

## ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: ОПЫТ ХАРЬКОВСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ПО ВЫХАЖИВАНИЮ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Доц. Н. М. ПАСИЕШВИЛИ, доц. В. С. ЛУПОЯД, Н. И. АГАФОНОВА,  
канд. мед. наук Ю. А. МОШКО

*КУЗ «Харьковский областной клинический перинатальный центр»*

**Представлены этиология и патогенез преждевременных родов, диагностика и методы их ведения, а также современные способы выхаживания недоношенных детей.**

*Ключевые слова: преждевременные роды, этиопатогенез, диагностика, лечение, профилактика, недоношенные новорожденные.*

В мире невынашивание беременности занимает первое место среди причин перинатальной заболеваемости и смертности, и, несмотря на значительные успехи в фармакологии и медицине, достигнутые за последние десятилетия, они почти не повлияли на распространенность преждевременных родов [1]. Это связано с многообразием их причин: пороки развития у матери и плода, инфекции, травмы, вредные привычки, психологические и социальные факторы и т. д.

Преждевременными считаются роды с 22 до 37 недель беременности, заканчивающиеся рождением недоношенного ребенка. Их патогенез точно установить не удастся. Механизм сокращения клеток миометрия и обычных гладкомышечных клеток сходен. Главное место в этом процессе занимает фосфорилирование легких цепей миозина, которое активирует взаимодействие актина с миозином. Регуляция осуществляется с помощью киназы легких цепей миозина, а механизм действия веществ, влияющих на сократительную функцию миометрия, сводится к изменению активности киназы, концентрации циклического аденозинмонофосфата и ионов кальция в цитоплазме мышечных клеток. Сокращение матки также может быть вызвано деполяризацией мембран мышечных клеток и повышением концентрации ионов кальция в их цитоплазме. Подавление этих реакций снижает сократимость миометрия [2, 3].

Следует отметить, что, несмотря на разработку балльных систем оценки риска преждевременных родов, у большинства женщин не удается выявить ни одного фактора риска вплоть до начала преждевременной родовой деятельности. Для ее ранней диагностики применяют непрерывную регистрацию сократительной активности матки, проводя токолитическую терапию, позволяющую продлить беременность (при начавшейся преждевременной родовой деятельности) на 1–3 сут. Однако это не снижает частоту преждевременных родов [4–7].

Для клинической картины преждевременного начала родовой деятельности характерны

схваткообразные боли, чувство распирания внизу живота, возникающие примерно через каждые 15–20 мин. Чаще всего беременная отмечает постепенное учащение и усиление приступов боли. В этих случаях осматривают шейку матки и влагалище в зеркалах (обращают внимание на наличие во влагалище околоплодных вод и проводят посев отделяемого из цервикального канала для выявления патогенной флоры), после чего проводят влагалищное исследование, позволяющее почти сразу поставить диагноз преждевременного начала родовой деятельности — при обнаружении на фоне регулярных схваток раскрытия шейки матки более 2 см либо укорочения более чем на 80% ее длины. С началом преждевременных родов женщин следует госпитализировать в специализированные перинатальные центры, оснащенные всем необходимым для выхаживания глубоко недоношенных детей. Таким беременным, особенно если срок гестации менее 32 нед, показана неотложная токолитическая терапия. Риск рождения недоношенного ребенка в этом случае превышает риск побочного действия токолитических средств. Если вероятность сохранения беременности невелика и высок риск рождения глубоко недоношенного ребенка с экстремально низкой массой тела, назначаются препараты, ускоряющие созревание легких плода.

После 34 нед беременности токолитическую терапию мы не проводим, поскольку дети рождаются жизнеспособными, а риск осложнений от лечения значительно превышает пользу от его применения.

Токолитические препараты назначают в большинстве случаев в режиме монотерапии, так как необходимо остановить или значительно снизить сократительную активность матки. Обычно лечение начинают с бета-адреностимуляторов, вызывающих повышение концентрации циклического аденозинмонофосфата с последующим снижением ионов кальция в цитоплазме. В результате этого снижается активность киназы легких цепей мио-

зна, что приводит к уменьшению сократимости миометрия. При проведении токолитической терапии (гинипрал, партусистен, ритодрин, тербутамин, сальбутамол и др.) следует помнить о побочных действиях этих препаратов (тахикардия, одышка, боль в груди, гипергликемия и гипокалиемия) и о противопоказаниях к их применению (ишемическая и другие болезни сердца, тиреотоксикоз, артериальная гипертензия, сахарный диабет) [8, 9].

После прекращения регулярных схваток токолитическую терапию продолжают еще в течение 12–24 ч в минимальной дозе, достаточной для сохранения нормального тонуса матки, с целью проведения профилактики респираторного дистресс-синдрома новорожденных. Дальнейшее ведение беременности зависит от ее срока.

Мы приводим некоторые рекомендации, которые можно использовать для составления индивидуального плана ведения беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек.

В сроках гестации до 24 нед проводится УЗИ для определения положения плода, его предлежащей части, наличия пороков развития, объема околоплодных вод, локализации плаценты, предполагаемого срока беременности и массы плода.

Применение токолитических препаратов и кортикостероидов в этих сроках не показано.

Осуществляем посевы мочи и отделяемого из половых путей беременных, определяем чувствительность флоры к антибиотикам, при этом антимикробную терапию начинаем уже до получения результатов исследования. При манифестации внутриутробной инфекции показаны родовозбуждение и внутривенное введение антибиотиков.

Если выраженное маловодие сохраняется на протяжении 3–5 сут, необходимо возбуждение родовой деятельности, так как выжидательная тактика в несколько раз может снизить вероятность благоприятного исхода для плода.

С увеличением массы тела плода риск осложнений снижается, и мы переходим к выжидательной тактике ведения таких беременных.

При беременности 24–34 нед и подтверждении преждевременного излития околоплодных вод делаются посевы отделяемого из влагалища и мочи женщин на флору и чувствительность к антибиотикам. Проводится ультразвуковое сканирование для определения положения плода, его предлежащей части, расположения плаценты, объема околоплодных вод, возможных пороков развития плода, его массы и срока беременности. Выполняется также внутриутробное обследование плода (кардиотокография, оценка биофизического профиля и др.).

Если принимается решение о необходимости ускорения созревания легких плода, сразу же назначаются кортикостероиды (при наличии инфекции кортикостероиды не применяются), проводится антибактериальная терапия.

В отдельных случаях мы используем токолитическую терапию для продления латентного периода и снижения риска рождения недоношенных детей.

По мере увеличения латентного периода при сроках беременности более 30 нед женщины ежедневно проходят обследование для исключения преждевременной отслойки плаценты и внутриутробной инфекции, часто приводящей к преждевременным родам.

При беременности 34–36 нед после установления диагноза преждевременного излития околоплодных вод и при отсутствии признаков инфицирования женщины наблюдаются в течение 12–24 ч, в большинстве случаев мы отмечаем самопроизвольное начало родовой деятельности. При наличии внутриутробной инфекции применяем родовозбуждение и антибактериальную терапию.

На этих сроках беременности использование токолитических препаратов и кортикостероидов неэффективно, поэтому мы их не назначаем.

При гестации 37 нед и более проводим посев отделяемого из влагалища и мочи женщин на флору и чувствительность к антибиотикам, УЗИ для уточнения срока беременности.

Исходя из собственных наблюдений мы рекомендуем начинать тур родовозбуждения сразу же после того, как подтвержден преждевременный разрыв плодных оболочек, хотя многие специалисты считают, что при отсутствии инфекции и других осложнений можно подождать самостоятельного начала родов, но не более чем 12 ч. Если безводный промежуток превышает 18 ч, в родах мы проводим антибиотикопрофилактику.

Такой дифференцированный подход к ведению беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек и угрожающими преждевременными родами позволяет нам проводить комплексную подготовку женщин и плодов к родоразрешению.

Результаты работы КУЗ «ХОКПЦ» за 2011–2013 гг. отражены в таблице.

Анализируя данные, приведенные в таблице, следует отметить, что доля преждевременных родов составляет около 10%, в среднем 1 из 10 новорожденных — недоношенный. Концентрация преждевременных родов в условиях перинатального центра с использованием новых технологий пролонгирования беременности, введение в практику перинатальных консилиумов с определением способов и сроков родоразрешения в нашем учреждении позволило уменьшить долю преждевременных родов в сроки менее 32 нед беременности с 3,04% в 2011 г. до 1,54% в 2013г., из них в сроке менее 28 полных недель — с 1,07 до 0,51% соответственно при стабильном количестве недоношенных новорожденных в течение трех лет.

Заболееваемость недоношенных детей остается стабильной, при этом практически вдвое снизилась ранняя неонатальная смертность — с 6,4 до 3,76%, в том числе в структуре недоношенных детей. В весовой категории до 1 кг ранняя неонатальная смертность составила 1,71%.

Выживаемость детей с низкой массой тела при рождении (500–1499 г) в первые 0–6 сут в 2013 г. составила 75%, за первое полугодие 2014 г. —

## Показатели работы КУЗ «ХОКПЦ» за 2011–2013 гг.

Показатели	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Доля преждевременных родов в сроки:			
менее 37 полных недель беременности	10,39 %	10,67 %	9,35 %
менее 32 полных недель беременности	3,04 %	2,68 %	1,54 %
менее 28 полных недель беременности	1,07 %	0,95 %	0,51 %
Недоношенные новорожденные	10,42 %	10,66 %	9,29 %
Новорожденные			
с массой тела при рождении менее 2500 г	10,81 %	10,89 %	9,43 %
с массой тела при рождении менее 1500 г	1,47 %	1,68 %	0,96 %
с массой тела при рождении менее 1000 г	0,43 %	0,34 %	0,31 %
Заболееваемость недоношенных	567 ‰	594 ‰	559 ‰
Ранняя неонатальная смертность	6,44 ‰	7,71 ‰	3,76 ‰
Ранняя неонатальная смертность в весовой категории 500–999 г	2,15 ‰	2,68 ‰	1,71 ‰
Выживаемость в первые 0–6 сут в весовой категории 500–999 г	45,45 %	20,0 %	44,44 %
Ранняя неонатальная смертность в весовой категории 500–1499 г	4,29 ‰	5,03 ‰	2,39 ‰
Выживаемость в первые 0–6 сут в весовой категории 500–1499 г	70,0 %	70,0 %	75,0 %
Ранняя неонатальная смертность в весовой категории 1500–2499 г	1,43 ‰	1,34 ‰	0,68 ‰
Выживаемость в первые 0–6 сут в весовой категории 1500–2499 г	98,47 %	98,55 %	99,19 %

83,3%. Этот же показатель в весовой категории 1500–2499 г и в 2013 г., и за первое полугодие 2014 г. составил 99,2%.

В улучшении показателей выживаемости существенную роль сыграло использование аппаратов искусственной вентиляции легких экспертного класса «Avea» (Viasys, США), введение экзогенных сурфактантов с заместительной целью, частичное

и полное парентеральное питание, а также использование грудного молока в максимально раннем сроке с добавлением фортификаторов.

Только дружественный подход акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов, внедрение новых перинатальных технологий позволяет свести к минимуму перинатальные потери среди преждевременно родившихся детей.

## Список литературы

1. Наказ МОЗ України від 03.11.2008 № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 “Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги”, наказу МОЗ від 31.12.2004 року № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» [Електронний ресурс].— Режим доступу: [http://www.seach.ligaakon.ua/1\\_doc2.nsf/MOZ8804.html](http://www.seach.ligaakon.ua/1_doc2.nsf/MOZ8804.html)
2. Нисвандер К. Акушерство: справочник Калифорнийского университета / К. Нисвандер, А. Эванс.— М.: Практика, 1999.— 702 с.
3. Chanrachakul B. Contribution of coupling between human myometrial [beta]2-adrenoreceptor and the VKCa channel to uterine quiescence / B. Chanrachakul, F. B. Pipkin, R. N. Khan // Am. J. Physiol. Cell Physiol.— 2004.— № 287.— P. 1747–1752.
4. Сидельникова В. М. Преждевременные роды и недоношенный ребенок / В. М. Сидельникова, А. Г. Антонов.— М.: ГЭОТАР, 2006.— 304 с.
5. Кулаков В. И. Преждевременные роды / В. И. Кулаков, Л. Е. Мурашко.— М.: Медицина, 2002.— 176 с.
6. Ходжаева З. С. Эффективность применения новых диагностических тестов для определения начала родовой деятельности и несвоевременного излития околоплодных вод / З. С. Ходжаева, В. М. Сидельникова // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии.— 2007.— № 1 (6).— С. 47–51.
7. Di Renzo G. C. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor / G. C. Di Renzo // J. Perina. Med.— 2006.— № 34.— P. 359–366.
8. Recommendations and Guidelines for Perinatal Medicine — 2007. The preterm parturition syndrome / R. Romero, J. Espinoza, M. Mazor [et al.] // Brit. J. OG.— 2006.— № 113 (Suppl. 3).— P. 17–42.
9. Pregnancy disorders that lead to delivery before the 28<sup>th</sup> week of gestation: An epidemiologic approach to classification / T. F. McElrath, J. L. Hecht, O. Damann [et al.] // Am J. Epidemiol.— 2008.— № 9 (168).— P. 980–989.

**ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ: ДОСВІД ХАРКІВСЬКОГО ОБЛАСНОГО КЛІНІЧНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРУ З ВИХОДЖУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ**

Н. М. ПАСІЄШВІЛІ, В. С. ЛУПОЯД, Н. І. АГАФОНОВА, Ю. О. МОШКО

**Подано етіологію і патогенез передчасних пологів, діагностику і методи їх ведення, а також сучасні способи виходжування недоношених дітей.**

*Ключові слова: передчасні пологи, етіопатогенез, діагностика, лікування, профілактика, недоношені новонароджені.*

**PRETERM BIRTH: THE EXPERIENCE OF KHARKIV REGIONAL CLINICAL PERINATAL CENTER OF CLINICAL CARE FOR PREMATURE INFANTS**

N. M. PASIESHVILI, V. S. LUPOYAD, N. I. AGAFONOVA, Yu. O. MOSHKO

**The etiology and pathogenesis of preterm birth, diagnosis and methods of management as well as modern methods of caring for premature children are presented.**

*Key words: premature birth, etiopathogenesis, diagnosis, treatment, prevention, preterm infants.*

Поступила 15.09.2014