

Профилактика преждевременных родов у женщин группы высокого риска

М. И. Базина¹, А. Т. Егорова¹, С. А. Сыромятникова², А. К. Кириченко^{1, 3}

¹ Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого

² Медицинский центр гинекологической эндокринологии и репродукции «Три сердца», г. Красноярск

³ Дорожная клиническая больница на станции Красноярск

Prevention of Pre-Term Delivery in High-Risk Women

M. I. Bazina¹, A. T. Egorova¹, S. A. Syromyatnikova², A. K. Kirichenko^{1, 3}

¹ V. F. Voyno-Yasensky Krasnoyarsk State Medical University

² Three Hearts, Medical Center for Gynecological Endocrinology and Reproduction, Krasnoyarsk

³ Road Clinical Hospital at the railway station Krasnoyarsk

Преждевременные роды (ПР) являются комплексной медико-социальной проблемой, связанной с улучшением качества жизни детей, родившихся недоношенными, и с соответствующими материально-экономическими затратами. Тяжесть осложнений, обусловливаемых недоношенностью, пропорциональна сроку беременности [9]. Несмотря на значительные достижения современного акушерства и неонатологии, частота ПР остается стабильно высокой, а их перинатальные исходы по-прежнему неутешительны. На ПР приходится 5–10% всех родов в мире. В России ПР долгое время составляли от 3,3% до 5,5%. С переходом на новые критерии регистрации живорожденных, рекомендованные ВОЗ, этот показатель в нашей стране приблизился к общемировым и в 2012 г. достиг 7,8% [1, 6].

Установлено, что риск потери беременности после первого выкидыша варьируется от 13% до 17%, что соответствует частоте спорадического выкидыша в популяции. После двух предшествующих самопроизвольных прерываний риск потери желанной беременности возрастает более чем в 2 раза — до 36–38% [10]. Многие исследователи отмечают, что основными причинами увеличения частоты ПР являются широкое использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), многоплодная беременность, старший репродуктивный возраст матери, инфекции, нарушения питания, осложнения после аборта, в том числе развитие хронического аутоиммунного эндометрита. Ряд этих причин может быть устранен на прегестационном этапе, что оказывает существенное влияние на течение беременности в целом [2, 8].

Профилактика ПР складывается из планомерной подготовки женщин к беременности и рационального антенатального наблюдения. Ведение пациенток с индуцированной беременностью и с невынашиванием определяется стратегией перинатального риска. При этом диспансеризация беременных включает три важнейших аспекта [4, 6, 9, 14–16]:

- выявление факторов риска ПР (ПР в анамнезе, укорочение шейки матки, многоплодие и т. д.);
- своевременное определение маркеров ПР (трансвагинальное ультразвуковое измерение длины шейки матки, выявление с помощью тест-систем наличия фосфорилированного протеина 1, связывающего инсулиноподобный фактор роста, в цервикальном секрете);

- оптимизацию медицинских вмешательств, доказанно снижающих частоту ПР (применение микронизированного вагинального прогестерона, наложение шва/акушерского пессария при изменении морфологии шейки матки).

Задачей акушеров-гинекологов в настоящее время является обеспечение прегестационной подготовки супружеских пар, в которых женщины страдают трубным бесплодием, требующим проведения ВРТ, и имеются потери беременности в анамнезе. Необходимо ограничивать число эмбрионов, переносимых в полость матки в программах ВРТ, во избежание многоплодия. Важное значение имеют тщательное мониторинг беременности в целях профилактики инфекционно-воспалительных осложнений, использование данных доказательной медицины при проведении профилактики и лечения ПР [3, 5, 7, 12, 13, 16].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование выполнено в период с 2010 по 2012 г. на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии Института последипломного образования (заведующая кафедрой — д. м. н., профессор А. Т. Егорова) ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» и ООО «Медицинский центр гинекологической эндокринологии и репродукции «Три сердца» (директор — С. А. Сыромятникова).

Проведено комплексное обследование 385 женщин репродуктивного возраста на этапе прегестационной подготовки. Методом слепой выборки были сформированы две группы исследования: *первая группа* — женщины с трубной формой бесплодия, которые проходили подготовку к ЭКО (n = 100); *вторая* — женщины, страдавшие невынашиванием беременности (n = 100). Критерием включения в эти группы было также клинко-морфологическое подтверждение хронического эндометрита (ХЭ). *Группу контроля* составили 80 женщин, не имевших хронических соматических заболеваний и заболеваний репродуктивной системы; критерий исключения — выявление морфологических признаков ХЭ.

Во всех случаях было получено информированное согласие женщин на проведение комплексного обследования

и лечения. Критериями участия в исследовании наряду с трубным бесплодием и невынашиванием беременности на фоне ХЭ служили отсутствие тяжелой экстрагенитальной патологии, отсутствие онкологических заболеваний, миомы матки и эндометриоза, туберкулеза и острых инфекционных заболеваний, тромбофилий.

Пациенткам первой и второй групп была проведена прегестационная подготовка в течение трех менструальных циклов, включавшая гормональную терапию (17β-эстрадиол 1–2 мг/сут, вагинальный микронизированный прогестерон 200–300 мг/сут), иммунокорректирующую терапию и физиолечение (внутривенное лазерное облучение крови, магнитотерапию). Критериями эффективности прегестационной терапии являлись толщина эндометрия не менее 8 мм в «окно имплантации» и нормализация эхоструктуры эндометрия; при их достижении было выполнено планирование фертильного цикла.

Пациенткам первой группы провели программу ЭКО и перенос эмбрионов с индукцией суперовуляции по короткому протоколу при использовании рекомбинантного фолликулостимулирующего гормона фоллитропина альфа и антагониста гонадотропин-рилизинг-гормона цетрореликса. Частота наступления маточной беременности в расчете на эмбриоперенос составила 46% (46/100). Во второй группе был осуществлен ультразвуковой мониторинг фолликулогенеза, овуляции и трансформации эндометрия, при «тонком» эндометрии (М-Эхо < 7 мм) и правильной эхоструктуре в контролируемом цикле использовали представленную ранее гормональную терапию. Спонтанная беременность наступила у 97% (97/100) пациенток с невынашиванием. В группе контроля гормональная терапия пациенткам не требовалась, в рамках прекоцепционной профилактики для обеспечения достаточного содержания фоллатных метаболитов назначали физиологические дозы фолиевой кислоты (до 1 мг/сут). Спонтанная беременность наступила у 100% (80/100) женщин контрольной группы.

Изучены особенности течения беременности и исход родов у 46 пациенток первой группы, 97 — второй и у 80 женщин группы контроля. Всем женщинам для выявления маркеров ПР и истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) в сроке гестации 20–22 недели проводили трансвагинальное ультразвуковое измерение длины шейки матки и оценку состояния области внутреннего зева. При выявлении укорочения шейки матки и морфологических изменений внутреннего зева и цервикального канала на шейку накладывали шов и назначали интравагинальный микронизированный прогестерон в дозе 200–300 мг/сут. При укорочении шейки матки без расширения внутреннего зева использовали интравагинальный микронизированный прогестерон в дозе 200 мг/сут.

Статистическую обработку полученных результатов выполняли с помощью пакета стандартных программ Statistica for Windows (5.5). Средние значения показателей сравнивали по парному критерию Стьюдента в случае зависимых выборок и по t-критерию Стьюдента для независимых выборок. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

К особенностям течения беременности, возникшей в результате ВРТ, при трубном бесплодии относят тенденцию к не-

вынашиванию, многоплодную беременность, повышенный риск пороков развития плода и высокий риск инфекционных осложнений. У женщин с невынашиванием беременности за счет формирования хронического аутоиммунного эндометрита вероятность прерывания беременности возрастает с числом выкидышей и инструментальных вмешательств в полость матки [2, 6, 8, 10].

В России клиническим протоколом «Преждевременные роды» к анамнестическим факторам риска ПР отнесены ПР и прерывание беременности в анамнезе и конизация/ампутация шейки матки; к факторам риска, связанным с данной беременностью, — возраст моложе 18 или старше 34 лет, индуцированная беременность, многоплодие, маточные кровотечения в I и II триместрах беременности и т. д. В качестве маркеров реальных ПР приняты укорочение шейки матки при трансвагинальном ультразвуковом измерении ее длины, положительный результат теста на определение фосфорилированного протеина 1, связывающего инсулиноподобный фактор роста, в цервикальном секрете для оценки зрелости шейки матки [1, 6, 12].

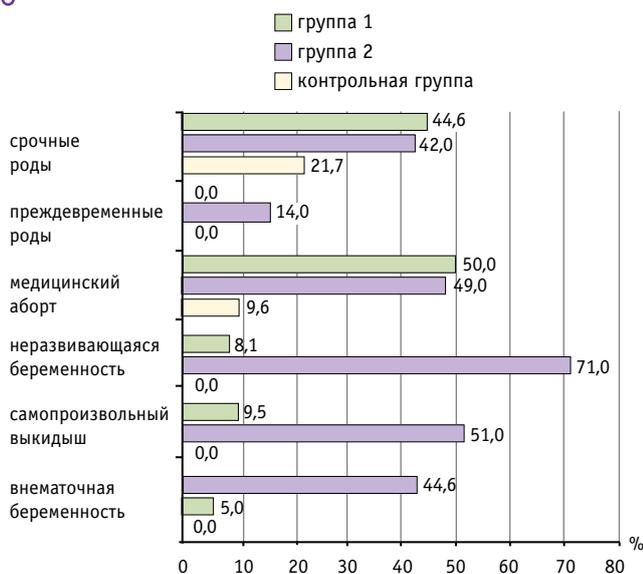
Е. F. Werner, S. S. Hassan, R. Romero и соавт. в 2011–2012 гг. показали высокую значимость укорочения шейки матки и положительного результата теста по обнаружению фетального фибронектина в развитии ПР, определении тактики ведения беременных и проведении рациональной медикаментозной терапии (токолитики, вагинальный микронизированный прогестерон, стероиды, антибиотики) [13–16].

На прегестационном этапе исследования была проведена клинко-статистическая оценка репродуктивного здоровья женщин выделенных групп. Возраст женщин в группах колебался от 22 до 46 лет. Средний возраст пациенток с трубной формой бесплодия (первая группа) составил $33,17 \pm 0,42$ года; с невынашиванием беременности (вторая группа) — $31,95 \pm 0,45$ года ($p_{1,2} < 0,05$); контрольной группы — $28,30 \pm 0,71$ года ($p_{1,3} < 0,001$; $p_{2,3} < 0,01$). Доля женщин старшего репродуктивного возраста в первой, второй и контрольной группах составила 39,0%, 22,0% и 4,8% соответственно. Статистически значимое различие по возрасту обуславливалосьотягощенным репродуктивным анамнезом пациенток с трубным бесплодием и невынашиванием беременности.

В первой группе продолжительность бесплодия колебалась от 2 до 15 лет и составила в среднем $7,15 \pm 0,44$ года. Доля первичного бесплодия — 26,0% (26/100), вторичного — 74,0% (74/100) ($p < 0,001$). У пациенток с вторичным трубным бесплодием в 44,6% (33/74) случаев имели место срочные роды. Эктопическая беременность встречалась с частотой 44,6% (33/74). В 50,0% (37/74) наблюдений пациентки с вторичным трубным бесплодием делали медицинские аборт. По поводу неразвивающейся беременности (8,1% (6/74) случаев) и самопроизвольного выкидыша (9,5% (7/74) случаев) было проведено выскабливание полости матки (рис. 1).

Среди пациенток второй группы первичные потери беременности наблюдались у 58,0% (58/100) женщин, вторичное невынашивание — у 42,0% (42/100). Срочные роды имели место у 42,0% (42/100) пациенток, ПР — у 14,0% (14/100). Неразвивающаяся беременность встречалась с частотой 71,0% (71/100) и превышала данный показатель в первой группе в 9 раз. Самопроизвольный выкидыш во второй группе наблюдался в 5 раз чаще, чем в первой, — у 51,0%

Рис. 1. Репродуктивный анамнез женщин исследуемых групп (за исключением пациенток с первичным бесплодием), %



(51/100) женщин. Различий по частоте медицинских аборт не получено. Эктопическая беременность наблюдалась у 5,0% (5/100) пациенток (см. рис. 1).

В контрольной группе 22,5% (18/80) женщин в анамнезе имели первые физиологические роды. В 10,0% (8/80) случаев первая беременность у пациенток группы контроля была прервана медикаментозным аборт, что не привело к развитию заболеваний репродуктивной системы (см. рис. 1).

Среднее число беременностей на одну пациентку в первой, второй и контрольной группах составило $1,6 \pm 0,02$, $2,3 \pm 0,02$ и $0,3 \pm 0,003$ соответственно.

Анализ течения наступившей беременности в исследованных группах показал высокую частоту встречаемости индуцированного многоплодия, угрозы прерывания беременности и ИЦН. Частота многоплодия при индуцированной беременности в первой группе составила 21,7% (10/46), во всех наблюдениях отмечался наиболее благоприятный тип плацентации — дихориальный диамниотический. Во второй группе многоплодные спонтанные дихориальные диамниотические беременности составили 3,1% (3/97).

К числу наиболее частых осложнений гестации относятся ранние репродуктивные потери и угроза прерывания беременности. Многие авторы указывают на то, что большинство прерываний беременности происходят в I триместре по типу неразвивающейся беременности. Количество потерь во время беременности последовательно уменьшается с увеличением гестационного возраста и значительно снижается к концу эмбрионального периода (70 дней после начала последней менструации). В дальнейшем критическим периодом в отношении репродуктивных потерь является срок 14–20 недель [4, 10].

Нами были изучены особенности развития данных осложнений в исследуемых группах. Ранние репродуктивные потери (неразвивающаяся беременность) в первой группе наблюдались у 2,2% (1/46) женщин, во второй группе у 1,0% (1/97) и относились к интервалу 9–12 недель гестации.

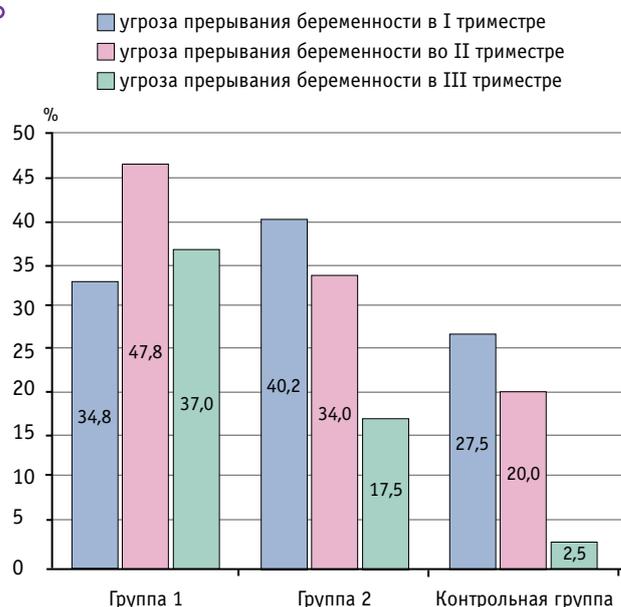
Угроза прерывания беременности встречалась в обеих группах исследования и в контрольной группе (рис. 2). В I триместре данное осложнение развивалось у 34,8% (16/46) женщин первой группы и у 40,2% (39/97) женщин второй группы против 27,5% (22/80) в контроле ($0,1 < p_{2,3} < 0,05$; в первой группе значимых различий с группой контроля не выявлено: $p_{1,3} > 0,05$). При этом в первой и второй группах средние сроки развития угрозы прерывания беременности составили $8,88 \pm 0,84$ и $8,98 \pm 0,28$ недели гестации соответственно, а в контрольной группе — $10,73 \pm 0,68$ недели.

Во II триместре беременности частота данного осложнения статистически значимо выше была у пациенток первой группы (см. рис. 2): 47,8% (22/46) против 34,0% (33/97) во второй группе и 20,0% (16/80) в группе контроля ($0,1 < p_{1,2} < 0,05$; $p_{1,3} < 0,05$). Аналогичная тенденция была прослежена и в III триместре беременности (см. рис. 2): показатель встречаемости данного осложнения в первой группе составил 37,0% (17/46) против 17,5% (17/97) во второй группе и 2,5% (2/80) в группе контроля ($p_{1,2} < 0,05$; $p_{1,3} < 0,001$; $p_{2,3} < 0,001$). Средний срок развития угрозы прерывания беременности во II триместре не имел статистически значимых различий: в первой группе — $20,00 \pm 0,75$ недели, во второй — $20,24 \pm 0,61$ и в группе контроля — $20,42 \pm 0,89$. В III триместре беременности этот показатель составил $30,88 \pm 0,68$, $31,28 \pm 0,46$ и $34,00 \pm 3,00$ недели соответственно ($p_{1,3} < 0,001$; $p_{2,3} < 0,001$).

Угроза прерывания беременности в контрольной группе проявлялась тянущими болями внизу живота и в пояснице. При этом тонус матки был повышен, шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт, тело матки соответствовало сроку беременности, при УЗИ регистрировалось сердцебиение плода [8, 10]. Беременные получали спазмолитическую, седативную терапию и в гормональной коррекции не нуждались, боли купировались в первые 3 дня терапии.

ИЦН развивается у женщин с предшествующими внутриматочными вмешательствами, при многоплодии, длительно существующей угрозе прерывания беременности и является

Рис. 2. Частота клинических проявлений угрозы прерывания беременности в исследуемых группах, %



основной (до 40%) причиной потерь беременности во II триместре. У женщин с ПР ее выявляют в 3,8% случаев, при ранних ПР — у 10,5% пациенток [3, 8–10, 12].

В нашем исследовании ИЦН была обнаружена в первой группе в 30,4% (14/46) наблюдений, во второй группе — в 16,5% (16/97), в группе контроля — в 1,3% (1/80). Более детальный анализ течения беременности при данном осложнении выявил ряд особенностей. Частота развития ИЦН в первой и второй группах при одноплодной беременности составила 22,2% (8/36) и 16,0% (15/94) соответственно ($p_{1,3} < 0,001$; $p_{2,3} < 0,001$). При многоплодной беременности ИЦН в 2 раза чаще наблюдалась у женщин первой группы: 60% (6/10) случаев против 33,3% (1/3) ($p_{1,2} < 0,05$). В первой группе сроки развития ИЦН при одноплодной и многоплодной беременности не различались: $20,37 \pm 1,11$ и $20,37 \pm 1,82$ недели гестации соответственно. Во второй группе данный показатель составил $22,26 \pm 0,51$ и 22 недели беременности. Длина шейки матки при трансвагинальной эхографической цервикометрии в группах исследования не имела статистически значимых различий: $25,43 \pm 3,1$ мм в первой группе и $23,37 \pm 1,5$ мм во второй ($p_{1,2} > 0,05$). Хирургическую коррекцию проводили во всех случаях выявления ИЦН, использовали различные модификации наложения швов на область внутреннего зева.

В контрольной группе функциональная ИЦН I степени была выявлена в 27 недель беременности у первобеременной женщины. Степень выраженности ИЦН позволила применить для коррекции акушерский пессарий, который был удален в 38 недель беременности.

Во всех случаях использовали спазмолитики и вагинальный микронизированный прогестерон в суточной дозе 200–300 мг в интервале с 20–22 до 34 недель беременности [11]. В первой группе при проведении данной терапии при многоплодной беременности 50% (3/6) женщин доносили беременность до срока своевременных родов и 50% (3/6) родоразрешились преждевременно. При одноплодной беременности все женщины доносили до срока своевременных родов. Во второй группе 68,8% (11/16) пациенток имели срочные роды, 31,2% (5/16) родоразрешились преждевременно, и только в одном случае это были многоплодные роды.

Укорочение шейки матки без расширения внутреннего зева наблюдалось у 21,7% (10/46) беременных в первой группе и у 12,4% (12/97) женщин во второй группе. У этих пациенток применяли интравагинальный микронизированный прогестерон в дозе 200 мг/сут до 34 недель, токолитики дополнительно не назначали, все женщины успешно доносили беременность.

Средний срок гестации к моменту родов в первой группе составил $38,91 \pm 0,17$ недели, во второй группе — $39,36 \pm 0,07$ недели ($p_{1,2} < 0,01$), в группе контроля — $39,67 \pm 0,11$ недели ($p_{2,3} < 0,05$).

ПР у пациенток первой группы наблюдались с частотой 15,2% (7/46), во второй группе — 10,3% (10/97). В контрольной группе ПР не отмечено.

Анализ структуры ПР показал, что в первой и второй группах наблюдалась высокая частота родов в интервале 34–37 недель и операция кесарева сечения являлась преобладающим методом родоразрешения (табл. 1). В первой группе показания к оперативному родоразрешению были представлены развитием преэклампсии тяжелой степени, диссоциированным развитием близнецов и преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО) при многоплодии; во второй группе — развитием спонтанных родов при тазовом предлежании плода, многоплодием, ПРПО.

ПР в гестационном интервале 22–27 недель в исследуемых группах были индуцированы по показаниям со стороны матери и плода (см. табл. 1). В первой группе в 27 недель проводили оперативное родоразрешение по поводу тяжелой преэклампсии. Во второй группе в сроке 22–23 недели была выполнена индукция родов мифепристоном 200 мг и мизопростолом в суммарной дозе 1200 мг по поводу пренатально диагностированной неиммунной водянки плода.

В гестационном интервале 28–33 недели в первой группе частота ПР составила 28,6% (2/7), их причиной явился ПРПО при коррегированной ИЦН и двойне (см. табл. 1). В одном случае в 28 недель роды были проведены естественным путем без перинатальных потерь. В другом случае в 30 недель при тазовом предлежании первого плода из двойни была выполнена операция кесарева сечения, один новорожденный умер от развившегося тяжелого РДС.

Таблица 1

Структура преждевременных родов у женщин с индуцированной беременностью (группа 1) и невынашиванием беременности (группа 2)

Параметры сравнения	Клинические группы				Статистическая значимость различий
	группа 1 (n = 7)		группа 2 (n = 10)		
	абс.	%	абс.	%	
Преждевременные роды в сроке 22–27 недель	1	14,3	1	10,0	> 0,05
Преждевременные роды в сроке 28–33 недели	2	28,6	2	20,0	> 0,05
Преждевременные роды в сроке 34–37 недель	4	57,1	7	70,0	< 0,05
Преждевременные роды естественным путем	2	28,6	1	10,0	< 0,05
Преждевременные роды кесаревым сечением	5	71,4	9	90,0	< 0,05

Причины преждевременных родов у женщин с индуцированной беременностью (группа 1) и невынашиванием беременности (группа 2)

Причины преждевременных родов	Клинические группы				Статистическая значимость различий
	группа 1 (n = 7)		группа 2 (n = 10)		
	абс.	%	абс.	%	
Неиммунная водянка плода	–	–	1	10,0	–
Тяжелая преэклампсия	2	28,6	–	–	–
Преждевременный разрыв плодных оболочек	4	57,1	7	70,0	< 0,05
Многоплодие	4	57,1	3	30,0	< 0,05
Диссоциированное развитие близнецов	2	28,6	1	10,0	< 0,05
Развитие спонтанной родовой деятельности	1	14,3	1	10,0	> 0,05

В первой группе случаев антенатальной смерти не отмечено, интранатальная смерть наступила у 2,8% (1/35) детей, рожденных при одноплодной беременности, ранняя неонатальная смерть — у 5,0% (1/20) детей, рожденных при многоплодной беременности. Показатель перинатальной смертности составил 37,0%.

Во второй группе частота ПР в интервале 28–33 недели составила 20,0% (2/10). В одном случае оперативное родоразрешение в сроке 33 недели проводили при ПРПО, тазовом предлежании плода. В другом случае беременная была родоразрешена операцией кесарева сечения в сроке 33 недели при диссоциированном развитии близнецов и гемодинамических нарушениях III степени, отмечена ранняя неонатальная смерть одного новорожденного. Во второй группе показатель перинатальной смертности составил 20,2%, интранатальная смерть плода отмечена в 1% (1/94) случаев рождения детей при одноплодной беременности, ранняя неонатальная смерть — у 16,7% (1/6) детей, рожденных при многоплодной беременности.

ПР в гестационном интервале 34–37 недель в первой группе наблюдались с частотой 57,1% (4/7) и были обусловлены многоплодием. Во второй группе аналогичный показатель составил 70,0% (7/10), но преобладали одноплодные беременности. Среди причин ПР также преобладали многоплодие, ПРПО, спонтанное развитие родовой деятельности.

Структура причин ПР в целом представлена в *таблице 2*.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты представленного исследования позволяют сделать вывод, что прегестационная подготовка оказывает влияние на частоту очень ранних преждевременных родов (ПР). В гестационном интервале 22–27 недель ПР представлены индуцированными родами по медицинским показаниям со стороны матери и плода и не зависят от использования гестагенов.

Развитие истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) является наиболее часто встречающимся осложнением беременности у женщин с предшествующими вмешательствами в полость матки. Срок выявления ИЦН при индуцированной беременности составляет $20,37 \pm 1,11$ недели и не зависит от наличия многоплодия. У пациенток с невынашиванием беременности ИЦН выявляется в $22,26 \pm 0,51$ и 22 недели беременности, что не имеет прямой зависимости от числа плодов.

Наложение шва на шейку матки при ИЦН в сочетании с терапией интравагинальным микронизированным прогестероном в дозе 200–300 мг/сут в сроке 22–34 недели имеет высокую клиническую значимость в отношении донашивания одноплодной беременности в группах высокого риска [11]. При многоплодной беременности эффективность применения данной терапии составляет 50%.

Применение интравагинального микронизированного прогестерона в дозе 200 мг/сут в сроке 22–34 недели при одноплодной беременности эффективно в профилактике ПР в группах высокого риска при наличии факторов риска и маркеров ПР.

РЕЗЮМЕ

В целях изучения структуры и причин преждевременных родов (ПР), оценки клинической эффективности интравагинального прогестерона в профилактике ПР в группах высокого риска проведено проспективное исследование.

В рамках исследования проанализированы результаты наблюдения за 385 женщинами 22–46 лет с трубным бесплодием, невынашиванием и сопутствующим хроническим эндометритом. Изучены особенности течения беременностей, наступивших после прегестационной подготовки, и исходы родов у 46 пациенток с индуцированной беременностью (первая группа), 97 пациенток с невынашиванием (вторая группа) и 80 женщин без хронических соматических заболеваний и заболеваний репродуктивной системы (группа контроля).

Показано, что профилактика ПР складывается из планомерной подготовки женщин к беременности и рационального антенатального наблюдения. Наблюдение беременных должно быть ориентировано на выявление факторов риска ПР, а также на своевременное определение маркеров реальных ПР и медицинские вмешательства, доказанно снижающие частоту ПР (вагинальный микронизированный прогестерон, наложение шва/акушерского pessaria при изменении морфологии шейки матки).

Ключевые слова: преждевременные роды (ПР), интравагинальный прогестерон.

SUMMARY

A prospective study was conducted to evaluate the types and causes of pre-term delivery (PD) and to assess the clinical efficacy of vaginal progesterone in preventing PD in high-risk groups of women.

The study analyzed follow-up data on 385 women, aged 22–46, who had tubal infertility, concomitant chronic endometritis and a history of miscarriage. We reviewed pregnancy data in a group of women who had received preconception care and data on delivery outcomes in 46 patients with induced pregnancy (Group I), 97 patients who had had miscarriages (Group II), and 80 women with no chronic medical conditions or reproductive disorders (control group).

The study showed that systematic preconception care and appropriate antenatal follow-up help prevent PD. Follow-up programs for pregnant women should focus on detecting the risk factors for PD, quickly identifying markers for actual PD, and carrying out medical interventions that have been proven to reduce the rate of PD (vaginal micronized progesterone, suture/use of vaginal pessary for patients with impaired cervical morphology).

Keywords: pre-term delivery (PD), vaginal progesterone.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байбарина Е. Н., Шувалова М. П., Сорокина З. Х., Ленюшкина А. А. и др. Переход Российской Федерации на международные критерии регистрации рождения детей: взгляд организатора здравоохранения // *Акушерство и гинекология*. 2011. № 6. С. 4–8.
2. Буранова Ф. В. Актуальные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения плацентарной недостаточности у беременных после экстракорпорального оплодотворения // *Акушерство и гинекология*. 2011. № 6. С. 9–16.
3. Егорова А. Т., Базина М. И. Опыт применения Утрожестана при угрожающих преждевременных родах // *Рос. вестн. акушера-гинеколога*. 2004. № 4. С. 58–60.
4. Краснополяская К. В., Горская О. С., Кабанова Д. И., Крстич Е. В. Роль гестагенов в лечении бесплодия и невынашивании беременности // *Акушерство и гинекология*. 2011. № 2. С. 21–23.
5. Макарова И. О., Боровкова Е. И., Шешукова Н. А. Современные возможности терапии угрозы преждевременных родов // *Гинекология*. 2010. Т. 12. № 4. С. 32–35.
6. Радзинский В. Е. *Акушерская агрессия*. М.: изд-во журн. *StatusPraesens*, 2011. 688 с., илл.
7. Серова О. Ф., Тамазян Г. В., Снапковская Л. Г., Рудакова Е. Б. и др. Состояние фетоплацентарной системы при угрозе преждевременных родов // *Доктор.Ру*. 2012. № 1 (69). *Гинекология. Эндокринология*. С. 44–48.
8. Сидельникова В. М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: методические пособия и клинические протоколы. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2011. 224 с.
9. Сидельникова В. М., Антонов А. Г. *Преждевременные роды. Недоношенный ребенок*. М.: ГЭОТАР-мед, 2006. 447 с.
10. Сидельникова В. М., Сухих Г. Т. *Невынашивание беременности: руководство для практических врачей*. М.: МИА, 2010. 536 с.
11. Сухих Г. Т., Ходжаева З. С., Филиппов О. С., Адамян Л. В. и др.; ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В. И. Кулакова» Минздрава России. *Преждевременные роды: клинические рекомендации (протокол лечения)*. Письмо МЗ РФ № 15-4/10/2-9480 от 17.12.2013.
12. Тулупова М. С., Хамошина М. Б., Чакчурина И. А., Чотчаева А. И. Факторы, влияющие на течение гестационного периода у женщин с угрозой прерывания беременности во втором триместре // *Доктор.Ру*. 2012. № 1 (69). *Гинекология. Эндокринология*. С. 48–51.
13. Ходжаева З. С., Федотовская О. И., Холин А. М. Медикаментозная терапия угрожающих преждевременных родов // *Акушерство и гинекология*. 2013. №. С. 17–22.
14. Hassan S. S., Romero R., Vidyadhari D., Fusey S. et al.; PREGNANT Trial. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *Ultrasound Obstet. Gynecol*. 2011. Vol. 38. N 1. P. 18–31.
15. Romero R., Nicolaides K., Conde-Agudelo A., Tabor A. et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data // *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2012. Vol. 206. N 2. P. 124.e1–19.
16. Werner E. F., Han C. S., Pettker C. M., Buhimschi C. S. et al. Universal cervical-length screening to prevent preterm birth: a cost-effectiveness analysis // *Ultrasound Obstet. Gynecol*. 2011. Vol. 38. N 1. P. 32–37. **D**