

Статья поступила в редакцию 10.02.2021 г.

Куклина Л.В., Кравченко Е.Н., Батырева Н.В., Гринь С.Н., Марковская О.А.
Омский государственный медицинский университет,
Городской клинический перинатальный центр,
г. Омск, Россия

ФАКТОРЫ РИСКА, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ ГЕСТАЦИИ В РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Цель исследования – оценить факторы риска, особенности течения беременности, родов и исходы для новорожденных при очень ранних преждевременных родах и преждевременных родах в сроках беременности с 28 до 36 недель 6 дней.

Материалы и методы. В I основную группу (n = 66) вошли пациентки с очень ранними преждевременными родами (ОРПР), II основную группу (n = 84) составили пациентки с преждевременными родами в сроках беременности с 28 до 36 недель 6 дней беременности. В контрольную группу (n = 50) вошли беременные, родившие в срок.

Результаты. В I основной группе возраст женщин составил $31,2 \pm 1,3$ лет, во II основной группе – $27,3 \pm 1,1$ лет, а в контрольной группе – $24,3 \pm 1,5$ лет. Акушерский анамнез в I основной группе был отягощен у 80,3 % пациенток, в II основной группе с ПР – у 69 %, в контрольной группе – у 46 % беременных ($p_{I-K} < 0,001$ и $p_{II-K} = 0,009$). Из гинекологических заболеваний, выявленных при беременности, у женщин I и II основных групп преобладали бактериальные вагинозы (39,4 % и 36,9 % соответственно) и неспецифические вагиниты (21,2 % и 22,6 %), в контрольной группе – у 12 % ($p = 0,002$) и 8 % ($p_{I-K} = 0,049$, $p_{II-K} = 0,030$) соответственно. При ОРПР в 31,8 % случаев роды закончены путем операции кесарева сечения, показаниями к оперативному родоразрешению послужили: кровотечение, связанные с отслойкой и предлежанием плаценты (n = 8); дородовое излитие околоплодных вод при неправильном положении плода (n = 4); преэклампсия (n = 7); декомпенсированная плацентарная недостаточность (n = 1); выпадение петель пуповины (n = 1).

Заключение. Результаты исследования показали, что существенное влияние на уровень очень ранних преждевременных родов оказывают: осложненный акушерско-гинекологический анамнез ($p < 0,001$), заболевания почек ($p = 0,009$), анемии ($p = 0,006$), инфекции половых органов ($p = 0,030$), перенесенные во время беременности вирусные инфекции ($p = 0,034$). В структуре осложнений гестации преобладали плацентарная недостаточность ($p < 0,001$), рецидивирующая угроза прерывания беременности ($p = 0,021$), преэклампсия ($p < 0,001$).

Ключевые слова: очень ранние преждевременные роды; преждевременные роды; факторы риска; исходы преждевременных родов

Kuklina L.V., Kravchenko E.N., Batyreva N.V., Grin S.N., Markovskaya O.A.

Omsk State Medical University,
City Clinical Perinatal Center, Omsk, Russia

RISK FACTORS, THE COURSE OF PREGNANCY AND GESTATIONAL OUTCOMES IN DIFFERENT STAGES OF PREGNANCY IN PRETERM BIRTH

The aim of the research – to evaluate risk factors, features of the course of pregnancy, childbirth and outcomes for newborns in very early preterm birth and preterm birth in the gestation period from 28 to 36 weeks 6 days.

Materials and methods. The first main group (n = 66) included patients with very early preterm birth (VEPB), the second main group (n = 84) consisted of patients with preterm birth in pregnancy from 28 to 36 weeks 6 days of pregnancy. The control group (n = 50) included pregnant women who gave birth on time.

Results. In the first main group, the age of women was 31.2 ± 1.3 years, in the second main group – 27.3 ± 1.1 years, and in the control group – 24.3 ± 1.5 years. Obstetric anamnesis in the first main group was burdened in 80.3 % of patients, in the second main group in 69 % and in the control group in 46 % ($p_{I-K} < 0.001$ и $p_{II-K} = 0.009$) of pregnant women. Of the gynecological diseases detected during pregnancy, bacterial vaginosis prevailed in women of the I and II main groups (39.4 % and 36.9 %, respectively), non-specific vaginitis (21.2 % and 22.6 %), in the control group – in 12 % ($p = 0.002$) and 8 % ($p_{I-K} = 0.049$, $p_{II-K} = 0.030$), respectively. In VEPB, in 31.8 % of cases, the delivery was completed by caesarean section, the indications for operative delivery were: bleeding associated with placental abruption and presentation (n = 8); prenatal discharge of amniotic fluid with an incorrect fetal position (n = 4); preeclampsia (n = 7); decompensated placental insufficiency (n = 1); loss of umbilical cord loops (n = 1).

Conclusion. The results of the study showed that a significant impact on the level of very early preterm birth has: complicated obstetric and gynecological history ($p < 0.001$), kidney disease ($p = 0.009$), anemia ($p = 0.006$), genital infections ($p = 0.030$), viral infections during pregnancy ($p = 0.034$). The structure of gestational complications was dominated by placental insufficiency ($p < 0.001$), recurrent threat of termination of pregnancy ($p = 0.021$), and preeclampsia ($p < 0.001$).

Key words: very early preterm birth; preterm birth; risk factors; outcomes of preterm birth

Информация для цитирования:

10.24411/2686-7338-2021-10029

Куклина Л.В., Кравченко Е.Н., Батырева Н.В., Гринь С.Н., Марковская О.А. Факторы риска, течение беременности и исходы гестации в различных сроках беременности при преждевременных родах //Мать и Дитя в Кузбассе. 2021. №2(85). С. 103-108.

Преждевременные роды (ПР) — это роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36 недель 6 дней [1], при этом установление срока беременности определяется на основании данных о первом дне последней менструации (при регулярном менструальном цикле) и УЗИ плода, выполненном в I триместре [2]. К очень ранним преждевременным родам относятся роды зошедшие в сроке беременности от 22 недель до 27 недель и 6 дней.

В России за 2017-2019 годы всего родилось 4943600 детей, из них число детей, рожденных раньше срока, составило 285,7 тысяч человек, что составило 5,8 % от общего числа родившихся [3].

Проблема преждевременных родов на сегодняшний день является чрезвычайно актуальной. Несмотря на появление новых медицинских технологий и лекарственных препаратов, количество преждевременных родов не уменьшается, а наоборот, имеет тенденцию к увеличению на фоне снижения общего количества родов [4].

Существенное влияние на уровень очень ранних преждевременных родов оказывают: возраст родителей, вредные привычки, аборт, невынашивание в анамнезе, инфекции, экстрагенитальная патология, что обуславливает осложненное течение беременности: рецидивирующую угрозу прерывания, внутриутробную инфекцию, плацентарную недостаточность и, как исход, преждевременные роды [5-9].

В настоящее время на территории Омской области наблюдается общая для РФ тенденция к сокращению числа рождений, так как в фертильный возраст вступили женщины, рожденные в 1990-е годы, которые характеризовались таким явлением, как «демографическая яма». В период с 1990 года по 2001 год произошло снижение числа родившихся девочек с 15528 до 8797 человек. В 2019 году родилось 19009 детей, что на 2257 детей меньше, чем в 2018 году (21266 детей).

С целью оказания качественной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным, дифференциации нагрузки на учреждения разных групп по возможности оказания медицинской помощи, на территории Омской области создана трехуровневая система оказания медицинской помощи в сфере детства и родовспоможения. Медицинская помощь женщинам, проживающим на территории Омской области, осуществляется на основании маршрутизации пациентов, утвержденной распоряжением Министерства от 12 апреля 2019 года № 187-р «Об организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, новорожденным, женщинам с гинекологическими заболеваниями в государственных учреждениях здравоохранения Омской области».

Несмотря на внедрение клинических протоколов по преждевременным родам, применение акушерских pessaries, назначение препаратов прогестерона, в 2019 году в Омской области наблюдается дальнейшее увеличение числа преждевременных

родов до 6,9 % от всех родов (2018 год — 6,5 %, РФ — 4,4 %). Не имеет тенденции к снижению удельный вес сверхранных родов (22-28 недель беременности) — 0,77 % (2018 год — 0,62 %, РФ — 0,47 %), что негативно влияет на показатель младенческой смертности. Вместе с тем, оказание помощи женщинам с преждевременными родами осуществляется преимущественно в учреждениях третьего уровня (2019 год — 72,3 %, 2018 год — 56,2 %); доля сверхранных родов, произошедших в учреждениях третьего уровня, составляет 88,9 % (2018 год — 88,6 %). Все указанное свидетельствует об эффективности системы маршрутизации беременных и рожениц на территории Омской области, но недостаточной системе профилактики преждевременных родов [10].

Чтобы улучшить ситуацию с преждевременными родами, т.е. минимизировать последствия недонашивания и недоношенности, необходимо выявить причины, а затем уже воздействовать на них, обеспечивая преемственность в оказании акушерской помощи на всех этапах [11].

Цель исследования — оценить факторы риска, особенности течения беременности, родов и исходы для новорожденных при очень ранних преждевременных родах и преждевременных родах в сроках беременности с 28 до 36 недель 6 дней.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 200 историй родов женщин, родоразрешенных в БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр» г. Омска в 2019 году. В I основную группу (n = 66) вошли пациентки с очень ранними преждевременными родами в сроках беременности с 22 по 27 недель 6 дней (ОРПР), II основную группу (n = 84) составили пациентки с преждевременными родами (ПР) в сроках беременности с 28 до 36 недель 6 дней беременности. В контрольную группу (n = 50) вошли беременные, родившие в срок (СР).

Статистическая обработка была выполнена с применением программ Statistica 6.1, для оценки относительного риска развития патологии использовали отношение шансов (OR) с 95% доверительным интервалом (CI 95%), а также критерий χ^2 , коэффициенты корреляции Пирсона. Критический уровень значимости (p) при проверке гипотез был равен 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Возраст беременных варьировал в пределах от 17 до 47 лет и значимо отличался в группах сравнения. В I основной группе возраст женщин составил $31,2 \pm 1,3$ лет, во II основной группе — $27,3 \pm 1,1$ лет, а в контрольной группе — $24,3 \pm 1,5$ лет.

При анализе исходов предыдущих беременностей у женщин с ОРПР выявлено, что акушерский анамнез в этой группе был отягощен у 53 пациенток

(80,3 %), в группе с ПР – у 58 (69 %; $OR_{I-II} = 1,828$, $CI\ 95\% = 0,852-3,919$, $p = 0,119$), в контрольной группе – у 23 беременных (46 %; $OR_{I-K} = 4,786$, $CI\ 95\% = 2,102-10,899$, $p < 0,001$ и $OR_{II-K} = 2,619$, $CI\ 95\% = 1,270-5,398$, $p = 0,009$). У 35 женщин (53 %) I основной группы в анамнезе было искусственное прерывание беременности, во II основной группе – у 36 (42,8 %; $OR_{I-II} = 1,505$, $CI\ 95\% = 0,787-2,879$, $p = 0,216$), тогда как у пациенток контрольной группы этот показатель был значительно ниже – 14 (28 %) и значимо отличался от I основной группы ($OR_{I-K} = 2,903$, $CI\ 95\% = 1,325-6,359$, $p = 0,007$ и $OR_{II-K} = 1,929$, $CI\ 95\% = 0,908-4,097$, $p = 0,086$). У каждой шестой пациентки с ОРПР (11; 6,6 %) в анамнезе были самопроизвольные выкидыши в различные сроки беременности, у 7 (10,6 %) – преждевременные роды; во II основной группе – у 12 (14,2 %; $OR_{I-II} = 1,200$, $CI\ 95\% = 0,493-2,923$, $p = 0,688$) и 6 (7,1 %; $OR_{I-II} = 1,542$, $CI\ 95\% = 0,492-4,831$, $p = 0,455$) беременных соответственно. В группе контроля – у 4 пациенток (8 %; $OR_{I-K} = 2,300$, $CI\ 95\% = 0,686-7,709$, $p = 0,169$ и $OR_{II-K} = 1,917$, $CI\ 95\% = 0,583-6,304$, $p = 0,278$) в анамнезе выявлены самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды в этой группе отсутствовали ($p < 0,001$).

Частота гинекологических заболеваний в I основной группе составила 63 случая (95,5 %), что было значимо выше, чем во II основной группе – 70 (83,3 %; $OR_{I-II} = 4,200$, $CI\ 95\% = 1,153-15,297$, $p = 0,021$) и достоверно чаще, чем среди женщин контрольной группы – 29 (58 %; $OR_{I-K} = 15,207$, $CI\ 95\% = 4,198-55,090$, $p < 0,001$ и $OR_{II-K} = 3,621$, $CI\ 95\% = 1,622-8,082$, $p = 0,002$). Наиболее часто в группе с ОРПР встречались миома матки, хронический сальпингофорит, хронический эндометрит и бесплодие. Из гинекологической патологии, выявленной при беременности, у женщин I и II основных групп преобладали бактериальные вагинозы – 26 (39,4 %) и 31 (36,9 %; $OR_{I-II} = 1,111$, $CI\ 95\% = 0,572-2,158$, $p = 0,756$), неспецифические вагиниты 14 (21,2 %) и 19 (22,6 %; $OR_{I-II} = 0,921$, $CI\ 95\% = 0,422-2,011$, $p = 0,837$); в контрольной – 6 (12 %, $OR_{I-K} = 4,767$, $CI\ 95\% = 1,779-12,772$, $p = 0,002$ и $OR_{II-K} = 4,289$, $CI\ 95\% = 1,640-11,216$, $p = 0,002$) и 4 (8 %, $OR_{I-K} = 3,096$, $CI\ 95\% = 1,021-10,075$, $p = 0,049$ и $OR_{II-K} = 3,362$, $CI\ 95\% = 1,072-10,537$, $p = 0,030$) соответственно.

Экстрагенитальная патология встречалась у 59 женщин (89,4 %) I основной группы и 68 (80,9 %; $OR_{I-II} = 1,983$, $CI\ 95\% = 0,764-5,150$, $p = 0,155$) II основной группы, что значимо чаще, чем у пациенток контрольной группы – 21 (42 %; $OR_{I-K} = 11,639$, $CI\ 95\% = 4,439-30,521$, $p < 0,001$ и $OR_{II-K} = 5,869$, $CI\ 95\% = 2,684-12,833$, $p < 0,001$). Чаще всего в I и II основных группах регистрировались хроническая анемия – 31 (46,9 %) и 43 случая (51,2 %; $OR_{I-II} = 0,845$, $CI\ 95\% = 0,443-1,611$, $p = 0,608$), заболевания почек – 20 (29,8 %) и 19 (22,6 %; $OR_{I-II} = 1,487$, $CI\ 95\% = 0,715-3,095$, $p = 0,287$), артериальная гипертензия – 7 (10,6 %) и 7 (8,3 %;

$OR_{I-II} = 1,305$, $CI\ 95\% = 0,434-3,925$, $p = 0,635$) наблюдений соответственно. В то же время в контрольной группе анемия встретилась у 11 пациенток (22 %, $OR_{I-K} = 3,140$, $CI\ 95\% = 1,376-7,169$, $p = 0,006$ и $OR_{II-K} = 3,718$, $CI\ 95\% = 1,680-8,228$, $p < 0,001$), заболевания почек – у 5 (10 %; $OR_{I-K} = 3,913$, $CI\ 95\% = 1,352-11,325$, $p = 0,009$ и $OR_{II-K} = 2,631$, $CI\ 95\% = 0,915-7,563$, $p = 0,066$), артериальная гипертензия – у одной женщины (2 %; $OR_{I-K} = 5,814$, $CI\ 95\% = 0,691-48,886$, $p = 0,071$ и $OR_{II-K} = 4,455$, $CI\ 95\% = 0,532-37,324$, $p = 0,135$).

Существенным фактором риска ОРПР оказались перенесенные во время беременности вирусные инфекционные заболевания (ОРВИ и герпетическая). Такие заболевания наблюдались у 15 женщин (22,7 %) I основной группы, у 14 пациенток (16,7 %; $OR_{I-II} = 1,471$, $CI\ 95\% = 0,652-3,315$, $p = 0,351$) II основной группы и у 4 женщин (8 %; $OR_{I-K} = 3,382$, $CI\ 95\% = 1,047-10,928$, $p = 0,034$ и $OR_{II-K} = 2,300$, $CI\ 95\% = 0,713-7,424$, $p = 0,155$) группы контроля.

В структуре осложнений гестации в группе женщин с ОРПР рецидивирующая угроза прерывания беременности встречалась у 12 беременных (18,2 %), в группе пациенток с ПР – у 11 (13,1 %; $OR_{I-II} = 1,475$, $CI\ 95\% = 0,605-3,593$, $p = 0,391$), в контрольной группе – у 2 (4 %; $OR_{I-K} = 5,333$, $CI\ 95\% = 1,136-25,044$, $p = 0,021$ и $OR_{II-K} = 3,616$, $CI\ 95\% = 0,768-17,040$, $p = 0,086$) женщин. Плацентарная недостаточность регистрировалась чаще в I основной группе – у 41 (62,1 %) беременной, чем во II основной группе – у 36 (42,9 %; $OR_{I-II} = 2,187$, $CI\ 95\% = 1,131-4,226$, $p = 0,020$), и значимо чаще, чем в контрольной группе – у 7 (14 %; $OR_{I-K} = 10,074$, $CI\ 95\% = 3,931-25,816$, $p < 0,001$ и $OR_{II-K} = 4,607$, $CI\ 95\% = 1,858-11,425$, $p < 0,001$) пациенток. Признаки внутриутробной инфекции (многоводие, маловодие, кальцинаты плаценты, гиперэхогенный кишечник, вентрикуломегалия) были выявлены у 12 беременных (18,2 %) I основной группы, в группе с ПР – у 10 (11,9 %; $OR_{I-II} = 1,644$, $CI\ 95\% = 0,662-4,084$, $p = 0,281$), в контрольной группе у одной пациентки регистрировалось многоводие, у одной – маловодие (4 %), что достоверно реже, чем у беременных I основной группы ($OR_{I-K} = 5,333$, $CI\ 95\% = 1,136-25,044$, $p = 0,021$ и $OR_{II-K} = 3,243$, $CI\ 95\% = 0,681-15,450$, $p = 0,122$). Преэклампсия в группе женщин с ОРПР встречалась у 10 пациенток (15,2 %), во II основной группе – у 11 (13,1 %; $OR_{I-II} = 1,185$, $CI\ 95\% = 0,470-2,987$, $p = 0,719$), тогда как в группе контроля этой патологии не было ($p < 0,001$). Такие осложнения беременности, как преждевременная отслойка плаценты и предлежание плаценты с кровотечением, наблюдались в I основной группе у 5 женщин (7,6 %) и 3 пациенток (4,5 %) соответственно, во II основной группе – у 5 (6 %; $OR_{I-II} = 1,295$, $CI\ 95\% = 0,359-4,676$, $p = 0,693$) и 6 (7,1 %; $OR_{I-II} = 0,619$, $CI\ 95\% = 0,149-2,574$, $p = 0,507$), а в группе контроля отсутствовали ($p < 0,001$).

Анализ 66 очень ранних преждевременных родов показал, что в 21 случае (31,8 %) роды закончились путем операции кесарева сечения (родились 22 живых ребенка), в 45 (68,2 %) – через естественные родовые пути (37 живых детей). Показаниями к оперативному родоразрешению послужили: кровотечения, связанные с отслойкой нормально и низкорасположенной плаценты, а также предлежанием плаценты ($n = 8$); дородовое излитие околоплодных вод при неправильном положении плода, в том числе из двойни ($n = 4$); преэклампсия ($n = 5$); преэклампсия в сочетании с критическим снижением кровотока и задержкой роста плода ($n = 2$); декомпенсированная плацентарная недостаточность с задержкой роста плода 3 степени ($n = 1$); выпадение петель пуповины ($n = 1$). Показания для родоразрешения путем операции кесарева сечения со стороны матери (15/71,4 %) были доминирующими относительно показаний со стороны плода (6/28,6 %).

Во II основной группе 44 пациентки (52,4 %) родоразрешились через естественные родовые пути, а 40 женщин (47,6 %) родоразрешены путем операции кесарева сечения. Показаниями к оперативному родоразрешению были: кровотечения, связанные с отслойкой нормально и низкорасположенной плаценты, а также предлежанием плаценты ($n = 11$); дородовое излитие околоплодных вод при неправильном положении плода ($n = 8$); преэклампсия ($n = 7$); преэклампсия в сочетании с критическим снижением кровотока и задержкой роста плода ($n = 4$); декомпенсированная плацентарная недостаточность с задержкой роста плода 2 и 3 степени ($n = 4$); выпадение петель пуповины ($n = 2$); неполноценность рубца на матке ($n = 3$), хориоамнионит ($n = 1$). В этой группе частота показаний со стороны матери для родоразрешения путем операции кесарева сечения (21/52,5 %) и со стороны плода (19/47,5 %) существенно не различались.

Всего в группе с ОРПР родились 68 детей, из них мертворождения зафиксированы в 9 случаях (132,4‰), ранняя неонатальная смертность (РНС) – в 15 (254,2‰). Большинство детей из этой группы родились в асфиксии тяжелой степени – 45 (76,3 %), в асфиксии умеренной степени – 14 (23,7 %). Средняя масса детей в этой группе составляла $786,3 \pm 216,4$ г.

Проведен анализ РНС в зависимости от метода родоразрешения. В группе родоразрешенных путем операции кесарева сечения РНС составила 9 случаев. Показания к абдоминальному родоразрешению были следующие: выпадение петель пуповины ($n = 1$); кровотечения, связанные с отслойкой нормально и низкорасположенной плаценты, предлежанием плаценты ($n = 5$); преэклампсия в сочетании с критическим снижением кровотока и задержкой роста плода ($n = 1$); декомпенсированная плацентарная недостаточность с задержкой роста плода 3 степени ($n = 1$), дородовое излитие околоплодных вод при неправильном положении плода ($n = 1$). В группе родоразрешенных через естественные родо-

вые пути РНС зарегистрирована в 6 случаях. Следует отметить, что все роженицы поступили в ГКПЦ в потужном периоде родов. По результатам патологоанатомического исследования причинами РНС в 100 % случаев явились РДС и билатеральное ВЖК.

Одной из мер, направленных на снижение неблагоприятных перинатальных исходов, является профилактика РДС плода [12]. Во всех случаях РНС профилактику РДС плода провести не представлялось возможным, так как беременные и роженицы находились в стационаре до родоразрешения не более двух часов. Существенное влияние на исход для плода в течение раннего неонатального периода оказывает наличие инфекционных заболеваний до, во время или после рождения.

Признается, что необходимыми условиями ведения очень ранних преждевременных родов через естественные родовые пути, улучшающими перинатальный исход, относятся: ведение I периода родов на фоне β -адреномиметиков; выполнение эпидуральной анестезии; по возможности, сохранение целостности плодного пузыря; бережное выведение головки и туловища плода. Условиями, улучшающими перинатальный исход при выполнении операции кесарева сечение, являются: бережное извлечение плода в плодном пузыре; истмико-корпоральный разрез на матке; выполнение спинномозговой анестезии [13].

С позиции неонатологов важным фактором, снижающим смертность недоношенных детей, как при оперативном родоразрешении, так и при ведении родов через естественные родовые пути, является применение сурфактанта непосредственно сразу после рождения в родильном зале или операционной. Наряду с этим, для успешного выхаживания глубоко недоношенных детей имеет значение оснащение отделения интенсивной терапии. Указанные меры способствуют не только увеличению выживаемости недоношенных детей, но и снижению заболеваемости в ближайшем и отдаленном периодах их развития.

Наши данные подтверждают мнение о том, что кесарево сечение, по сравнению с родами через естественные родовые пути, не улучшает исходы для глубоко недоношенного ребенка в раннем неонатальном периоде, увеличивая при этом материнскую заболеваемость. Кесарево сечение при очень ранних преждевременных родах рекомендуется проводить по акушерским показаниям [14-15]. Существенную роль в улучшении исходов для плода оказывают: проведение профилактики РДС плода; лечение недоношенных детей в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации новорожденных с применением современных технологий; оснащение отделения интенсивной терапии современной аппаратурой. Таким образом, проблема преждевременных родов требует многостороннего изучения и комплексного подхода к ее решению с акцентом на перинатальные исходы, как основному критерию оценки эффективности пролонгирова-

ния беременности и тактики ведения родов недоношенным плодом.

ВЫВОДЫ

1. Возраст матери имеет влияние на продолжительность гестации, с увеличением возраста повышается риск очень ранних преждевременных родов.
2. Риск очень ранних преждевременных родов увеличивается при осложненном акушерско-гинекологическом анамнезе за счет искусственных абортов ($p = 0,007$) и преждевременных родов ($p < 0,001$).
3. Отмечена зависимость возникновения ОРПР от перенесенных гинекологических заболеваний матери: миома матки, хронический сальпингоофорит, хронический эндометрит и бесплодие ($p < 0,001$); при беременности из гинекологической патологии имели значение — бактериальный вагиноз ($p = 0,002$) и неспецифический вагинит ($p = 0,049$).

4. Значимую роль в реализации ОРПР имеют экстрагенитальные заболевания, особенно анемия ($p = 0,006$) и заболевания почек ($p = 0,009$), а также перенесенные во время беременности вирусные инфекции ($p = 0,034$).

5. Частота осложнений течения беременности в группах с преждевременными родами значительно выше, чем в группе женщин, родоразрешенных в срок, преобладают угроза невынашивания, аномалии расположения и отслойка плаценты, плацентарная недостаточность и преэклампсия.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm labor: one syndrome, many causes. *Science*. 2014; 345(6198): 760-765. DOI: 10.1126/science.1251816.
2. Whitworth M, Bricker L, Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane database Syst Rev*. 2015; (7): CD007058. DOI: 10.1002/14651858.CD007058.pub3.
3. Healthcare in Russia. 2019: Statistical collection Rosstat. М., 2019. 170 p. Russian (Здравоохранение в России. 2019: Статистический сборник Росстат. М., 2019. 170 с.) <https://resursor.ru/statisticheskij-sbornik-zdravooxranenie-v-rossii-2019-polnaya-versiya>
4. Radzinskij VE, Orazmuradov AA, Savenkova IV, Damirova KF, Haddad H. Premature birth is an unsolved problem of the XXI century. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2020; 27(4): 27-37. Russian (Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А., Савенкова И.В., Дамирова К.Ф., Хаддад Х. Преждевременные роды - нерешенная проблема XXI века //Кубанский научный медицинский вестник. 2020. Т. 27, № 4. С. 27-37.) DOI: 10.25207/1608-6228-2020-27-4-27-37.
5. Yakovleva OA, Kravchenko EN, Kuklina LV, Tihonenko YV. Features of the course of pregnancy and childbirth in HIV-infected women with preterm birth. *Mother and Baby in Kuzbass*. 2018; 1(72): 67-71. Russian (Яковлева О.А., Кравченко Е.Н., Куклина Л.В., Тихоненко Я.В. Особенности течения беременности и родов у ВИЧ-инфицированных женщин с преждевременными родами //Мать и Дитя в Кузбассе. 2018. № 1(72). С. 67-71.)
6. Lebedeva AV, Zotova OA, Chernyaeva VI. Features of the course of pregnancy and the state of fetuses in women in labor with early preterm labor. *Fundamental and clinical medicine*. 2017; 2(4): 27-33. Russian (Лебедева А.В., Зотова О.А., Черняева В.И. Особенности течения беременности и состояния плодов у рожениц со сверхранными преждевременными родами //Фундаментальная и клиническая медицина. 2017. Т. 2, № 4. С. 27-33.)
7. Kravchenko EN, Voroncova MS, Krivchik GV, Cygankova OY, Kuklina LV, Tyshkevich OS, et al. Causes of short cervix and its role in the initiation of preterm labor. *Tavrishesky medical and biological bulletin*. 2016; 19(2): 85-88. Russian (Кравченко Е.Н., Воронцова М.С., Кривчик Г.В., Цыганкова О.Ю., Куклина Л.В., Тышкевич О.С. и др. Причины короткой шейки матки и ее роль в инициации преждевременных родов //Таврический медико-биологический вестник. 2016. Т. 19, № 2. С. 85-88.)
8. Gorina KA, Hodzhaeva ZS, Belousov DM, Baranov II, Gohberg YA, Pashchenko AA. Preterm birth: past limitations and new opportunities. *Obstetrics and gynecology*. 2020; 1: 12-19. Russian (Горина К.А., Ходжаева З.С., Белоусов Д.М., Баранов И.И., Гохберг Я.А., Пашченко А.А. Преждевременные роды: прошлые ограничения и новые возможности // Акушерство и гинекология. 2020. № 1. С. 12-19.) DOI: 10.18565/aig.2020.1.12-119.
9. Padrul' MM, Galinova IV, Olina AA, Sadykova GK. Features of the risk stratification of preterm birth. *Health Risk Analysis*. 2020; 1: 165-176. Russian (Падруль М.М., Галинова И.В., Олина А.А., Садыкова Г.К. Особенности стратификации риска преждевременных родов //Анализ риска здоровью. 2020. № 1. С. 165-176.) DOI: 10.21668/health.risk/2020.1.17.
10. The health status of the population and public health in Omsk region at year-end 2019: State report. *Ministry of Health of the Omsk Region*, 2020. 138 p. Russian (О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Омской области по итогам деятельности за 2019 год: Государственный доклад. Минздрав Омской области, 2020. 138с.)
11. Batyreva NV, Sinicyna SS, Kravchenko EN, Kuklina LV, Vojko IA. Risk factors for very early preterm birth. *Mother and Baby in Kuzbass*. 2018; 1(72): 57-61. Russian (Батырева Н.В., Синицына С.С., Кравченко Е.Н., Куклина Л.В., Бойко И.А. Факторы риска очень ранних преждевременных родов //Мать и Дитя в Кузбассе. 2018. № 1(72). С. 57-61.)
12. Roberts D, Brown J, Medley N, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane database Syst Rev*. 2017; 3: CD004454. DOI: 10.1002/14651858.CD004454.pub3

13. Jing C, Wang C. Combining Spinal-Epidural Anesthesia versus Single-Shot Spinal Anesthesia for Cesarean Delivery: A Meta-Analysis of 5 Randomized Controlled Trials. *Med Sci Monit.* 2019; 25: 2859-2867. DOI: 10.12659/MSM.913744.
14. Mottet N, Riethmuller D. Mode of delivery in spontaneous preterm birth. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2016; 45(10): 1434-1445. DOI: 10.1016/j.jgyn.2016.09.021.
15. Alèrevic Z, Milan SJ, Livio S. Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. *Cochrane database Syst Rev.* 2012; (6): CD0000(6): CD000078. DOI: 10.1002/14651858.CD000078.pub3.

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

КУКЛИНА Лариса Владимировна, 644043, г. Омск, ул. Ленина, д. 12, ФГБОУ ВО ОмГМУ МЗ РФ

Тел: 8 (3812) 23-02-93. E-mail: kuklinalara@mail.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ**INFORMATION ABOUT AUTHORS**

КУКЛИНА Лариса Владимировна, канд. мед. наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии ДПО, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: kuklinalara@mail.ru	KUKLINA Larisa Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, department of obstetrics and gynecology DPO, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: kuklinalara@mail.ru
КРАВЧЕНКО Елена Николаевна, доктор мед. наук, профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии 1, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: kravchenko.en@mail.ru ORCID: 0000-0001-9481-8812	KRAVCHENKO Elena Nikolaevna, doctor of medical sciences, professor, professor of the department of obstetrics and gynecology 1, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: kravchenko.en@mail.ru ORCID: 0000-0001-9481-8812
БАТЫРЕВА Наталья Витальевна, врач акушер-гинеколог, зав. акушерским наблюдательным отделением № 2, БУЗОО ГКПЦ, г. Омск, Россия	BATYREVA Natalia Vitalievna, obstetrician-gynecologist, head of obstetric observational department N 2, City Clinical Perinatal Center, Omsk, Russia
ГРИНЬ Светлана Николаевна, врач акушер-гинеколог, отделение патологии беременности, БУЗОО ГКПЦ, г. Омск, Россия	GRIN Svetlana Nikolaevna, obstetrician-gynecologist, department of pregnancy pathology, City Clinical Perinatal Center, Omsk, Russia
МАРКОВСКАЯ Ольга Александровна, врач акушер-гинеколог, родовое отделение № 2, БУЗОО ГКПЦ, г. Омск, Россия	MARKOVSKAYA Olga Aleksandrovna, obstetrician-gynecologist, maternity ward N 2, City Clinical Perinatal Center, Omsk, Russia