

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: ОТ ФАКТОРОВ РИСКА ДО СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18781324>

Дониёрова Комила

Равшанова Муштарийбегим

Одилбекова Бону

студентки 3-го года обучения Ташкентского международного университета

Кимё, Узбекистан

Узбекистан, город Ташкент

Аннотация

В статье представлен актуальный обзор проблемы преждевременных родов как ведущего фактора перинатальной заболеваемости. Проведен подробный анализ этиологической структуры, включая инфекционные, генетические и социально-биологические аспекты. Особое внимание уделено современным методам прогнозирования ультразвуковой цервикометрии и определению биохимических маркеров. В работе систематизированы современные подходы к пролонгированию беременности: стратегии выбора токолитической терапии (блокаторы кальциевых каналов, антагонисты рецепторов окситоцина), применение гестагенов и протоколы антенатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома плода кортикостероидами. Материал базируется на актуальных клинических рекомендациях Минздрава РФ и данных международных сообществ (FIGO, ВОЗ)

Ключевые слова

Преждевременные роды, токолитическая терапия, факторы риска, пролонгирование беременности, цервикометрия, истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), профилактика РДС плода, нейропротекция, антенатальные кортикостероиды, доказательная медицина.

Abstract

This article presents a current review of preterm birth as a leading factor in perinatal morbidity. A detailed analysis of its etiological structure is provided, including infectious, genetic, and sociobiological aspects. Particular attention is paid to modern methods of prognostication using ultrasound cervicometry and the

identification of biochemical markers. The paper systematizes modern approaches to prolonging pregnancy: strategies for selecting tocolytic therapy (calcium channel blockers, oxytocin receptor antagonists), the use of progestogens, and protocols for antenatal prophylaxis of fetal respiratory distress syndrome with corticosteroids. The material is based on current clinical guidelines from the Russian Ministry of Health and data from international organizations (FIGO, WHO).

Keywords

Preterm birth, preterm labor, tocolytic therapy, pregnancy prolongation, cervical insufficiency, risk factors, respiratory distress syndrome (RDS) prevention, cervical length, fetal neuroprotection, evidence-based medicine

Введение

Проблема преждевременных родов (ПР) остается одной из наиболее острых и дискуссионных тем в современном акушерстве. Несмотря на значительный прогресс в понимании патогенеза, внедрение высокотехнологичных методов мониторинга и расширение фармакологического арсенала, частота ПР в мире стабильно варьируется в пределах 5–12% от общего числа родов. Данный показатель является ключевым индикатором качества оказания медицинской помощи, так как именно на долю недоношенных детей приходится до 70% случаев неонатальной смертности и более 50% случаев долгосрочных неврологических нарушений, включая детский церебральный паралич. Современная концепция ведения таких пациенток сместилась от агрессивного вмешательства к стратегии персонализированного прогнозирования. Сегодня преждевременные роды рассматриваются не как внезапное событие, а как финальный этап многофакторного «большого акушерского синдрома». Ключевое значение приобретает ранняя идентификация групп риска: от выявления генетической предрасположенности и коррекции микробиома до оценки состояния шейки матки при помощи ультразвуковой цервикометрии. Основная цель медицинской помощи при угрожающих ПР сегодня заключается не просто в механической остановке схваток, а в стратегическом пролонгировании беременности. Этот временной интервал (от 48 часов до нескольких недель) критически необходим для реализации антенатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) плода, проведения курса нейропротекции сульфатом магния и, что не менее важно, своевременной маршрутизации беременной в стационар третьего уровня.

Методы. Данная обзорная статья систематизирует текущие терапевтические подходы, направленные на управление рисками преждевременных родов, основываясь на принципах доказательной медицины. В рамках обзора установлено, что ключевым вектором современного акушерства является не попытка неограниченного удержания беременности, а достижение «терапевтического окна» продолжительностью 48–72 часа. Этот интервал критически важен для реализации трех базовых задач: проведения полного курса антенатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома плода с использованием кортикостероидов (дексаметазона или бетаметазона), осуществления нейропротекции центральной нервной системы плода сульфатом магния при сроках менее 32 недель, а также обеспечения безопасной маршрутизации пациентки в стационар третьего уровня.

В обзоре анализируется эффективность различных групп токолитиков, где приоритет отдается блокаторам кальциевых каналов (нифедипину) и антагонистам рецепторов окситоцина (атозибану) ввиду их высокого профиля безопасности и эффективности в подавлении сократительной активности матки. Завершает обзорную часть анализ антибиотикопрофилактики при преждевременном разрыве плодных оболочек, где выбор препаратов строго регламентирован целью предотвращения восходящей инфекции без риска для метаболизма новорожденного.

Результаты и обсуждение. Анализ современной клинической практики и актуальных исследований позволяет констатировать, что эффективность пролонгирования беременности при преждевременных родах (ПР) напрямую коррелирует со своевременностью инициации комбинированной терапии. В ходе обзора выявлено, что наиболее значимым результатом внедрения современных протоколов стало снижение частоты тяжелых форм респираторного дистресс-синдрома у новорожденных на 30–40% благодаря строгому соблюдению 48-часового интервала токолиза. Обсуждение полученных данных указывает на то, что нифедипин и атозибан демонстрируют сопоставимую эффективность в купировании родовой деятельности, однако атозибан предпочтителен в группах высокого риска (многоплодие, декомпенсированные соматические заболевания матери) из-за минимального влияния на гемодинамику. Важным аспектом обсуждения остается вопрос гипердиагностики ПР: статистические данные подтверждают, что до 40% пациенток, госпитализированных с подозрением на ПР, не имеют

истинной родовой деятельности, что подчеркивает необходимость обязательного внедрения тестов на фетальный фибронектин или ПСИФР-1 для исключения необоснованной терапии.

В контексте хирургических методов коррекции истмико-цервикальной недостаточности результаты обзора подтверждают преимущество цервикального серкляжа перед пессариями при длине шейки матки менее 15 мм, в то время как при умеренном укорочении (15–25 мм) оба метода показывают эквивалентную эффективность. Особое внимание в дискуссии уделяется нейропротекции сульфатом магния: накопленная доказательная база подтверждает снижение риска развития ДЦП на 25% при родах до 32 недель, что делает этот метод обязательным компонентом современного протокола. Таким образом, обсуждение проблемы ПР в 2025–2026 гг. смещается от вопроса «как остановить роды» к вопросу «как максимально эффективно подготовить недоношенного ребенка к рождению», где главными детерминантами успеха выступают ранняя стратификация рисков и мультидисциплинарный подход в условиях специализированного стационара.

Заключение. Подводя итог проведенному обзору, следует подчеркнуть, что современная стратегия ведения преждевременных родов претерпела фундаментальную трансформацию: от пассивного наблюдения и попыток длительного подавления родовой деятельности к активному управлению перинатальными рисками. Анализ текущих данных подтверждает, что успех родоразрешения при недоношенности сегодня определяется не столько фактом пролонгирования гестации, сколько качеством подготовки плода в критический 48-часовой период. Использование селективных токолитиков в сочетании с адекватной кортикостероидной терапией и нейропротекцией магния сульфатом позволяет существенно нивелировать негативные последствия недоношенности, снижая инвалидизацию детей с экстремально низкой массой тела.

Перспективы дальнейших исследований в этой области лежат в плоскости более глубокого изучения микробиома, генетических маркеров и разработки персонализированных биохимических панелей для сверхраннего прогнозирования угрозы. Резюмируя вышеизложенное, можно утверждать, что минимизация неблагоприятных исходов преждевременных родов возможна только при строгом соблюдении принципов доказательной медицины, преемственности между акушерским и неонатологическим звеньями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Преждевременные роды: клинические рекомендации. – Одобрены Научно-практическим советом Минздрава РФ, 2020 (актуальная редакция 2024–2025). [Электронный ресурс]. Режим доступа: cr.minzdrav.gov.ru.
2. Радзинский, В. Е., Фукс, А. М. Акушерство: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 1056 с.
3. Ходжаева, З. С., Аржанова, О. Н. и др. Преждевременные роды: клинический протокол. – М.: Адамантъ, 2022. – 52 с.
4. Савельева, Г. М., Шалина, Р. И., Плеханова, Е. Р. Современные подходы к диагностике и ведению преждевременных родов // Акушерство и гинекология. – 2022. – № 4. – С. 10–16.
5. Сидельникова, В. М. Невынашивание беременности: руководство для практикующих врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023.
6. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. – Geneva: World Health Organization, 2022. [Open Access].
7. Di Renzo, G. C., et al. FIGO working group report on the prevention of preterm birth // International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2023. – Vol. 154, Issue 1. – P. 15–24.