

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Кравцова Ю.Н., Эйныш Е.А.

Гомельский государственный медицинский университет

Актуальность. Проблема преждевременных родов продолжает оставаться актуальной, являясь главной причиной перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности [1]. В развитых странах преждевременные роды встречаются с частотой 7–12%, причем одна треть из них происходит до 34-й недели беременности [2]. В 25–38% случаев преждевременным родам предшествует преждевременный разрыв плодных оболочек. Уровень преждевременных родов Республике Беларусь сохраняется в пределах 4%–4,1% без тенденции к снижению, что приводит к высокой заболеваемости недоношенных. Данная проблема имеет экономическое значение, так как на её решение во всем мире ежегодно тратятся огромные денежные средства, особенно на медикаменты и оборудование [3].

Цель исследования: выявить факторы риска развития преждевременных родов и возможность управления ими для проведения профилактики дексаметазоном.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 91 историй родов и 103 историй новорожденных, родоразрешенных на сроках гестации 27-34 недели в родильном и наблюдательном отделениях УО «Гомельская городская клиническая больница №3» за 2015-2016 года. Были изучены частота асфиксии и структура патологии раннего неонатального периода, проведен сравнительный анализ данных показателей в зависимости от проведенного курса дексаметазонопрофилактики. Пациентки были разделены на 2 группы: 60 беременных, которым дексаметазон не назначался (1 группа) и 31 пациентка, которой данный препарат был назначен до родоразрешения (2 группа).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью статистическо прикладных программ Microsoft Office Excel 2007, Statistica 10.0 с использованием непараметрических статистических критериев. Для количественных данных вычислялась средняя величина и ее ошибка, для качественных признаков - доля (P,%), 5 и 95квантили, рассчитанные с помощью формулы Клоппера-Пирсона. Различия между группами рассчитыва-

лись с помощью критерия χ^2 с поправкой Йетса и Бонферонни для множественных сравнений и считались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток составил 29 (16,40) лет. У 31 (34,0%) пациентки данная беременность была первой. Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у 88 (96,7%,91,99) пациенток. Самопроизвольные выкидыши и медицинские аборт в анамнезе отмечались у 19 (21,6%,14,32), неразвивающаяся беременность у 8 пациенток (9,1%,4,17), у 3 пациенток (3,4%,1,9) в анамнезе имели место преждевременные роды. ИЦН была диагностирована во время беременности в 17 случаях (19,3%,12,29). У 18 пациенток (20,4%,13,30) была выявлена патология миометрия (оперированная матка у 11 человек (12,5%,6,21), миома матки - 7 случаев (7,9%,3,16)). Патология шейки матки (эктопия призматического эпителия, дисплазия легкой степени) отмечалась в анамнезе у 16 (18,2%,11,28) пациенток, неспецифические вагиниты, вагинальный кандидоз - 8 (9,1%,4,17), бесплодие с последующим ЭКО - 4 (4,5%,1,11), антенатальная гибель плода - 1 (1,1%,1,6).

Соматическая патология в анамнезе выявлена у 85 (93,4%,86,98) пациенток. В структуре соматической патологии преобладали анемия легкой степени - 32 (37,6%,27,49), миопия легкой и средней степени без изменений на глазном дне - 27 (31,7%,22,43), заболевания щитовидной железы - 16 (18,8%,11,29), заболевания почек - 11 (12,9%,6,22), заболевания сердечно-сосудистой системы (МАРС) - 12 случая (14,1%,8,23), резус-отрицательная принадлежность крови - 11 (12,9%,6,22), эпилепсия - 2 (2,3%,1,8), аппендэктомия - 2 (2,3%,1,8).

Из осложнений беременности были выявлены клинические формы плацентарной недостаточности - хроническая внутриматочная гипоксия плода у 39 (44,3%,33,54), синдром задержки роста плода у 15 (17,0%,9,25), маловодие у 11 пациенток (12,5%,6,21), что составило 65 (73,8%, $p < 0,001$), преэклампсия умеренной степени - 10 (11,4%,5,19), тазовое предлежание - 4 (4,5%,1,11), ИЦН наблюдалась в 12 случаях (13,6%,7,22), том числе была скорректирована акушерским пессарием у 5 (5,7%,1,12) пациенток, угроза выкидыша - 14 (15,9%,9,24), многоплодная беременность наблюдалась у 12 (13,6%,7,22) пациенток, оперированная матка у 11 человек (12,5%,6,21), миома матки - 7 случаев

(7,9%,3,15), неспецифические вагиниты, вагинальный кандидоз - 8 (9,1%,3,17).

Сроки гестации к моменту родоразрешения у пациенток 1 и 2 группах были сопоставимы и составили $229,1 \pm 10,6$ дней и $226,5 \pm 9,7$ дней соответственно. На сроке 27-30 недель беременности были родоразрешены 8 пациенток 1 группы (13,3%,6,24) и 6 пациенток 2 группы (19,4%,7,37), на сроке 30-32 недели - 8 беременных 1 группы (13,3%,6,24) и 10 пациенток 2 группы (32,2%,17,51), $p=0,03$, на сроке 32-34 недели беременности роды произошли у 44 женщин 1 группы (73,3%,60,83) и 15 женщин 2 группы (48,4%,30,67), $p=0,018$.

Изучение способов госпитализации пациенток в стационар показало, что в 37 случаях в 1 группе (61,6%,48,74) и в 8 случаях во 2 группе (25,8%,12,45), $p=0,01$, пациентки были доставлены машиной скорой помощи в ГКБ №3 в экстренном порядке, в 4 (6,7%,2,16) и 5 (16,1%,5,34) случаях соответственно ($p=0,02$), пациентка самостоятельно экстренно обратилась в акушерский стационар, в плановом порядке по направлению женской консультации были госпитализированы 19 (31,7%,20,45) и 18 (58,1%,39,75) пациенток соответственно.

Все 60 пациенток 1 группы были родоразрешены по экстренным или срочным показаниям. Показаниями к экстренному родоразрешению 30 пациенток 1 группы были неотложные состояния со стороны матери и/или плода: преэклампсия (ПЭ) тяжелой степени наблюдалась у 7 беременных (11,7%,5,23), критические состояние плода по данным КТГ и/или доплерометрии – у 13 пациенток (21,6%,12,34), СЗРП 3 степени у 3 беременных (5,0%,1,14), $p=0,03$, центральное предлежание плаценты с кровотечением и ПОНРП – у 7 пациенток (11,7%,5,23). В связи с ПРПО и последующим началом родовой деятельности в срочном порядке были родоразрешены 26 беременных (43,4%,31,57), $p=0,02$, у 2 (3,3%,1,12) пациенток ПРПО сочеталось с поперечным положением плода, у 2 пациенток наблюдались стремительные роды (3,3%,1,12).

Беременные 2 группы поступали в стационар без показаний к экстренному родоразрешению. Показаниями к родоразрешению были: ухудшение течения ПЭ на фоне лечения наблюдалась у 9 беременных (29,0%,14,48), критические состояние плода по данным КТГ и/или доплерометрии – у 7 пациенток (22,6%,9,41),

СЗРП 3 степени у 2 беременных (6,4%,1,21), центральное предлежание плаценты с кровотечением и ПОНРП – у 2 пациенток (6,4%,1,21), низкая плацентация у 1 (3,2%,1,21) беременной. В связи с ПРПО и оперированной маткой были родоразрешено 3 беременных (9,6%,2,26), в сочетании ПРПО с активной фазой родовой деятельности - 2 беременные (6,4%,1,12), у 2 (6,4%,1,21) пациенток ПРПО сочеталось с оперированной маткой и тазовым предлежанием плода, у 3 пациенток (9,6%,2,26) – ПРПО с длительным безводным промежутком (более 12 часов).

Путем кесарева сечения были родоразрешены 45 (75,0%,62,85) пациенток из первой группы 28 (90,3%,74,98) пациенток из 2 группы, $p=0,08$.

Послеродовый период осложнился лохиометрой у 4 рожениц (26,7%) из 1 группы и 1 (33,3%) из 2 группы.

Выводы. Факторами риска недонашивания беременности являются различные клинические варианты ее прерывания в анамнезе, а также соматические заболевания, патогенетически связанные с дефицитом коллагена в соединительной ткани. Факторами риска преждевременных родов и досрочного родоразрешения в течение данной беременности были клинические формы плацентарной недостаточности, угроза прерывания беременности, ИЦН, оперированная матка.

Наиболее частой причиной преждевременных родов был ПРПО с безводным промежутком различной продолжительности и спонтанным началом родовой деятельности на фоне проводимого лечения, $p=0,02$.

Наиболее частыми осложнениями беременности, были критические состояния плода - 29,9%, $p=0,03$, ПЭ тяжелой степени, акушерские кровотечения во время беременности (по 11,7%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Преждевременные роды», утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации от 17.12.2013, Москва, 2013–35 с.

2. Акушерство. Национальное руководство. Гриф УМО по медицинскому образованию. Айламазян Э.К., Радзинский В.Е., Кулаков В.И., Савельева Г.М. – М.: Гэотар-Медиа, 2014.

3. Чернуха, Е.А. Родовой блок / Е.А. Чернуха. – М.: Триада – Х, 1999. - С. 270–308.