

УДК 618.396

ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ (НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ)

Ляличкина Н.А., Пешев Л.П., Фомина Г.В.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»,
Саранск, e-mail: Cord-an@yandex.ru

В результате ретроспективного анализа 238 преждевременных родов – ПР – (основная группа) и 100 срочных родов (контрольная группа) у родильниц основной группы в анамнезе выявлена повышенная частота (в 2,6 раза чаще) воспалительных заболеваний внутренних гениталий; эктопий шейки матки (чаще в 2,4 раза); кист яичников (в 3,2 раза чаще); инфекций. Установлено, что одним из ведущих причинных факторов ПР является патологическая имплантация плодного яйца: на передней, задней стенках и в дне матки, затрудняющая нормальную васкуляризацию плаценты и трофику плода. У родильниц с низкой и экстремально низкой массой плода наиболее частым причинным фактором ПР служат инфекции. Женщин с указанными патологическими факторами следует относить к группе риска по ПР и проводить им целенаправленную превентивную терапию.

Ключевые слова: преждевременные роды, акушерский и соматический анамнез, хроническая плацентарная недостаточность, задержка роста плода, кесарево сечение

CAUSAL FACTORS OF PRETERM BIRTH (A NEW LOOK AT THE PROBLEM)

Lyalichkina N.A., Peshev L.P., Fominova G.V.

Mordovian State University, N.P. Ogarev, Saransk, e-mail: Cord-an@yandex.ru

In the retrospective analysis 238 premature birth – PB (main group) and 100 of normal deliveries (the control group) in puerperas main group in history revealed high frequency (2,6 times more) of the inflammatory diseases of the internal genitals; ectopia cervix (often in 2,4 times); ovarian cysts (3,2 times more often); infections. It is established, that one of the causal factors leading PB is abnormal implantation of the ovum: on the front, back, sides and at the bottom of the uterus, violating the normal vascularization of the placenta and trophism of the fetus. In puerperas with low and extremely low weight of fruit the most common causal factor PB is infection. Women with these pathological factors have to be belonged to the risk group by the PR, and to hold them targeted preventive therapy.

Keywords: premature birth, obstetric and somatic medical history, chronic fetoplacental insufficiency, syndrome fetal growth, cesarean section

Преждевременные роды (ПР) в последние два десятилетия стабильно занимают одно из ведущих мест в структуре осложнений беременности. По рекомендации ВОЗ в настоящее время преждевременными считают роды после 22 недель беременности при массе плода более 500 г. С учетом этих рекомендаций по данным разных источников, частота ПР варьирует в довольно широком диапазоне: от 3,3–5,4% – в разных регионах России, до 7,2% – во Франции, 7,8% – в Великобритании, 7,9% – в Норвегии, 9–10% – в Германии, 10% – в Венгрии, 10,1% – в США [2, 3, 6].

Согласно официальным отчетам ГБУЗ РМ «Мордовский республиканский клинический перинатальный центр», специализированного по ведению преждевременных родов, частота их в 2012 году достигла 14,9%, а в 2013 году – 13,5% по отношению к общему числу родов.

Сложность решения проблемы ПР заключается в отсутствии единой точки зрения на причины данной патологии, несовершенстве современных методов их

прогнозирования, лечения и своевременной профилактики угрожающего прерывания беременности; несогласованности тактики ведения и способов родоразрешения при начавшихся преждевременных родах [3].

С учетом изложенных фактов нами была определена **цель исследования** – на основании ретроспективного анализа преждевременных родов выявить их причины, особенности течения и ведения в зависимости от массы плода, осложнений родового акта и раннего послеродового периода.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 238 преждевременных родов (основная группа), из которых 117 (49,1%) были плодами массой от 1500,0 до 2500,0 г (первая подгруппа), 101 (42,4%) – массой от 1000,0 до 1499,9 г (вторая подгруппа) и 20 (8,4%) родов плодами с экстремально низкой массой тела – 500,0–999,0 г (третья подгруппа). Контрольную группу составили 100 женщин, родивших в срок плодов массой 3050,0–3500,0 г.

Критериями исключения из анализа были: возраст родильниц старше 35 лет, многоплодная беременность, острое инфекционно-воспалительное заболевание в момент родоразрешения, крупный плод,

врожденные уродства плода (диагностированные по УЗИ и при рождении), нежеланная беременность, отсутствие в истории родов письменного согласия пациентки на участие в обследовании и на предлагаемый способ родоразрешения.

Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Excel 2003. Вычисляли среднюю арифметическую (М) и стандартную ошибку средней арифметической (m). Для оценки критической достоверности различий сравниваемых средних величин применяли критерий Стьюдента. Различия признавались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст рожениц в обследованных группах рожениц был от 18 до 34 лет, в среднем $23,4 \pm 3,6$ года. По возрастному фактору основная и контрольная группы были сопоставимы.

При изучении акушерско-гинекологического и общесоматического анамнезов установлено, что из 100 рожениц контрольной группы 27 (27,0%) были первобеременными, 49 (49,0%) первородящими. В основной группе первобеременными были 102 (42,8%), первородящими 144 (60,5%) женщины.

В контрольной группе рожениц становление менструальной функции произошло: в 13–14 лет – у 78 (78,0%), в 12 лет – у 8 (8,0%), в 15–16 лет – у 11 (11,0%), старше 16 лет – у 3 (3,0%). В основной группе менструации начались с 13–14 лет у 164 (68,9%), с 12 лет – у 31 (13,0%), с 15–16 лет – у 39 (16,4%) и старше 16 лет – у 4 (1,7%) женщин. При этом относительно раннее начало менструальной функции наиболее часто отмечалось у рожениц первой подгруппы – у 22 (18,8%).

Нарушения менструальной функции (по типу полименореи) до наступления настоящей беременности наблюдались у 13 (13,0%) женщин контрольной группы и у 48 (20,2%; $p < 0,05$) – основной.

В анамнезе у рожениц контрольной группы было 118 искусственных абортов, т.е. в среднем по 1,6 аборта на каждую повторнобеременную, а в основной – 177 (по 1,3 аборта); самопроизвольных абортов: в контрольной – 6 (8,2%), в основной – 33 (24,3%; $p < 0,01$). Кроме того, у 26 рожениц (18,0%) из основной группы в прошлом имел место несостоявшийся аборт (в сроки беременности 6–18 недель).

До настоящей беременности у рожениц контрольной группы в анамнезе было 54 родов, из них 3 (5,5%) преждевременных (плодами массой 2400,0; 2550,0; 2700,0 г). В основной группе у 94 повторнородящих в прошлом было 113 родов, из них 47 – пре-

ждевременных (плодами массой от 760,0 до 1800,0 г). У 11 рожениц из основной группы (4,6%) недонашивание было наследственного генеза.

Кесарево сечение в прошлом перенесли 6 (6,0%) женщин из контрольной группы и 31 (32,9%) – из основной, т.е. в 5,1 раза чаще ($p < 0,01$).

В основной группе 11 рожениц (4,6%) до наступления настоящей беременности лечились по поводу первичного бесплодия.

Из гинекологических заболеваний у 18 рожениц контрольной группы (в 18,0%) в анамнезе были воспалительные процессы матки и придатков, у 14 (14,0%) – эктопии шейки матки; у 4 (4,0%) – киста яичника, у 2 (2,0%) – миома матки (с субсерозным расположением узлов), у 17 (17,0%) – кольпит.

В основной группе воспалительные процессы внутренних гениталий ранее перенесли 112 (47,0%; $p < 0,01$); эктопию шейки матки лечили 84 (35,3%; $p < 0,01$); миома матки была диагностирована у 36 (15,1%; $p < 0,01$); киста яичника – у 31 (13,0%; $p < 0,01$) пациентки.

Обращала внимание высокая частота инфекций у рожениц основной группы. Из них цитомегаловирус был верифицирован у 65 (37,3%); хламидии – у 46 (19,3%); микоплазмы – у 34 (14,3%); вирус гепатита С – у 32 (13,4%); папилломовирус – у 30 (12,6%); уреаплазма – у 22 (9,3%) женщин.

Из экстрагенитальной патологии наиболее часто у рожениц основной группы во время беременности отмечалась анемия: легкой степени – у 116 (в 48,7%; $p < 0,05$), средней тяжести – у 33 (13,8%; $p < 0,05$), тяжелая – у 4 (1,7%). В контрольной группе анемия легкой степени выявлена перед родами только у 14 (в 14,0%) женщин.

Последняя беременность у 71 (29,8%; $p < 0,05$) женщины основной группы осложнилась ранним токсикозом – рвотой, у 117 (49,1%; $p < 0,05$) – хронической фетоплацентарной недостаточностью (ХФПН), у 85 (35,7%; $p < 0,05$) – синдромом задержки роста плода. У 130 из них (в 54,6%; $p < 0,05$) в срок беременности 29–34 недели возник гестоз легкой и средней степени тяжести.

В контрольной группе ранний токсикоз (рвота) наблюдался у 3 (в 3,0%), гестоз легкой и средней степени тяжести – у 5 (5,0%).

По данным УЗИ у 64 (в 26,8%; $p < 0,05$) женщин основной группы диагностировано преждевременное старение плаценты; у 67 (в 28,1%; $p < 0,05$) – маловодие, у 31 (в 13,0%; $p < 0,05$) – многоводие.

В контрольной группе рожениц такой патологии не выявлено.

При анализе результатов УЗИ мы обратили внимание на особенности локализации плаценты в матке у рожениц основной группы: у 111 (в 46,6%; $p < 0,05$) она располагалась на передней стенке, у 87 (в 36,5%; $p < 0,05$) – на задней, у 8 (в 3,4%) – в дне и только у 32 (в 13,4%) – на боковых стенках. В отличие от них у женщин контрольной группы локализация плаценты на боковых стенках матки наблюдалась в 90,0% случаев (у 90 женщин; $p < 0,05$), у 3 (в 3,0%) – по передней, и у 1 (1,0%) – по задней. У двух женщин из этой группы диагностировано низкое расположение плаценты.

У 99 рожениц (в 41,6%; $p < 0,05$) преждевременные роды начались с дородового излития вод. В 12 (5,0%) случаях причиной их послужила истмико-цервикальная недостаточность с пролабированием плодного пузыря.

Следует также отметить, что у 102 (в 42,8%; $p < 0,05$) основной группы констатирована функциональная «незрелость» шейки матки (по шкале Бишопа). В контрольной группе такое осложнение отмечено только у 4 (в 4,0%).

Per vias naturales родоразрешены 105 женщин (44,0%) основной группы. Основными показаниями к досрочному родоразрешению служили: несвоевременное излитие околоплодных вод при начавшейся регулярной родовой деятельности и «зрелой» или «почти зрелой» шейке матки – 68 (64,7%); отсутствие эффекта от токолитической терапии в течение 3 суток – 14 (13,3%); ХФПН при манифестной гипоксии плода – 23 (21,9%).

При этом общая продолжительность родового акта составила в среднем 5 часов 59 минут $\pm$ 41,7 минуты; первого периода – 5 часов 07 минут $\pm$ 43,3 минуты; второго периода – 18,1 $\pm$ 2,4 минуты; третьего периода – 5,6 $\pm$ 0,7 минуты, т.е. роды протекали по типу быстрых, без патологии последового периода.

У женщин контрольной группы общая продолжительность родов составила в среднем 11 часов 26 минут $\pm$ 1 час 7 минут; первого периода – 9 часов 41 минута $\pm$ 1 час 07 минут; второго периода – 61,7 минут $\pm$ 28,3 минуты; третьего периода – 43,3 минуты $\pm$ 9,2 минуты.

В 4 случаях в связи с затянувшимся последовым периодом и начавшимся маточным кровотечением произведено ручное отделение плаценты и удаление последа.

Операцией кесарева сечения были родоразрешены 133 (56,0%) основной группы. Основными показаниями для оперативного родоразрешения служили: хроническая фетоплацентарная недостаточность – у 78 (в 58,6%; $p < 0,05$); синдром задержки ро-

ста плода (по данным УЗИ) – у 68 (51,1%; $p < 0,05$); отсутствие эффекта от проведенной терапии хронической гипоксии плода (подтвержденного КТГ) – у 46 (35,0%; $p < 0,05$); преждевременное излитие вод при «незрелой» шейке матки – у 19 (14,3%; $p < 0,05$); преждевременное излитие вод при поперечном положении плода – у 20 (15,0%; $p < 0,05$); тазовое предлежание плода – у 8 (6,0%); преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – у 7 (5,3%); отсутствие эффекта от проводимой терапии гестоза – у 32 (24,0%; $p < 0,05$); угроза разрыва матки по рубцу – у 7 (5,3%); маточное кровотечение при полном предлежании плаценты – у 2 (1,5%). Сочетание указанных факторов наблюдалось у 74 рожениц (в 55,6%).

В контрольной группе операции кесарева сечения родоразрешены 4 роженицы (4,0%). Показаниями в 2 случаях служила преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, а в 2 (2,0%) – несостоятельность рубца на матке.

Несмотря на проводимую профилактическую антибактериальную терапию, у 11 рожениц (в 4,6%) основной группы в послеродовом периоде развился метроэндометрит, в том числе у 8 – после операции кесарева сечения.

Из новорожденных основной группы 172 (72,3%; $p < 0,05$) ребенка по состоянию нуждались в интенсивной терапии и выживании. В том числе 121 – после оперативного родоразрешения (в 70,4%; $p < 0,05$) и 51 (29,6%) после родов через естественные родовые пути ($p < 0,05$). Все новорожденные, нуждавшиеся в интенсивном уходе, были из 2 и 3 подгрупп рожениц.

Анализ представленных данных показал, что преждевременные роды продолжают стабильно сохранять одно из лидирующих мест в мировой практике среди осложнений гестации, причем декларируемая частота их зависит, по-видимому, от объема анализируемого клинического материала и профиля лечебного учреждения, предоставляющего информацию.

Но при любых обстоятельствах в проблеме преждевременных родов, по нашему мнению, особое внимание необходимо обратить на более подробное выявление факторов риска ПР [4, 5, 7].

Согласно полученным нами данным, наряду с такими «классическими» причинными факторами, как воспалительные процессы внутренних гениталий, искусственные аборты в анамнезе, у данного контингента беременных почти в 100% случаев отмечается патологическая имплантация плодного яйца и последующая плацентация, что

изначально создает неблагоприятные условия для васкуляризации плацентарного ложа и трофики эмбриона (плода). Подтверждением тому является высокая частота у них ХФПН, гипоксии плода и СЗРП. Кроме того, расстройства менструальной функции, высокая частота неразвивающейся беременности, спонтанное возникновение регулярной сократительной деятельности матки без физиологической готовности родовых путей, а именно шейки матки, к экспульсии плода, свидетельствует не только о гормональном дисбалансе, но и о глубоких нейрогормональных расстройствах центральных и периферических механизмов регуляции репродуктивного процесса [1]. Этим можно объяснить низкую эффективность токолитической терапии при угрожающих и тем более при начавшихся преждевременных родах [8].

Необходимо также отметить, что в патогенезе ПР провоцирующие факторы не являются универсальными. Как показал анализ, для первой подгруппы женщин (масса плодов 1500,0–2500,0 г) наиболее частой причиной ПР служат перечисленные выше нейрогормональные расстройства, в то время как у рожениц с низкой и экстремально низкой массой плода одним из ведущих факторов являются инфекции, в том числе вирусные.

Нуждается в дополнительном исследовании высокая частота анемий у родильниц с преждевременными родами.

Представленные результаты дают основание считать, что для успешного решения проблемы ПР необходимо более подробно выяснять факторы риска в каждом наблюдении, с учетом которого (которых) своевременно проводить превентивную терапию, направленную на коррекцию гемодинамики в маточно-плацентарной системе, восстановление физиологического нейроэндокринного гомеостаза (с участием невролога и эндокринолога), профилактику и полноценное лечение TORCH-инфекций (желательно вне беременности).

Список литературы

1. Андреева Н.А. Обоснование применения лазерного излучения, янтарной кислоты и эмоксипина в лечении эндотоксикоза и расстройств регионарной гемодинамики при неразвивающейся беременности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Саранск, 2004. – 17 с.
2. Гармаева Е.Д. Преждевременные роды / Е.Д. Гармаева, Е.А. Батоева, А.Р. Дамбаева и др. // Вестник Бурятского университета. – 2010. – № 12. – С. 143–147.
3. Кулавский Е.В. Актуальные проблемы преждевременных родов в современном акушерстве / Е.В. Кулавский,

В.А. Кулавский // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – Т.6, № 1. – С. 49–53.

4. Макаров О.В. Современные подходы к прогнозированию преждевременных родов / О.В. Макаров, И.В. Бухарева, И.А. Кузнецов и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – № 7. – С. 10–15.

5. Савельева Г.М. Проблемы преждевременных родов в современном акушерстве / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, А.Г. Плеханова и др. // Практическая медицина. – 2010. – № 4 (43). – С. 7–12.

6. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. – М.: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 448 с.

7. Юрасова Е.А. Преждевременные роды // Дальневосточный медицинский журнал. – 2008. – № 8. – С. 118–122.

8. Mackeen A.D. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes / A.D. Mackeen, J. Seibel-Seamon, J. Grimes-Dennis et al. // Cochrane Database Syst. Rev. – 2011. – V.5, № 10. – CD007062.

References

1. Andreeva N.A. Obosnovanie primeneniya lazernogo izlucheniya, jantarnoj kisloty i jemoksipina v lechenii jendotoksikoza i rasstrojstv regionarnoj gemodinamiki pri nerazvivajushhejsja beremennosti: avtoref. diss. ... kand. med. nauk. Saransk, 2004. 17 p.
2. Garmayeva E.D. Prezhdevremennye rody / E.D. Garmayeva, E.A. Batoeva, A.R. Dambaeva i dr. // Vestnik Burjatskogo universiteta. 2010. no. 12. pp. 143–147.
3. Kulavskij E.V. Aktual'nye problemy prezhdevremennyh rodov v sovremenном akusherstve / E.V. Kulavskij, V.A. Kulavskij // Medicinskij vestnik Bashkortostana. 2011. T.6, no. 1. pp. 49–53.
4. Makarov O.V. Sovremennye podhody k prognozirovaniyu prezhdevremennyh rodov / O.V. Makarov, I.V. Buhareva, I.A. Kuznecov i dr. // Rossijskij vestnik akushera-ginekologa. 2007. no. 7. pp. 10–15.
5. Savel'eva G.M. Problemy prezhdevremennyh rodov v sovremenном akusherstve / G.M. Savel'eva, R.I. Shalina, A.G. Plehanova i dr. // Prakticheskaja medicina. 2010. no. 4 (43). pp. 7–12.
6. Sidel'nikova V.M., Antonov A.G. Prezhdevremennye rody. Nedonoshennyj rebenok. Izd-vo: GJeOTAR-Media, 2006. 448 p.
7. Jurasova E.A. Prezhdevremennye rody // Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal. 2008. no. 8. pp. 118–122.
8. Mackeen A.D. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes / A.D. Mackeen, J. Seibel-Seamon, J. Grimes-Dennis et al. // Cochrane Database Syst. Rev. 2011. Vol. 5, no. 10. CD007062.

Рецензенты:

Зорькина А.В., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии и функциональной диагностики, ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск;

Мосина Л.М., д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии, ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск.

Работа поступила в редакцию 19.02.2015.