

Медицинские и социальные аспекты преждевременных родов

И.И.Баранов¹, Ю.П.Скрипниченко^{1,2}, З.З.Токова¹, И.Н.Кузьмич²

¹ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Минздрава России, Москва;

²Женская консультация №2, ГБУЗ ГКБ им. А.К.Ерамишанцева Департамента здравоохранения г. Москвы

Резюме

Представлены материалы по частоте, причинам, факторам риска преждевременных родов.

Ключевые слова: преждевременные роды, недоношенные новорожденные, заболеваемость и смертность.

Medical and social aspects of preterm birth

I.I. Baranov, Yu.P. Skripnichenko, Z.Z. Tokova, I.N. Kuz'mich

Summary

Presents information on the frequency, causes, risk factors for preterm birth.

Key words: preterm labor; preterm infants; morbidity and mortality.

Сведения об авторах

Баранов Игорь Иванович – д-р. мед. наук, проф., зав. оргметодотделом ФГБУ НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова. E-mail: i_baranov@oparina4.ru

Скрипниченко Юлия Петровна – аспирант ФГБУ НЦАГиП им. акад. В.И., врач акушер-гинеколог женской консультации №2 ГБУЗ ГКБ им. А.К.Ерамишанцева. E-mail: wonder_julia@mail.ru

Токова Зоя Зулкарнаевна – д-р. мед. наук, проф., консультант оргметодотдела ФГБУ НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова. E-mail: z_tokova@oparina4.ru

Кузьмич Ирина Николаевна – зав. филиалом №3 ГБУЗ ГКБ им. А.К.Ерамишанцева

Одним из важных показателей оценки репродуктивного здоровья населения являются преждевременные роды, приводящие к значительным репродуктивным потерям. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), преждевременными считаются роды, произошедшие на сроке от 22 до 37 нед беременности (от 154 до менее 259 дней). Преждевременные роды делят по срокам гестации на очень ранние преждевременные роды – 22–27 нед, ранние преждевременные роды – 28–33 нед и преждевременные роды – 34–37 нед, что связано с особенностями акушерской тактики и исходами преждевременных родов [1]. По результатам научных исследований, около 5% преждевременных родов происходит при сроке до 28 нед беременности, около 15% – в 28–31-ю неделю, около 20% – в 32–33-ю недели, 60–70% – в 34–37 нед [2].

По данным Кохрановского руководства, частота преждевременных родов не изменилась за последние 50 лет, несмотря на прогресс в оказании медицинской помощи, в том числе широкое применение с 1970-х годов β-адреномиметиков в качестве токолитических средств [3].

Частота преждевременных родов в мире составляет 5–10%, меняется от региона к региону, не одинакова в разных странах; в развитых странах в последние годы повышается в результате применения новых репродуктивных технологий [4]. По данным литературы, в начале настоящего столетия уровень этого показателя в США был 10,1%, Англии – 7,8%, Франции – 7,2%, Германии – 9–10%, Венгрии – 10% [1]. В Норвегии частота преждевременных родов колеблется по районам от 5 до 7,8%, составляя в среднем 7%. В США в 1981 г. этот показатель составил 9,5%, а в 2005 г. – 12,7% [2] и отличается у разных этнических групп: в США и Великобритании у афроамериканских и афрокарибских женщин преждевременные роды у 16–18% по сравнению с 5–9% для белых женщин. В Восточной Азии, Испании показатели недонашиваемости низки, в Южной Азии, в том числе на Индийском субконтиненте, высок уровень рождения детей с низкой массой тела, что обусловлено снижением роста плода, но при этом процент преждевременных родов не увеличился [2]. По результатам исследований R.Goldenberg и соавт. (2008 г.), в США около 20–25% беременных женщин курят, из них 12–15% продолжают курить во время беременности, а никотин повышает риск преждевременных родов.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра «Преждевременные роды» имеют самостоятельную рубрику O60 – начало родов (спонтанное) ранее 37 пол-

ных недель беременности [5]. Учет преждевременных родов в нашей стране осуществляется по ежегодной статистической отчетной форме Минздрава России №32 «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам». В Российской Федерации до последнего времени учет преждевременных родов проводился с 28 нед беременности, а в экономически развитых странах – с 22 нед, в этой связи показатели перинатальных потерь были не сопоставимы.

Данные по Российской Федерации

В РФ частота преждевременных родов (28–37 нед беременности) за последние годы была следующей: 2008 г. – 3,6% от общего числа родов; 2009 г. – 4,1%; 2010 г. – 3,8%; 2011 г. – 3,9%. В связи с переходом с 2012 г. России на критерии регистрации рождения, рекомендуемые ВОЗ (масса тела плода 500 г и более, срок беременности 22 нед и более) [6] доля преждевременных родов в сроке 22–37 нед в 2012 г. составила 4,3% [7].

По материалам (форма №32) женской консультации №2 Северо-Восточного административного округа Москвы, в 2012 г. доля очень ранних преждевременных родов в 22–27 нед беременности составила 0,2% из числа закончивших беременность родами, доля преждевременных родов в 28–37 нед беременности – 2,3%, а доля всех преждевременных родов в 22–37 нед беременности – 2,5%.

Этиопатогенез

Этиопатогенез преждевременных родов до конца не изучен. Преждевременные роды в 22–27 нед (масса плода от 500 до 1000 г) чаще всего обусловлены истмико-цервикальной недостаточностью, инфицированием нижнего полюса плодного пузыря и преждевременным его разрывом. Преждевременные роды при сроке гестации 28–33 нед (масса плода 1000–1800 г) и преждевременные роды при сроке гестации 34–37 нед (масса плода 1900–2500 г и более) обусловлены разнообразными причинами: возрастом женщины (до 20 лет и после 35 лет), преэклампсией, многоплодной беременностью и т.д. Наибольший процент прерывания беременности приходится на сроки 34–37 нед беременности, тогда как в сроки беременности 22–27 нед – в 12 раз реже. Высокая заболеваемость и смертность недоношенных новорожденных отмечается в ранних сроках – 22–33 нед гестации.

Преждевременные роды – это многофакторный процесс. В 1970–80-е годы мировая научная общественность обсуждала статьи о выявленных социальных факторах

- стресс матери и/или плода, обусловленный наличием экстрагенитальной патологии, осложнений беременности и плацентарной недостаточности;
- тромбофилические нарушения, ведущие к отслойке плаценты, тромбозам в плаценте;
- перерастяжение матки при многоплодии, многоводии, пороках развития матки, инфантилизме [8].

Неонатальная заболеваемость и смертность

Высокая частота осложнений беременности и самих преждевременных родов обуславливает значительную неонатальную заболеваемость и смертность. На долю недоношенных детей приходится 60–70% случаев ранней неонатальной смертности, 50% неврологических заболеваний [11]. Мертворождаемость при преждевременных родах наблюдается в 8–13 раз чаще, чем при своевременных. В развитых странах летальный исход у детей с массой тела при рождении 1000–1500 г снизился с 50 до 5%, смертность детей с массой тела 500–1000 г – с 90 до 20% [12].

Выживаемость недоношенных детей значительно улучшилась с развитием интенсивной неонатальной помощи. Хотя большинство недоношенных детей выживают, они подвергаются повышенному риску нарушения нервной, дыхательной системы, желудочно-кишечным осложнениям. Чем меньше срок беременности в момент родов, тем выше риск заболеваемости и смертности для ребенка.

Финские ученые подсчитали, что снижение перинатальной смертности обусловлено на 40% улучшением социальных условий жизни, 35% – развитием экономики страны и 30% – медико-организационными мероприятиями [13].

Показатель младенческой смертности в России при новых критериях рождения [6], по данным Росстата, повысился с 7,4 до 8,7‰ (на 17,6%). Уровень перинатальной смертности увеличился с 7,17 в 2011 г. до 10,0 на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми в 2012 г. (на 39,7%); показатель мертворождаемости – с 4,5 до 6,34‰ (на 40,9%), а ранней неонатальной смертности – с 2,7 до 3,6‰ (на 33,3%). Уровень перинатальной смертности в акушерских стационарах в 2012 г. увеличился на 45,1%, в основном за счет учета детей с массой тела 500–999 г, и составил 9,75 на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми – против уровня 6,72% в 2011 г. в отношении детей с массой тела 1000 г и более. По данным Л.П.Сухановой, в акушерских стационарах 2-го уровня проводится 53,2% преждевременных родов и 50,3% родов в сроке 22–27 нед [14].

Преждевременные роды: аспекты проблемы

О тяжести контингента женщин с ранними преждевременными родами свидетельствует высокая частота их оперативного родоразрешения и вынужденных операций акушерской гистерэктомии в течение всех лет. Так, по среднегодовому показателю за 5 лет частота гистерэктомии в процессе прерывания беременности у женщин со сроком гестации 22–27 нед в 18,6 раза превышает показатель в родах (28,4) на 1 тыс. прерываний в сроке 22–27 нед против 1,53 на 1 тыс. родов в сроке 28 нед и более. Частота операции малого кесарева сечения (307,0 на 1 тыс. прерываний в сроке 22–27 нед по среднегодовому показателю за 2008–2012 гг.) в 1,4 раза выше показателя в сроке 28 нед и более (219, 2 на 1 тыс. родов) – при более высокой летальности в малых сроках беременности. Частота осложнений при операции малого кесарева сечения – 0,55 на 100 операций, что выше, чем в сроке 28 нед и более (0,35) [14].

В работах отечественных исследователей был показан повышенный риск материнской смертности, связанный с преждевременными родами. Так, ведущими причинами смерти женщин при преждевременных родах были гестоз – 26,6%, экстрагенитальные заболевания – 23,4%, кровотечения – 21,9% и сепсис – 12,4%. В группе женщин, умерших при своевременных родах, первое место среди причин смерти заняло кровотечение (25,8%), на втором месте сепсис (22,3%), на третьем – разрыв матки (18,2%), на четвертом – экстрагенитальные заболевания (9,9%) [15].

По данным исследований М.Е.Матвеевко (2002 г.), клиническому анализу подвергнута первичная медицинская документация на 82 случая материнской смерти при многоплод-

ной беременности, наступившей у 81 женщины самостоятельно, у 1 – после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов, после родов умерли 93,9% пациенток, из них после преждевременных родов – 48,7% [16].

Среди умерших матерей в 2008 г. в России роженицы и родильницы составили 69,4%, из них умершие при преждевременных родах – 31,3%. Исследование показало, что преждевременные роды при их частоте в популяции 3,4% обуславливают 21,7% случаев смерти матерей. В связи с этим профилактика преждевременных родов является резервом снижения материнской смертности [15].

Тактика ведения и лечения угрозы преждевременных родов учитывает возможные причины преждевременных родов и определяется: сроком гестации, состоянием матери и плода, наличием целого плодного пузыря, характером сократительной деятельности матки, степенью изменений шейки матки, наличием кровотечения и его тяжестью [8]. Основными задачами при ведении женщин с угрозой преждевременных родов являются пролонгирование беременности до оптимального срока родов, своевременная профилактика и коррекция возникающих осложнений, наблюдение за состоянием и развитием плода, правильный выбор метода родоразрешения, рациональное ведение родов и послеродового периода [3]. Терапия для предотвращения преждевременных родов, способы родоразрешения при них, эффективность или опасность вмешательств, не имеющих необходимую доказательную базу, изложены в Кохрановском руководстве, а также в клиническом протоколе по преждевременным родам [17]. Знание этих документов изменит приоритеты в отечественной службе родовспоможения от излишней «акушерской агрессии» в сторону превентивной базовой помощи, исходя из основного принципа перинатального акушерства – обеспечения безопасности женщины и ребенка.

Для понимания причин и более раннего лечения преждевременных родов, а не их следствия, остро ставится вопрос о внедрении в клиническую практику маркеров преждевременных родов. Известно, что преждевременным родам сопутствует дисбаланс про- и антиангиогенных факторов, являющийся, по-видимому, результатом активности определенных аллелей. С прогрессом молекулярной биологии появилась возможность выделить ДНК практически любого белка из биологических жидкостей (околоплодные воды, моча, цервикальная слизь, влагалищные выделения, сыворотка, плазма, слюна) с помощью полимеразной цепной реакции. Проводится попытка найти молекулярные предикторы преждевременного развития родовой деятельности, что позволит подобрать рациональную этиопатогенетически обоснованную терапию.

Заключение

Преждевременные роды являются медико-социальной проблемой и связаны с низким социально-экономическим, образовательным статусом женщины, нередко стрессом, тяжелым физическим трудом. Частота преждевременных родов в мире колеблется от 5 до 10%. Изучена роль инфекции, преждевременного излития околоплодных вод, истмико-цервикальной недостаточности, многоплодной беременности, отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза в возникновении преждевременных родов. Вместе с тем в 40–50% случаев причину преждевременных родов установить не удастся. Известно, что женщины с преждевременными родами составляют группу риска высоких репродуктивных потерь. В последнее время особый интерес представляет поиск предикторов преждевременных родов для того, чтобы выявить группы риска по развитию этого осложнения и предупредить его, чему и посвящено наше научное исследование.

Литература

1. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. *Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. Руководство для врачей.* М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006; с. 447.
2. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. *Epidemiology and causes of preterm birth.* Lancet 2008; 371: 75–84.
3. Кохрановское руководство *Беременность и роды (пер. с англ. под ред. Г.Т.Сухих).* М.: Логосфера, 2010; с. 152–84.

4. Goldenberg RL, Rouse DJ. The prevention of premature birth. *N Engl J Med* 1998; 339: 313–20.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр). Т. 1. Ч. 2. ВОЗ, Женева, 1992; с. 74.
6. Приказ Минздрава России от 27.12.2011 №1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи».
7. Отчетная форма №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» за 2012 г.
8. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности. Руководство для практикующих врачей. М.: МИА, 2011; с. 534.
9. Мартыненко П.Г., Волков В.Г. Прогнозирование преждевременных родов на основе выявления наиболее значимых факторов риска. *Акуш. и гинекол.* 2012; 1: 103–7.
10. Заугстад Ола Дидрик. Недоношенный ребенок (пер. с норвежского под ред. Е.Н.Байбариной). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012; с. 190.
11. Slattery MM, Morrison JJ. Preterm delivery. *Lancet* 2002; 360: 1489–97.
12. Преждевременные роды. В кн.: Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014; с. 105–35.
13. Комаров Ю.М., Самсыгина Г.А., Алексеев В.А. Опыт Финляндии в снижении перинатальной и младенческой смертности. *Педиатрия.* 1990; 4: 100–3.
14. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М.: ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, 2013; с. 208.
15. Токова З.З., Тетруашвили Н.К., Ан А.В. Материнская смертность при преждевременных родах. *Акуш. и гинекол.* 2010; 6: 97–101.
16. Матвеев М.Е. Материнские потери при многоплодных родах. *Дис. ... канд. мед. наук.* М., 2002; с. 132.
17. ФГБУ НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова Минздрава России. Институт здоровья семьи. Преждевременные роды. Клинический протокол (Прил.). *Акуш. и гинекол.* 2011; 4: 17–30.

Гормональная контрацепция с применением дезогестрелсодержащего препарата

С.А.Леваков, Н.А.Шешукова
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России

Резюме

В настоящей статье представлены современные сведения о существующих методах гормональной контрацепции, освещены медицинские и клинические аспекты приемлемости использования гормональных противозачаточных средств. Сделан важный акцент на преимуществах применения препарата Лактинет у женщин в послеродовом периоде, кормящих грудью и женщин старше 40 лет.

Ключевые слова: контрацепция, прогестагены, дезогестрел, послеродовый период, период лактации.

Hormonal contraception with desogestrel-induced medication use

S.A.Levakov, N.A.Sbesbukova

Summary

This article presents current information on existing methods hormonal contraception, covered medical and clinical aspects acceptability of hormonal contraceptives.

An important emphasis is made on the benefits of Laktinet® in women of postpartum period, and breastfeeding women older than 40 years.

Key words: contraception, progestogens desogestrel, postpartum period, the period of lactation.

Сведения об авторах

Леваков Сергей Александрович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. E-mail: levakoff@yandex.ru

Шешукова Наталья Алексеевна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии ФППОВ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. E-mail: dr.Sbesbukova@mail.ru

Рекомендации по контрацепции являются одним из компонентов качественной профилактики незапланированной беременности и сохранения репродуктивного здоровья женщин.

Терапевтический принцип в выборе контрацептивов сегодня остается прежним: использование таких форм препаратов, которые обеспечивают эффективную контрацепцию при максимально возможной безопасности в разные возрастные и физиологические периоды женщины. Идеальный метод контрацепции должен быть стопроцентно эффективным, полностью обратимым, целиком приемлемым и лишенным выраженных побочных эффектов [1–5].

Для предупреждения наступления незапланированной беременности и регуляции репродуктивной функции используются следующие контрацептивные методы и средства:

1. Биологические: ритм-метод, температурный метод, метод лактационной аменореи.
2. Механические: шеечные колпачки, влагалищные мембраны, внутриматочные контрацептивы, презервативы.
3. Химические: спермициды.
4. Гормональные: эстроген-гестагенные оральные контрацептивы, таблетированные и инъекционные прогестинные препараты, подкожные импланты, внутриматочные контрацептивы с левоноргестрелом.
5. Хирургические: стерилизация.

Среди перечисленных методов предупреждения нежелательной беременности наиболее эффективным считается гормональная контрацепция – препараты женских половых органов: эстрогены и прогестагены или только прогестагены. Гормональные контрацептивы выпускаются в виде таблеток, растворов для инъекций, подкожных имплантов, влагалищных колец и внутриматочных контрацептивов [6].

Один из распространенных методов контрацепции – использование комбинированных контрацептивов (монофазных, двух- и трехфазных). Эти препараты принимают ежедневно в течение 21 дня, начиная с 1-го дня менструации, затем делают перерыв 7 дней. Существуют комбинированные оральные контрацептивы (КОК), которые принимают без перерыва.

Широкое применение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов обусловлено наличием у них дополнительных преимуществ оральной контрацепции – неконтактных сопутствующих эффектов (протективное действие в отношении развития доброкачественных и злокачественных новообразований матки и придатков, а также защита от воспалительных процессов тазовых органов). Кроме того, эти противозачаточные средства эффективно используются для лечения дисфункциональных маточных кровотечений, дисменореи, предменструального синдрома, эндометриоза и др.