревания (сурфактанта). Инфекционная заболеваемость новорожденных, родившихся в 34-37 недель беременности, значительно ниже, чем родившихся в более ранние сроки. Пролонгирование беременности при этом сроке не оказывает существенного влияния на показатели смертности новорожденных.

Целью настоящего исследования явилось изучение акушерских и перинатальных исходов при поздних преждевременных родах.

Материалы и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 211 истории родов женщин и 240 карт развития их недоношенных новорожденных детей, родившихся в сроке гестации от 34 недель 0 дней до 36 недель 6 дней. Исследование проведено на базе Центра перинатологии и детской кардиохирургии (ЦПиДКХ) г. Алматы. Характер проведенной нами выборки был сплошным и включал все случаи поздних преждевременных родов за 6 месяцев 2014 года (с 1 июля по 31 декабря 2014 года).

Всего за указанный период в ЦПиДКХ прошло 3531 родов, из них преждевременных – 322 (9,1%).

В зависимости от срока гестации все преждевременные роды распределились следующим образом:

- от 22 недель 0 дней до 27 недель 6 дней включительно - сверхранние преждевременные роды – 18 случаев (5,6% всех преждевременных родов);
- от 28 недель 0 дней до 30 недель 6 дней - ранние преждевременные роды- 46 случаев (14,3% от общего числа)
- от 31 недели до 33 недели 6 дней - преждевременные роды- 47 случаев (14,6%);

- от 34 недель 0 дней до 36 недель 6 дней - поздние преждевременные роды – 211 случая (65,5%).

Результаты обследования и обсуждение.

Известно, что наиболее благоприятным для зачатия и рождения детей является возраст от 19 до 29 лет[1]. Как юный, так и поздний возраст матери ведет к ряду дополнительных факторов, влияющих на возникновение репродуктивных патологий и рождение нездорового потомства, что обусловлено возрастными особенностями эндокринной функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и сосудистым обеспечением гестационного процесса. Возраст обследованных нами пациенток колебался от 18 до 47 лет, средний возраст составил $28,74 \pm 3,7$ года. Число пациенток в возрасте 18–29 лет составило 124 (58,7%) человек, в возрасте 30 и более лет – 87 (41,3%). Известно, что «позднее материнство» является сегодня важной особенностью рождаемости и обусловлено объективными причинами: материально-экономическими, социальными, психологическими. В то же время это чрезвычайно важный фактор не только в социологическом и демографическом аспектах, но и в акушерской и перинатальной клинической практике, поскольку поздний возраст беременной женщины является самостоятельным фактором риска развития патологии как у матери, так и у плода.

Существенное влияние на репродуктивную функцию и здоровье детей оказывают паритет беременностей и родов у женщины, а также их исход. Изучение особенностей акушерского анамнеза у женщин обследуемой группы выявило следующие особенности: первую беременность имели 77 женщин (36,5%). Повторнобеременных первородящих пациенток было 30 (14,2%). Повторнородящих женщин было 105 (49,7%), из них 8 многорожавших (3,8%). Таким образом, более 63% пациенток имели повторную беременность. Акушерский анамнез был отягощен у подавляющего большинства женщин в исследуемой группе. Так, медицинский аборт в анамнезе был у 46 женщин (21,7%), из них 2 и более – у 17 пациенток (8,01%). Самопроизвольное прерывание беременности отмечалось у 31 (14,6%), из них повторные в 7,5% (16 женщин), неразвивающиеся беременности – у 47 пациенток (22,2%), причем 2 и более неразвивающихся беременностей в анамнезе имели 20 пациенток (9,4%). В 36 случаях (17,1%) имело место привычное невынашивание беременности. Таким образом, более половины женщин (59,4%) имели в анамнезе внутриматочное вмешательство: выскабливание полости матки по поводу или медицинского, или самопроизвольного аборта, или замершей беременности, а также диагностические и лечебно-диагностические выскабливания полости матки.

СЗРП во время предыдущих беременностей имели 11 женщин (5,2%), рождение маловесных детей в анамнезе отмечено в 9 случаях (4,3%).

Известно, что наличие преждевременных родов в анамнезе является одним из факторов риска повторных преждевременных родов, который увеличивается у них в 2,5 раза. В нашем исследовании преждевременные роды в анамнезе имели 40 пациенток (18,9%). В 18 случаях (8,5%) имела место смерть детей в возрасте до года.

Проведенный анализ экстрагениальной патологии среди беременных с поздними преждевременными родами показал, что более половины пациенток имели ту или иную соматическую патологию (58%). Наиболее распространены были заболевания мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, цистит) – у 61 (28,8%), патология эндокринной системы (эндемический и токсический зоб, сахарный диабет и др.) – у 34 (16%). Доля женщин с ожирением (1-2 степени) составила 18,4% (39 женщин). Ожирение также является одним из факторов риска поздних преждевременных родов. По данным литературы[1], женщины с ожирением имеют на 70% более высокий риск преждевременных родов до 37 недель по сравнению с женщинами с нормальным весом. Патология органов дыхания была обнаружена у 17 женщин (8%). Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (хронический гастрит, ДЖВП, гепатит и т. д.) выявлены у 14 (6,6%) женщин. Железодефицитная анемия во время беременности отмечена у 131 женщины (62%). Таким образом, анализ имеющейся хронической соматической патологии у беременных с поздними преждевременными родами показал, что преобладают хронические заболевания мочевыделительной и дыхательной систем воспалительного характера, а также железодефицитная анемия, эндокринные заболевания, ожирение.

В гинекологическом анамнезе у обследуемой группы наиболее часто встречалась следующая патология: эрозия шейки матки – 34 случая (16%), у 25 (80,6%) воспалительные хронические заболевания половых органов: хронический сальпингоофорит выявлен у 32 (15,1%), бесплодие в 22 случаях (10,4%). Реже встречались миома матки, эндометриоз, кисты яичников и др.

Течение настоящей беременности у 32 женщин (15,1%) осложнилось в первом и втором триместре острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ) с подъемом температуры тела выше $37,5^{\circ}\text{C}$, угроза прерывания беременности встречалась в 115 случаях (54,2%), при этом достоверно чаще в первом триместре (78 случаев – 36,8%) ($p < 0,05$). Результаты наших исследований подтверждаются данными литературы, согласно которым угроза прерывания беременности в первом и во втором триместрах является частым осложнением течения беременности, закончившейся преждевременными родами, и составляет от 38,9% до 43,8% [1].

Истмико-цервикальная недостаточность диагностирована в 17 случаях (8%). Всем женщинам была проведена хирургическая коррекция шейки матки.

Одной из ведущих причин преждевременных родов, в том числе и поздних, является инфекция половых органов. При этом результаты бактериоскопического исследования у пациенток исследуемой группы установили нормоценоз лишь у 41 (19,3%) пациенток. По результатам исследования, бактериоскопическая картина, характерная для кольпита (наличие повышенного числа лейкоцитов в поле зрения в мазке по Грамму в сочетании со смешанной и кокковой микрофлорой), наблюдалась у 152 женщин (72%). 58 пациенток (27,5%) являлись носителями инфекций, из них носительство ВПГ в 40 случаях (18,9%), ЦМВ в 39 (18,5%), хламидии, уреаплазмы и микоплазмы – в 23 случаях (10,9%). Таким образом, наличие хронического инфекционного процесса свидетельствует о роли дисбиотических и инфекционных заболеваний половых органов в формировании воспалительного ответа, аутоиммунных нарушений, являющихся неблагоприятным фоном для развития недонашивания беременности.

Известно, что наиболее часто преждевременные роды сопровождаются преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО). В нашем исследовании ПРПО имел место в 55 наблюдениях (26%). В среднем безводный период при этом составил $52,4 \pm 4,06$ часа, при этом случаев хориоамнионита не наблюдалось.

Фактором риска преждевременных родов являются многоплодные беременности, так, при наличии двух плодов преждевременными родами заканчиваются 60% беременностей. Считают, что к спонтанным преждевременным родам при многоплодных беременностях приводит перерастяжение матки, обуславливающее повышение ее сократительной способности, или преждевременный разрыв плодных оболочек. По данным разных авторов частота многоплодной беременности в популяции колеблется в пределах 1,4 – 2,4%. Среди беременностей, наступивших при применении искусственных репродуктивных технологий на роды двойней приходится 20 - 30%, тройней 4 - 6%, многоплодием более высокого порядка 0,2 – 0,4% [3]. Следует отметить, что среди наблюдаемых нами женщин отмечена высокая частота многоплодной беременности (29 двоен - 13,7%). Из них дихориальных диамниотических двоен было 17 (58,6% от общего количества многоплодных беременностей), монохориальных диамниотических – 12 (41,4%). Причем в 10 случаях многоплодные беременности закончились родами через естественные родовые пути, 19 (65,5%) были родоразрешены путем операции кесарева сечения. Среди показаний к оперативному родоразрешению были: предлежание плаценты или петель пуповины, неправильное положение плода (тазовое, поперечное), критическое состояние одного из плодов.

Важной проблемой, вызывающей постоянные дискуссии, является проблема выбора метода родоразрешения при преждевременных родах. Очевидно, что исход родов для плода, а также заболеваемость новорожденных при оперативном родоразрешении существенно отличаются от исходов самопроизвольных преждевременных родов. В исследуемой нами группе через естественные родовые пути родили 127 (60,2%) беременных, оперативные роды отмечены у 84 (39,8%) рожениц. Среди них у 24 (28,6%) кесарево сечение было запланированным. Экстренное кесарево сечение было произведено у 60 (71,4%) пациенток. Основными показаниями к кесареву сечению являлись: угрожающее состояние плода по данным доплерометрии МППК и КТГ плода - 19 наблюдений (22,7%), угроза разрыва матки по рубцу - 13 случаев (15,5%), два и более рубцов на матке после операции кесарева сечения - 12 случаев (14,3%), неправильное положение плода (в том числе при многоплодной беременности) - 11 случаев (13%), тяжелая преэклампсия на фоне неподготовленности родовых путей, сопутствующей экстрагенитальной патологии - 10 случаев (11,9%), безэффективность родовозбуждения и слабость родовой деятельности - 8 наблюдений (9,5%), предлежание плаценты и петель пуповины - 7 наблюдений (8,3%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - 3 случая (3,6%). Таким образом, удельный вес операций кесарева сечения в интересах плода растет. Следовательно, совершенствование показаний к кесареву сечению, оптимизация любых вмешательств при преждевременных родах являются на сегодня весьма актуальной задачей. По мнению Р. И. Шалиной и соавт. (2012г.), кесарево сечение - самый бережный способ родоразрешения при недоношенной беременности, особенно если ребенок имеет экстремально низкую массу тела (менее 1000 г).

В зависимости от гестационного возраста все новорожденные были разделены нами на группы следующим образом: в сроке от 34 недель до 34 недель 6 дней - 51 ребенок (21,3%), от 35 недель до 35 недель 6 дней - 61 (25,4%) новорожденный, от 36 недель до 36 недель 6 дней - 128 детей (53,3%) (Таблица 1). Средний срок гестации на момент родоразрешения составил $35,92$ недели $\pm 2,1$ недели.

При анализе величины массы тела недоношенного новорожденного выявлено следующее: массу тела менее 2000 г имели 4 детей (1,7%), от 2000 до 2500 г - 97 детей (40,4%), массу более 2500г имели 139 новорожденных (57,9%). Наименьшая масса тела составила 955 г (ребенок из двойни с дискордантным развитием плодов, умер), наибольшая - 4000г (ребенок, мать которого страдала сахарным диабетом). Средняя величина массы тела новорожденного к моменту родоразрешения составила $2125,3 \pm 418,2$ г.

Все новорожденные получили оценку по шкале Апгар на 1 и 5 минуте. При этом асфиксию легкой степени имели 210 детей (87,5%), средней степени - 18 детей (7,5%), в состоянии тяжелой асфиксии родилось 8 детей (3,3%). 4 ребенка имели оценку 9-10 баллов (1,6%).

Известно, что частым осложнением, влияющим на перинатальные исходы недоношенных детей, является синдром дыхательных расстройств. В нашем исследовании СДР был выявлен у 36 недоношенных новорожденных (15%).

В связи с тем, что мы рассматривали только те случаи преждевременных родов, которые произошли в сроке 34 недели и более, то, учитывая, что легкие плода практически зрелы, беременным исследуемой группы при поступлении в родильное учреждение профилактика РДС не проводилась (проводится в сроки 24-34 недели гестации согласно протоколу МЗ РК), кроме 26 случаев (10,8% от общего числа), которым профилактика РДС была проведена во время предыдущих госпитализаций во время данной беременности (в большинстве случаев в связи с угрозой преждевременных родов). Вместе с тем, существуют мнения, что профилактику РДС необходимо продлить даже до 36 недель беременности [2], а по данным последнего многоцентрового исследования профилактика синдрома дыхательных расстройств в сроках 34-37 недель рекомендуется при беременности высокого риска с плановым родоразрешением путем операции кесарева сечения, при документировано подтвержденной незрелости легких плода (анализ амниотической жидкости с определением индекса лецитин/сфингомиелин, форфатидилглицерола и ламеллярных телец). Было успешно продемонстрировано, что проведение курса профилактики РДС плода кортикостероидами вплоть до 38 недель и 6 дней беременности перед кесаревым сечением может снижать частоту перевода в ОРИТ. В ходе рандомизированного контролируемого исследования было показано, что относительный риск РДС после курса кортикостероидов перед кесаревым сечением в доношенном сроке по сравнению с плацебо составил 0,46 (95% ДИ 0,23-0,93; $P=0,02$).

Несмотря на то, что исходы для новорожденного ребенка как в отношении смертности, так и в отношении заболеваний при поздних преждевременных родах значительно лучше, чем при ранних преждевременных родах, вместе с тем, по данным литературы, каждому четвертому ребенку, рожденному в сроке от 34 до 36 недель 6 дней требуется лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). При этом продолжительность лечения в ОРИТ у детей, рожденных в указанные сроки, статистически значимо не отличалась от детей, рожденных в сроках

от 31 до 33 недель 6 дней ($6,8 \pm 0,7$ и $7,5 \pm 0,6$ дней соответственно). Согласно полученным нами данным, лечение в условиях ОРИТ потребовалось 34 новорожденным (14,1%). В отделении «мать и дитя» находились 142 новорожденных (59,1%), в отделении патологии новорожденных 68 детей (28,3%). Основными заболеваниями новорожденных являлись: церебральная ишемия и синдром угнетения 104 случая (43,3%), неонатальная желтуха – 76 случаев (31,6%), СДР – 36 случаев (15%), врожденные пороки развития – 29 случаев (12%), ретинопатия новорожденных – 14 случаев (5,8%) и др. Частота поражения центральной нервной системы у недоношенных детей связана с гипоксически-ишемическими и геморрагическими повреждениями мозга, которым эти дети особенно подвержены в силу анатомо-физиологических особенностей.

Морфология плаценты при недонашивании беременности до некоторой степени отражает этиологию и генез патологии [3]. В нашем исследовании морфологический анализ плаценты проводился во всех случаях преждевременных родов. При этом, во всех случаях при преждевременных родах имелись гистологические признаки хронической фетоплацентарной недостаточности. Причинами ее развития явились воспалительные изменения и нарушения кровотока в самой плаценте из-за дисхроноза развития сосудов ворсин или сдавления их разросшейся фиброзной тканью. Декомпенсированная хроническая фетоплацентарная недостаточность по результатам морфологического заключения наблюдалась в 46 случаях (29,7%), субкомпенсированная – в 109 случаях (70,3%). Фетоплацентарная недостаточность была обусловлена и наличием дистрофических и тромботических изменений (увеличение в объеме терминальных и промежуточных ворсин, появление клеток Лангерганса, отсутствие синцитиокапиллярных мембран, склерозирование ворсин). Однако особенностью плацент при поздних преждевременных родах было обнаружение в 100 % исследований признаков воспаления, которое характеризовалось очаговым серозным, серозно-гнойным париетальным и базальным децидуитом (48,2 %), очаговым серозно-гнойным мембранитом (26,4 %), очаговым серозно-гнойным хориоамнионитом (12,1 %), фунгикулитом и васкулитом (4,2 %).

Таким образом, проведенный нами анализ показал, что:

- 1.отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, высокая частота экстрагенитальной патологии, а особенно хронических заболеваний инфекционно-воспалительного характера, повышают риск преждевременных родов;
- 2.неоспорима роль инфекционных поражений нижнего отдела репродуктивной системы женщины в генезе недонашивания беременности (72% имели характерную бактериоскопическую картину кольпита), в том числе и в результате преждевременного разрыва плодных оболочек;
- 3.наличие преждевременных родов в анамнезе, истмико-цервикальной недостаточности, многоплодия являются достоверными факторами риска преждевременных родов;
- 4.во всех случаях при преждевременных родах имелись гистологические признаки субкомпенсированной и декомпенсированной форм хронической плацентарной недостаточности. При этом особенностью плацент при поздних преждевременных родах было обнаружение в 100% случаев признаков воспаления;
- 5.несмотря на гестационный срок 34 недели и более на момент родоразрешения, у 36 недоношенных новорожденных (15%) наблюдались признаки СДР, что диктует необходимость рассмотрения вопроса о рациональности продления периода проведения профилактики РДС до 36 недель.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Козлов П.В., Иванников Н.Ю., Кузнецов П.А., Богаева И.И. Эпидемиология, этиология и патогенез поздних преждевременных родов// Акушерство, гинекология, репродукция.- 2015.- Том 9.- № 1. – С. 68-76.
- 2 Мамедалиева Н.М., Бапаева Г.Б. Преждевременные роды. - Алматы: 2006. - 160 с.
- 3 Савельева Г.М., Шалина Р.И., Курцер М.А. и др. Преждевременные роды как важнейшая проблема современного акушерства//Акушерство и гинекология. -2012. - №8(2). - С.4-10.
- 4 Василенко Л.В., Степанов С.А., Василенко Т.Л. Преждевременные роды, морфология последа и задержка развития плода// Саратовский научно-медицинский Журнал.- 2007. - №3(17). - С. 93-95.

Н.М. МАМЕДАЛИЕВА, В.Д. КИМ, С.А. КЕЙДАРОВА

КЕШ МЕЗГІЛІНЕН БҰРЫН БОСАНУЛАРДЫҢ ПЕРИНАТАЛДЫҚ АЯҚТАЛУ НӘТИЖЕЛЕРІНІҢ БРЕКШЕЛЕРІ

Түйін: Кеш мезгілінен бұрын босанулардың акушерлік және перинаталдық аяқталу нәтижелерін анықтау мақсатында 34 аптадан 36 апта 6 күн мерзіміндегі 211 босану жағдайында «Перинатология және Балалар Кардиохирургиясы» орталығында 2014 жылдың 6 айына (1 шілдеден 31 желтоқсанға дейін) ретроспективті анализ жасалынды.

Осы анализден мезгілінен бұрын босану қаупі және босанудың аяқталу нәтижесін анықтайтын маңызды факторларға: асқынған акушерлі-гинекологиялық анамнез, экстрагенитальды патологиялар жиілігінің жоғары болуы, әйел репродуктивті жүйесі төменгі бөлігінің инфекциялық процестер, сонымен қатар субкомпенсация және декомпенсация сатыларындағы созылмалы плацентарлық жетіспеушілік жатады.

Түйінді сөздер: кеш мезгілінен бұрын босану, акушерлік және перинаталдық жағдайлардың аяқталу нәтижелері, плацентарлық жетіспеушілік.

N.M. MAMEDALIYEVA, V.D. KIM, S.A. KEIDAROVA
PECULIARITIES OF PERINATAL OUTCOMES OF LATE PRETERM BIRTH

Resume: The article reviews the retrospective analysis of peculiarities of obstetric and perinatal outcomes in late preterm birth carried out in Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology. The data presented in the article is based on the study of 211 birth cases of near term infants over the period of July 1 to December 31, 2014. The most significant and frequent factors that increase the risk of premature birth and determine its outcome are outlined as follows: burdened obstetric and gynecological anamnesis, high frequency of chronic extragenital diseases, infectious processes of female reproductive system, and sub compensated and decompensated forms of chronic placental insufficiency.

Keywords: late preterm birth, placental insufficiency, obstetric and perinatal outcomes.