

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

М.Э. Суяркулова, Г.С. Бабаджанова

Ташкентская медицинская академия

✓ Резюме

Преждевременные роды и рождение недоношенных детей являются важной медицинской и социальной проблемой в мире. Частота их не снижается во всем мире, несмотря на проводимые исследования в этом направлении. В данном исследовании изучена роль современных перинатальных технологий в снижении частоты перинатальной заболеваемости и смертности среди недоношенных детей, снижении рождения детей с чрезвычайно малой массой тела при рождении путем пролонгирования беременности до жизнеспособности плода.

Ключевые слова: пути совершенствования перинатальной помощи, профилактика преждевременных родов, перинатальные потери.

WAYS OF IMPROVING PERINATAL CARE IN PREVENTING PREMATURE LABOR AND PERINATAL LOSSES

Suyarkulova M.E., Babadjanova G.S.

Tashkent medical academy

✓ Resume

Premature birth and premature birth are an important medical and social problem in the world. Their frequency is not decreasing all over the world, despite the ongoing research in this direction. This study investigated the role of modern perinatal technologies in reducing the incidence of perinatal morbidity and mortality among premature babies, reducing the birth of children with extremely low birth weight by prolonging pregnancy until the viability of the fetus.

Keywords: ways of improving perinatal care in preventing, premature labor and perinatal losses.

МУДДАТИДАН ИЛГАРИ ТУҒРУҚЛАР ВА ПЕРИНАТАЛ ЙЎҚОТИШЛАРНИ ПРОФИЛАКТИКАСИДА ПЕРИНАТАЛ ЁРДАМНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Суяркулова М.Э., Бабаджанова Г.С.

Тошкент тиббиёт академияси

✓ Резюме

Муддатидан олдинги туғруқ ва чала болаларнинг туғилиши дунёда жиддий тиббий ва ижтимоий муаммо сифатида аҳамият касб этмоқда. Шу йўналишга қаратилган илмий-тадқиқотларга қарамасдан уларни учраши бутун дунёда камайиши кузатилмаяпти.

Ушбу илмий изланишда чала туғилган чаалоқларда перинатал касаллик ва ўлимлар камайишида, ниҳоятда кам вазнли болалар туғилишини олдини олиш учун ҳомила яшаб кетадиган муддатигача ҳомиладорликни узайтиришда замонавий перинатал технологиялар аҳамияти ўрганилган.

Калит сўзлар: муддатидан илгари туғруқлар, перинатал йўқотишларни профилактикаси, перинатал ёрдамни такомиллаштириш.

Актуальность

Преждевременные роды и рождение недоношенных детей, влияние их на качество жизни новорожденных являются серьезной медицинской и социальной проблемой во всём мире. Несмотря на многочисленные исследования в этом направлении, частота преждевременных родов не снижается [3]. Согласно данным ВОЗ, ежегодно в мире: 15 миллионов детей рождаются «слишком рано»; 7,6 миллион детей умирают до своего пятого дня рождения. Более 40% этих смертей случаются в течение первого месяца жизни, то есть в неонатальном периоде; 1,1 миллиона детей умирают непосредственно от осложнений преждевременных родов. Преждевременные роды – вторая ведущая причина смерти детей младше 5 лет после пневмонии. Преждевременные роды это проблема практически всех стран мира и развитых, и развивающихся, с невысокой эффективностью лечения, связано со значительными затратами на выхаживание недоношенных детей; кроме того, это значительная социальная проблема в семье.

Развитие тяжелых форм гипертензивных состояний беременных после 22 недель гестации или тяжелая соматическая патология, которая усугубляется в конце II-или в III-триместрах беременности зачастую ставит врача перед выбором в пользу матери и является показанием к досрочному родоразрешению. При этом жизнеспособности плода, которому предстоит родиться преждевременно, также уделяется немаловажное значение. Ряд современных перинатальных технологий, предложенные ВОЗ, такие как подготовка сурфактантной системы плода, изучение состояния фетоплацентарного комплекса и состояния плода, оценка состояния функции жизненно важных органов матери приобретают в этом плане особое значение. [1, 2, 6].

По данным зарубежных авторов, пролонгирование беременности на 1 неделю для новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении, сопровождается снижением неонатальной смертности недоношенных детей на 30%. Это создает возможность транспортировать пациентку в стационар III уровня, имеющий в своей структуре отделение интенсивной терапии для недоношенных детей, позволяет провести профилактику синдрома дыхательных расстройств новорожденного [7, 22].

В Узбекистане, преждевременные роды как причина ранней неонатальной смерти,

составляет 41–46% по данным 2014 – 2016 годов соответственно. Все это свидетельствует о важности проблемы преждевременных родов и рождения детей с малой массой тела. Применение современных перинатальных технологий способствует улучшению перинатальных исходов при преждевременных родах [2, 19, 21, 28].

ВОЗ определяет преждевременные роды как все рождения до 37 полных недель беременности или ранее 259 дней от первого дня последней менструации. В зависимости от срока гестации преждевременные роды подразделяются на крайне преждевременные (от 22 до 28 недель), очень преждевременные (от 28 до 32 недель) и умеренно преждевременные (от 32 до 37 полных недель беременности). Среди умеренно преждевременных родов можно выделить поздние преждевременные роды (от 34 до 37 полных недель).

Преждевременные роды – синдром, обусловленный рядом причин, который можно классифицировать в две широкие категории:

- спонтанные преждевременные роды в результате преждевременного разрыва плодных оболочек, излития околоплодных вод и развития родовой деятельности;
- преждевременные роды, происшедшие в результате индукции родов или планового кесарева сечения до 37 полных недель гестации по показаниям со стороны матери или плода.

В нашей стране критерии учета живорожденных, предложенные ВОЗ, были приняты в 2014 годы. Ведущей причиной преждевременных родов является преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) [19, 21, 23, 28]. ПРПО представляет собой большую опасность не только для плода, но и для матери в связи с присоединением или обострением инфекционного процесса с последующим развитием плацентита, хориоамнионита и септических осложнений. Это подтверждают и исследования околоплодных вод.

Изучение перинатальных исходов у пациенток, беременность которых осложнилась ПРПО в сроки 22–35 недель при применении консервативно-выжидательной тактики ведения беременности, показало, что консервативно-выжидательная тактика способствует ускоренному созреванию легких плода, уменьшая частоту тяжелых форм синдрома дыхательных расстройств (СДР) у

плода, снижает процент инвалидизации у детей в данной группе [6, 7, 8, 18, 27].

Еще одной важной проблемой являются преждевременные роды в результате досрочного родоразрешения в связи с угрожающим жизни заболеванием беременной или осложнением беременности. При этом наиболее частыми осложнениями беременности являются: тяжелая степень преэклампсии, токсический гепатоз, HELLP-синдром, предлежание плаценты или отслойка плаценты, СОРП и др. [9, 15, 16, 20]. Тяжелые формы соматического заболевания, такие как пороки сердца, острая сердечно-сосудистая или дыхательная недостаточность, тяжелые эндокринопатии или другие опасные состояния (тяжелая степень преэклампсии) могут быть причиной индукции преждевременных родов или операции кесарева сечения [10, 11, 13, 17, 29].

В последние годы в акушерстве наблюдается увеличение частоты индукции родов (родовозбуждения) и в развитых странах частота индуцированных родов достигает 20-25% [3, 11] (WHO recommendations for induction of labour, 2011). В Рекомендациях ВОЗ указано, что индукция родов не является безопасной процедурой, а эффективность зависит от правильного выбора показаний и противопоказаний, времени проведения, метода или последовательности применения методов, обоснованных в конкретной клинической ситуации. Современные подходы к прогнозированию, диагностике и лечению преждевременных родов, особенно осложненных гипертензивными состояниями, позволяют своевременно провести лечение, пролонгировать беременность до жизнеспособности плода, а при необходимости провести индукцию родов [24, 25, 26].

Индукция преждевременных родов проводится в случаях отсутствия эффекта от проводимого лечения (гипертензивные синдром, тяжелая преэклампсия, СОРП и др.). Преэклампсия встречается у 3–7% беременных женщин [4, 5, 12, 14]. Преэклампсия и эклампсия развивается после 20 недель гестации; до 25% случаев развивается в послеродовом периоде, как правило, в течение первых 4х дней, но иногда и до 6 недель после родов. Основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности среди недоношенных детей является синдром дыхательных расстройств (СДР), для профилактики которого

предложено применение кортикостероидов. Существуют 2 схемы профилактики СДР: 1) Бетаметазон – 12 мг в/м через 24 часа, всего 2 дозы на курс; 2) Дексаметазон – 6 мг в/м через 12 часов, всего 4 дозы на курс.

Максимальный эффект терапии стероидами развивается спустя 24 часа и продолжается неделю. К концу 2-ой недели эффект от терапии стероидами значительно снижается. В случае повторного возникновения угрозы преждевременных родов при сроке гестации менее 33 недели проводится второй курс профилактики СДР кортикостероидами, который целесообразно проводить спустя 2-3 недели после первого (уровень доказательности А). Второй курс профилактики является спорным вопросом из-за снижения веса плода при рождении.

Целесообразно так же назначение кортикостероидной терапии женщинам при сроке гестации 35-36 недель, в случае запланированного кесарева сечения при отсутствии у женщины родовой деятельности; это не влияет на исходы у новорожденных, однако снижает у детей риск развития дыхательных нарушений (уровень доказательности В).

Применение в последние годы у недоношенных детей сурфактанта является эффективным средством для лечения дыхательной недостаточности и позволяет в некоторых случаях улучшить состояние новорожденных [3,4].

Целью данного исследования было создание нового подхода к ведению беременных с угрозой преждевременных родов и при тяжелой преэклампсии для снижения перинатальных потерь при преждевременных родах.

Материал и методы

Нами проведены ретроспективные и проспективные исследования историй родов женщин, поступавших с угрозой прерывания или начавшимися преждевременными родами. Для определения частоты, причин и факторов риска развития самопроизвольных преждевременных родов и досрочного родоразрешения нами проведены ретроспективные исследования 560 историй родов женщин, поступавших на роды в родильное отделение Ферганского Областного перинатального центра (ФОПЦ) г.Ферганы за период 2013-2014гг.

Основу настоящего исследования составил проспективный анализ течения беременности у 209 женщин, поступавших с угрозой

преждевременных родов или преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО), а также на досрочное родоразрешение по медицинским показаниям в Ферганский областной перинатальный центр. Нами изучены состояние репродуктивной функции, клиническая картина угрозы прерывания беременности, исходы преждевременных родов, а также причины и осложнения, послужившие причиной досрочного родоразрешения у пациенток репродуктивного возраста, поступавших на роды в ФОПЦ. Сбор материала проходил за период 2017-2019 гг.

Всем женщинам, которые находились под нашим наблюдением, проводилось динамическое наблюдение, с ультразвуковым мониторингом состояния плода, фетоплацентарного комплекса и цервикометрией. Было проведено цветное доплеровское картирование с доплерометрией и определением качества кровотока в сосудах в маточных и пуповинных сосудах.

Первый этап исследований. В зависимости от проводимой тактики ведения, обследованные пациентки с угрозой преждевременных родов или ПРПО были разделены на 2 группы:

1 группа - 82 беременных женщины с угрозой преждевременных родов и/или с ПРПО, ведение которых проводилось с применением новых перинатальных технологий.

2 группа - 68 беременных женщин, поступивших с ПРПО и начавшейся родовой деятельностью, которым весь арсенал перинатальных технологий не был выполнен ввиду позднего перевода в перинатальный центр из 1 и 2го этапов родовспомогательных учреждений.

На втором этапе исследования были изучены течение беременностей, осложненных тяжелой преэклампсией. Эти женщины составили 3 группу - 59 беременных женщин, которые были направлены в ФОПЦ на досрочное родоразрешение по поводу тяжелой преэклампсии. Нами впервые были использованы возможности перинатального центра в проведении пролонгирования беременности при тяжелой патологии для снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

Контрольную группу составили - 35 здоровых беременных женщин с

физиологическим течением беременности в аналогичных сроках.

Средний возраст обследованных женщин составил $31,6 \pm 4,9$ лет. Сроки беременности обследованных были в пределах от 23 до 36 недель.

Подробно изучен соматический анамнез, данные о перенесенных в анамнезе и имеющихся в настоящее время сопутствующих заболеваниях. Проведены ретроспективные исследования менструальной функции, подробно изучена детородная функция и гинекологический анамнез обследованных беременных женщин путем анкетирования. Детально проводили изучение течения данной беременности, жалобы при поступлении, длительность клиники угрозы прерывания беременности.

Проводилось динамическое наблюдение и мониторинг состояния внутриутробного плода и состояния матери, которые позволяли пролонгировать беременность на фоне гипертензивных состояний до жизнеспособного срока плода с целью снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

С момента поступления беременной женщины в перинатальный центр проводилось стандартное клинко-лабораторное обследование. Всем беременным проведены ультразвуковые исследования фето-плацентарного комплекса с оценкой состояния плода и качества маточно-плацентарного кровотока путем доплерометрии. УЗИ проводили на аппарате Mindray с использованием датчиков для абдоминального исследования 3,5 МГц, а для проведения доплерометрических показателей качества кровотока в сосудах фето-плацентарного комплекса с высокочастотным датчиком 7,5 МГц.

Оценивали маточно-плацентарный и плодово-плацентарный кровотоки, согласно классификации величинами Ia – Ib – IIa – IIb – III степени в зависимости от вида сосудов (маточные, пуповинные, мозговые артерии плода) и величины ИР. Для определения степени риска начала родовой деятельности всем беременным проводили в динамике цервикометрию вагинальным датчиком, что позволяло определить риск наступления родов и необходимость назначения кортикостероидов для подготовки сурфактантной системы легких плода.

Результат и обсуждения

Ведение беременных с угрозой преждевременных родов, начавшимися преждевременными родами и беременных с тяжелой преэклампсией, поступивших на досрочное родоразрешение, проводили в соответствии с национальными стандартами и местными протоколами. Изучение соматического анамнеза показало, что у женщин с угрозой преждевременных родов в анамнезе часто отмечались простудные заболевания, инфекции мочевыводящих путей, анемии. Акушерский анамнез обследованных пациенток характеризовался частыми репродуктивными потерями в виде самопроизвольных выкидышей (10,0%), преждевременными родами (12,3%), что было чаще, чем в контрольной группе (4,1% и 7,2% соответственно).

Течение данной беременности часто осложнялось признаками угрозы прерывания (у одной трети беременных), наличием хронической гипертензии, чаще в 3 группе (66,1%) или осложнялась развитием преэклампсии легкой степени у 18% пациенток 1 и 2 групп и у 33,9% пациенток 3 группы. Все пациентки 3 группы поступали в стационар с тяжелой степенью преэклампсии.

Всем поступавшим пациенткам 1 и 2 групп применяли новые перинатальные технологии, которые разработаны и дополнены за последние 4 года, которые заключались в следующих мероприятиях:

- УЗИ с цервикометрией для определения тактики ведения беременной и роженицы,

- токолитическая терапия для остановки родовой деятельности и пролонгирования беременности,

- проведение профилактики дистресса плода кортикостероидами.

В случае наступления самопроизвольных преждевременных родов, несмотря на проводимое лечение, в первую очередь проводили профилактику дистресса плода кортикостероидами.

- преждевременные роды в ранние сроки проводили в специальном родильном зале с повышенным температурным режимом, не менее 27 градусов,

- клеенчатое обертывание без высушивания кожных покровов при рождении. Это позволяло сохранить тепловую цепочку и не подвергать травмированию кожные покровы недоношенного ребенка с чрезвычайно низкой массой тела.

- отсроченное пережатие пуповины,

- ранняя поддержка дыхания путем применения СРАР и обеспечения вентиляции кислорода

- применение сурфактанта в бронхиальное дерево в течение 2х часов послеродового периода в зависимости от состояния. Для этого производили интубацию, искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), которые начинались в операционной или родильном зале, после чего вводили сурфактант путем впрыскивания (инсуфляции) в бронхи,

- перевод новорожденного в транспортном кювезе на интенсивный пост также для сохранения тепловой цепочки,

- ранняя антибиотикотерапия по стандарту для профилактики развития вторичной инфекции.

В тех случаях, когда необходимо было завершить беременность в связи с развитием показаний (хориоамнионит, синдром отставания роста плода), проводили индукцию родов. Для индукции применяли препарат Гландин Е двукратно с перерывом в 6 часов, затем давали 24 часа на реализацию утеротонического эффекта. При отсутствии эффекта от применения простагландинов местного применения производили оценку зрелости шейки матки по Бишопу. Если степень зрелости шейки матки по Бишопу более 6 баллов, то применяли амниотомию и родовозбуждение окситоцином. Если шейка матки незрелая, т.е. оценка по Бишопу менее 6 баллов, то решали вопрос о применении 3 дозы простагландинов местного применения или решать вопрос об оперативном родоразрешении.

Одновременно проводили профилактику дистресса плода кортикостероидами в дозе 6мг х 2 раза в день в течение 2-3х дней или по 6 мг однократно в течение 4 дней. При необходимости экстренного родоразрешения в связи с тяжелым состоянием беременной, дексаметазон применяли в дозе 12мг каждые 12 часов или бетаметазон по 4мг каждые 12 часов дважды.

Вместе с тем, при достижении положительного эффекта лечения тяжелой преэклампсии в сроках от 23 до 30 недель продолжали пролонгировать беременность до достижения жизнеспособного гестационного возраста плода, что позволяло улучшить перинатальные исходы преждевременных родов, снизить рождение детей с экстремальной низкой и очень низкой массой тела.

Таким образом, достигалось не только выполнение «Конвенции о правах ребенка», вступившей в силу 29 июля 1994г. но и улучшались перинатальные показатели.

Применяемые перинатальные технологии при сроках родов от 26 до 34 недель были следующими: ранний СРАР, ранний ИВЛ, если есть самостоятельное дыхание, Т-система с ручной вентиляцией для поддержки вдоха и выдоха – профилактика баротравмы и ателектотравмы плода, транспортировка в кювезе с продолжающимся оказанием СРАР. Теплые родильные залы при температуре выше 28 град, транспортировка в специальном транспортном кювезе. Важную роль играет также отсроченные пережатие пуповины через 1-3 мин.

Эндотрахеальное введение сурфактанта методом LISA или другими методами без прерывания от СРАР – неинвазивное введение сурфактанта. При весе новорожденного менее 1500г после 26 нед наиболее целесообразно применение сурфактанта – с экономической точки зрения и выживаемости ребенка.

Анализ перинатальных исходов родов у женщин, которым проводилась токолитическая терапия и лечение сопутствующих соматических заболеваний, являющихся фактором риска, способствовало пролонгированию беременности и улучшению перинатальных исходов. Так, объем перинатальных услуг, оказанных родившемуся преждевременно новорожденному, зависел от гестационного возраста плода при рождении, проведения профилактики дистресса плода, успеха токолитической терапии.

В 1 группе среди пациенток, получавших лечение в течение от 2-3х до 3-4 недель и более, преждевременные роды наступили в 21 случае (26,6%) в сроках 35-36 недель. Новорожденные рождались массой 2400,0 и более с оценкой по Апгар от 6-7 до 7-8 баллов. Проведение каких-либо вмешательств не потребовалось.

Даже при рождении новорожденных с низкой массой от 1800,0 до 2499,0 оценка по Апгар была 6-7 баллов. Это свидетельствует о высокой эффективности проведенного лечения и пролонгирования беременности, которые способствовали созреванию

сурфактантной системы легких плода и подготовке ребенка к внеутробной жизни, его лучшей адаптации. Для этих новорожденных из перечня перинатальных технологий были оказаны только сохранение тепловой цепочки. Не потребовались использование искусственной вентиляции, медикаментозной терапии, применение сурфактанта. На второй этап выхаживания были переведены 43,6% детей, имевших чрезвычайно малую и очень малую массу тела (до 1499,0 грамм). Выживаемость в этой группе новорожденных составила 100%.

У пациенток, получавших сохраняющую терапию длительностью до 2х недель, самопроизвольно преждевременные роды наступали в сроках 33-34 недель и выше. Новорожденные с массой 2499,0- 2800,0 родились с оценкой по Апгар 6-7 и 7-8 баллов и также не нуждались в оказании поддержки дыхания, медикаментозном лечении.

Тяжелая преэклампсия является серьезной акушерской патологией и при запоздалом оказании помощи, может привести к тяжелым исходам, вплоть до материнской смертности. Развитие тяжелой преэклампсии в сроках от 22 до 36 недель беременности и отсутствие эффекта от проводимой терапии является показанием для досрочного родоразрешения и связано с рождением новорожденных с чрезвычайно низкой и очень малой массой тела. Поэтому перинатальные исходы таких родов зависят в первую очередь от гестационного возраста и проведения профилактики осложнений.

Показатели АД у беременных при поступлении колебались от 160/100 до 170/100 – 180/110 и выше. Всем этим пациенткам 3 группы был выставлен диагноз: «Тяжелая степень преэклампсии». У 14 (23,7%) пациенток после сбора анамнеза диагноз был уточнен: «Хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) с наложившейся преэклампсией тяжелой степени».

После проведенной гипотензивной и магнезиальной терапии в приемном покое стационара, согласно стандарта ведения беременных с гипертензивными состояниями, 49 (83,1%) беременным удалось снизить АД до безопасных значений (до 140/90 и 150/100) (табл.1).

Таблица 1.

Сроки беременности женщин, поступавших на досрочное родоразрешение

Сроки гестации при поступлении	3 группа с тяжелой преэклампсией, n=59		Из них после проведения лечения			
			3а подгруппа – АД снизилось, n=49		3б подгруппа – с досрочным родоразрешением в течение 48 часов от поступления, n=10	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
23-27 нед.	7	11,9±4,3	4	6,8±3,3	3	5,1±2,9
28-32 нед.	40	67,8±6,1 ^a	35	59,3±6,5 ^a	5	8,5±3,7 ^{***}
33-36 нед.	12	20,3±5,3 ^б	10	16,9±4,9 ^б	2	3,4±2,4 [*]
Всего	59	100,0±0,0	49	83,1±4,9	10	17,0±4,9 ^{***}

Примечание: * - различия достоверны по сравнению с 3а подгруппой (*- $P<0,05$; ***- $P<0,001$); а- различия достоверны по сравнению с показателями 23-27 недели (а- $P<0,001$); б- различия достоверны по сравнению с показателями 28-32 недели (б- $P<0,001$).

Учитывая срок гестации при поступлении (от 24 до 31 недель) и наличие высокого риска развития перинатальной патологии и смертности, решено пролонгировать беременность этим пациенткам до жизнеспособности плода при условии стабильного АД – 3а-подгруппа. Одновременно проводилась подготовка сурфактантной системы плода – профилактика синдрома дыхательных расстройств (СДР). При этом обязательно учитывались данные доплерометрии кровотока в сосудах фето-плацентарного комплекса, наличие нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока (МППК). Однако улучшение состояния и стабилизация АД не являлись показанием для выписки и наблюдением в первичном звене. Учитывая высокий риск ухудшения состояния, беременные находились под наблюдением в палатах интенсивной терапии с непрерывным мониторингом состояния, клинико-лабораторным наблюдением до родов.

Показатели АД при поступлении в пределах 150/100, 160/100, и выше, но без признаков угрожающей эклампсии позволяли провести лечение беременных по схеме: магнезиальная терапия проводилась согласно республиканскому стандарту до снижения АД (150/100, 140/90) в течение 2-х дней. Лечение гипертензии заключалось в назначении нифедипина 10мг 3 раза в день под язык; в случае плохой переносимости нифедипина или допегиды 250 каждые 6 час 4 раза, или 500мг 2 раза в день. При этом, если в течение 48 часов гемодинамические показатели АД не поднимались выше 150/100 мм.рт.ст., если

у беременной не развивались угрожающие симптомы эклампсии (головная боль, тошнота, рвота, боли в эпигастрии, нарушения зрения и т.д.) и не отмечалось ухудшение состояния плода, то мы отменяли магнезиальную терапию, продолжая при этом гипотензивную терапию. Но при этом беременная женщина обязательно находилась в реанимационном отделении или палате интенсивной терапии отделения патологии беременности перинатального центра, где проводилось УЗИ наблюдение за беременной в динамике.

Для улучшения маточно-плацентарного кровотока пациенткам 3-а подгруппы проводили коррекцию эндотелиальной дисфункции назначением препаратов тивортин или L-аргинин в/в капельно 7-9 инфузий, назначением Омега-3 жирных кислот, препаратов, корригирующих свертывающую систему крови (низкомолекулярные гепарины – НМГ) и улучшающие кровоток в маточно-плацентарном звене. Положительным эффектом лечения считали стабильное АД и состояние качества МПП кровотока, отсутствие признаков ухудшения качества МППК, прибавка массы плода при фетометрии, отсутствие признаков СОРП.

Всего в течение 2-3-х суток проведено экстренное родоразрешение у 10 (17,0%) беременных 3-б группы из 59 беременных с тяжелой преэклампсией, развившейся на фоне тяжелой соматической патологии. Так из них, на фоне проводимого лечения у 8 (13,6%) беременных появились признаки угрожающей эклампсии.

Из 12 случаев с признаками СОРП плода в 3-х случаях беременность не пролонгировали, т.к. был высокий риск на антенатальную гибель плода. Были использованы 3 вида индукции родов – простагландином Е, окситоцином и амниотомией. Учитывая, что родовые пути при преэклампсии в основном не подготовлены, для созревания шейки матки предпочтение отдается препарату простагландина Е. С наступлением родовой деятельности проводили амниотомию для предотвращения повышения АД и проводили обезболивание путем эпидуральной анестезии. Это позволяло благополучно провести роды через естественные родовые пути в 6,5 раз чаще, чем оперативные ($P<0,01$).

Значение имели и исходы родов женщин, находившихся под наблюдением и мониторингом состояния качества кровотока в фетоплацентарном комплексе. Только в 1 случае роды завершились неонатальной смертностью, при этом вес плода составлял менее 900 грамм.

Результатом проведенного лечения, несомненно, являются перинатальные исходы. Пролонгирование беременности у беременных, поступавших на прерывание беременности в связи с тяжелой преэклампсией, позволило снизить частоту рождения новорожденных с СДР в За-подгруппе. Это в свою очередь привело к снижению расходов на сурфактант, т.к. новорожденные дети, матери которых получали кортикостероиды до родов по протоколу, в основном рождались в гестационном сроке более 32 недель без признаков СДР, у них не было показаний для введения сурфактанта в трахео-бронхиальное дерево новорожденного.

Всего сурфактант был использован в 6 (10,2%) случаях преждевременных родов с гестационным возрастом 27-32 недели. В основном, это были новорожденные от матерей с тяжелой преэклампсией, у которых роды произошли в первые 1-2 суток от поступления, и им проведена профилактика дистресса плода однократно.

Таким образом, положительный ответ на проводимую терапию позволил провести пролонгирование беременности от 6-10 дней до 1 месяца у 49 беременных. Это, несомненно, имело большое значение для повышения выживания новорожденных, снижения частоты рождения детей с чрезвычайно низкой и очень низкой массой. Среди новорожденных, родившихся

преждевременно, но после пролонгирования беременности до 1 месяца (10 детей) частота случаев заболеваемости и длительность госпитализации на втором этапе была снижена почти в 2 раза. Это, несомненно, являлось результатом проведенного лечения и динамического наблюдения за состоянием беременной с преэклампсией.

Таким образом, обследование и наблюдение в условиях перинатального центра за беременными позволило пролонгировать им беременность до жизнеспособного плода.

Выводы

1. Применение перинатальных технологий при ведении женщин с угрозой преждевременных родов и/или преждевременным разрывом плодных оболочек способствует пролонгированию беременности и снижению перинатальных потерь.

2. Пролонгирование беременности при тяжелой преэклампсии до жизнеспособности плода возможно при эффективности проводимого лечения при постоянном мониторинге состояния матери и плода в условиях перинатального центра.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Alfievic Z., Stampalija T., Medley N. Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy Review Cochrane Database Syst. Rev. -2017.-Jun.-;6(6):CD008991.- doi:10.1002/14651858.CD008991.
2. Babadjanova G.S., Suyarkulova M.E. Efficiency of introduction of modern technologies in perinatal center // Giornali Italiano di ostetricia e ginecologia. – Italy, vol. XXXVIII, Gennaio-Febbraio, 2016. P. 38-40.
3. Born too soon: the global action report on preterm birth. World Health Organization.2012. <http://www.who.int>
4. Chappel L.C., Enye S., Seed P. et al. Adverse perinatal outcomes and risk factors for preeclampsia in women with chronic hypertension: a prospective study. // Hypertension.2008;51(4):1002–1009
5. Churchill D., Beevers G., Meher S., Rhodes C. Diuretics for preventing pre-eclampsia. //Cochrane Database Syst Rev 2007;CD004451.
6. Devender Roberts, Julie Brown, Nancy Medley, Stuart R Dalziel Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung

- maturation for women at risk of preterm birth 2017 Mar 21;3(3):CD004454. doi: 10.1002/14651858. Review Cochrane Database Syst Rev.
7. European Consensus Guidelines on the management of neonatal Respiratory Distress Syndrome in preterm Infants – 2016 Update/Sweet.
8. Gestational age-specific perinatal mortality rates for assisted reproductive technology (ART) and other births / Chughtai A.A., Wang A.Y., Hilder L., Li Zh.et al. // Hum Reprod 2018 Feb 1;33(2):320-327.
9. Herr F., Baal N., Zygmunt M. Studies of placental vasculogenesis: a way to understand pregnancy pathology? // Z Geburtshilfe Neonatol. Jun; 2013 (3):96-100.
10. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. ObstetGynecol 2013 Nov;122(5):1122-31
11. Jozwiak M., Rengerink J., Benthem M., Van Beek E., Dijksterhuis MGK, De Graaf I.M. et al. Foley catheter versus vaginal prostaglandin E2 gel for induction of labour at term (PROBAAT trial): an open-label, randomised controlled trial. Lancet 2011; 378: 2095-103.
12. Magee L.A., Helewa M.E., Moutquin J.M. et al. /Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy. This guideline has been reviewed and approved by the Hypertension Guideline Committee and approved by the Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. //JOGC, 2014.
13. Samangaya R.A., Heazell A.P., Baker P.N./Hypertension in pregnancy//in Maternal Medicine. Medical Problems in Pregnancy edited by Greer I.A., Nelson-Piercy C., Walters B.N.J. Churchill Livingstone Elsevier, 2007, p.40-52.
14. Sibai B.M., Barton J.R. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: patient selection, treatment, and delivery indications.//Am J ObstetGynecol 2007;196:514 e511—e519
15. Romero R., Yeo L., Chaemsaitong P., Chaiworapongsa T., Hassan S.S. Progesterone to prevent spontaneous preterm birth. Semin Fetal Neonatal Med. 2014 Feb;19(1):15-26.
16. Айламазян Э.К., Кузьминых Т.У. Дискуссионные вопросы преждевременных родов // Журнал акушерства и женских болезней. - 2013. - №4. - С.97-105.
17. Астафьев В.В., Ли А.Д., Назарова С.В., Подзолкова Н.М. Оценка эффективности различных методов подготовки шейки матки при преждевременных излитии околоплодных вод // Вопр. гинекол., акушер. и перинатологии, 2019, т.18, №1, С.63-69.
18. Болотских В.М., Борисова В.Ю., Афанасьева М.Х. Преждевременное излитие околоплодных вод: проблемы диагностики и родовозбуждения // Журнал акушерства и женских болезней. – 2015. – Т.64. -№2. – С.18-25.
19. Жураева Х.М., Пахомова Ж.Е. Применение новых технологий при родовом излитии околоплодных вод // Новости дерматовенер. и репродук. здоровья. - Т., 2009. - №2. - С. 16-17
20. Коротких И.Н., Самодай В.Н., Бабкина М.С. Перинатальные факторы, ассоциированные с внутрижелудочковыми кровоизлияниями у недоношенных детей. // Вопр.гинекол., акушер. и перинатологии, 2018, т.17, №2, С. 67-70.
21. Косимова Ш., Ахмедова Н.М., Кузиева Г.А. Оптимизация пролонгирования недоношенной беременности осложненной преждевременным разрывом плодных оболочек. //Мед. журнал Узбекистана. -2020. –С.22-26.
22. Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В. Методические подходы к оценке эффективности регионализации перинатальной помощи при сверхранных преждевременных родах. //В сб. науч. трудов межвузов. научно-практичес. конфер., РУДН. 2016. С. 80-83.
23. Матякубова С.А., Рузметова Д.Т., Дусчанова З.А. Принципы прогнозирования развития септических осложнений при выжидательной тактике у беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек. //Узбекистон тиббиёт журнали. -2018. - №1. – С. 54-60.
24. Мурадова З.С., Алиева Э.М. Влияние комплексного патогенетического лечения угрозы преждевременных родов на исход родов для плода и новорожденного. В сборнике: Медицина и практика: актуальные вопросы. Материалы

- конференции. Издательский дом «Гельветика». 2013. С. 34-37.
25. Нажмутдинова Д.К., Магзумова Н.М., Каюмова Д.Т., Каримова Н.М. / Современный подход к лечению угрозы преждевременных родов с позиций доказательной медицины // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - 2012. - №2. - С.70-73.
26. Norimmetova B.X., Matyakubova S.A., Matrizayeva G.D., Modern method for the detection and diagnosis of hypertensiv in pregnantwomenст//New Day in Medicine 3(31)2020 108-110 <https://cutt.ly/OxE20ye>
27. Рузиева Н.Х., Оптимизация диагностических, лечебных и профилактических мероприятий у беременных с риском преждевременных родов. Автореферат доктор.дисс. 2019г.,С. 42-45
28. Уринбаева Н.А. Некоторые патогенетические механизмы формирования привычного невынашивания беременности. Дисс. докт.мед.наук, 2018г. – 208с.
29. Ходжаева З.С., Федотовская О.И., Холин А.М. Медикаментозная терапия угрожающих преждевременных родов. Акушерство и гинекология. 2013. № 5. С. 17.

Поступила 09.07.2021