

Титова Е.П.

## **ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК: ФАКТОРЫ РИСКА, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ**

Научный руководитель: к.м.н., доцент Коршикова Р.Л.

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Аннотация.** В данной работе рассмотрены основные факторы риска возникновения преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) при доношенной беременности, а также представлены акушерские и перинатальные исходы доношенной беременности, осложненной ПРПО в зависимости от особенностей развития родовой деятельности и методов ее коррекции.

**Ключевые слова:** преждевременный разрыв плодных оболочек, доношенная беременность, спонтанная родовая деятельность, индуцированная родовая деятельность, безводный промежуток.

**Введение.** Преждевременный разрыв плодных оболочек – нарушение целостности оболочек плода и излитие околоплодных вод до начала родовой деятельности независимо от срока беременности. При доношенной беременности ПРПО встречается в 8,2 - 19,6% случаев [1]. ПРПО увеличивает риск осложнений в родах и послеродовом периоде как у матери, так и новорожденного (высокие показатели травматизма мягких тканей родовых путей, нарушение маточно-плацентарного кровообращения и развитие гипоксии плода [2]). Несмотря на большое количество исследований, вопрос об этиологии данного осложнения беременности остается открытым. Не менее актуально стоит вопрос о тактике ведения родов у пациенток с ПРПО.

**Цель исследования.** Определить наиболее значимые факторы риска (ФР) ПРПО, тактику ведения родов у пациенток с ПРПО при доношенной беременности.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 150 историй родов у пациенток при доношенной беременности в головном предлежании. Исследование проводилось на базе родильного дома №1 г. Минска 2023 год. Для оценки факторов в развитии ПРПО были рассмотрены 2 группы пациенток. Основную группу (n=100) составили роженицы с ПРПО. Группу контроля (n=50) роженицы со своевременным излитием околоплодных вод. В обеих группах были проанализированы экстрагенитальные, генитальные патологии родильниц, а так же осложнения беременности со стороны матери и плода. Пациентки в обеих группах были идентичны по возрасту и паритету родов.

В ходе изучения особенностей течения родов все пациентки основной группы были разделены на две группы. 1-ю группу (n=58) составили пациентки у которых на фоне ПРПО развилась спонтанная родовая деятельность (СРД), 2-ю группу (n=42) – пациентки с индуцированной родовой деятельностью (ИРД). С целью индукции применялись: простин Е2 (ПГ Е2), мифепристон и окситоцин (в соответствии с постановлением МЗ РБ от 19.02.2018 №17). Нами были изучены особенности течения родов, методы родоразрешения, акушерские и перинатальные исходы в зависимости развития родовой деятельности и методов индукции. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ MS Office Excel 2010 и Statistica 10.

**Результаты исследования.** В результате исследования нами было выявлено, что основными ФР для женщин с ПРПО среди экстрагенитальной патологии являются заболевания щитовидной железы (p=0,012); инфекции мочеполовой системы (p=0,006); железодефицитная анемия (p=0,00017). Среди генитальной патологии основными ФР были урогенитальные инфекции, перенесенные во время беременности (p=0,032). У женщин с

данной патологией чаще всего в анамнезе встречался кандидозный кольпит (64%). При анализе осложнений беременности со стороны матери ФР являлась угрозой прерывания беременности ( $p=0,03$ ). Среди осложнений со стороны плода достоверных различий в группах не выявлено. Достоверно чаще женщины с ПРПО в анамнезе имели ОРВИ ( $p=0,000001$ ) (Рис. 1,2).



**Рисунок 1.** ОРВИ во время беременности у женщин с ПРПО



**Рисунок 2.** ОРВИ во время беременности у женщин с самопроизвольным излитием околоплодных вод

Принцип выбора метода родоразрешения основывался на: своевременности развития родовой деятельности (латентный промежуток при СРД составил 2ч, при ИРД – 3ч,  $p=0,001$ ), осложнении течения беременности (первичная слабость родовой деятельности при СРД 5,17%, ИРД 28,57%  $p=0,045$ ). При анализе течения родов и их исходов у пациенток гипоксия плода развивалась в 3,45% при СРД и 14,29% при ИРД  $p=0,045$ , со СРД кесарево сечение (КС) проводилось в 25,68% случаев, при ИРД – в 29,05% (Табл. 1).

**Таблица 1.** Сравнительная характеристика групп

Характеристика родов		СРД (n=58)	ИРД (n=42)	p
Возраст		28,0 ( $\pm 2,65$ )	28,5 ( $\pm 2,89$ )	0,820
Латентный период		2 ч	3 ч	<0,001
Первичная слабость родовой деятельности		3 (5,17%)	12 (28,57%)	0,045
Вторичная слабость родовой деятельности		1 (1,72%)	4 (9,52%)	0,202
Дистресс плода		2 (3,45%)	3 (7,14%)	0,951
Родоразрешение путем КС		15 (25,86%)	12 (29,05%)	0,766
Гипоксия плода		2 (3,45%)	6 (14,29%)	0,049
Родовой травматизм	Разрыв шейки матки	6 (10,34%)	3 (7,14%)	0,610

	<b>Разрыв влагалища</b>	2 (3,45%)	4 (9,52%)	0,210
	<b>Разрыв промежности</b>	4 (6,89%)	1 (2,38%)	0,389
<b>Эпизиотомия</b>		17 (29,31%)	14 (33,33%)	0,671
<b>Перинеотомия</b>		2 (3,45%)	4 (9,52%)	0,210

Выбор препаратов для ИРД проводился в соответствии со степенью зрелости шейки матки (ш/м) по шкале Бишопа. ПГЕ2 (n=27) при 5-8 баллах, мифепрестон и ПГЕ2 (n=8) при 2-4 баллах по шкале Бишопа, окситоцин (n=6) при раскрытии ш/м 4-5 см. Родовозбуждение проводилось: через 3 часа при незрелой шейке матки, через 6 часов – при зрелой или мифепрестонем – сразу.

По шкале Апгар 99% новорожденных имели балл 8 и выше, что свидетельствует о верном выборе способов и методов родоразрешения.

**Заключение.** Этиология ПРПО многофакторна, однако основными ФР для являются: заболевания ЩЖ, ЖДА, ИМПС, урогенитальные инфекции, ОРИ.. Течение беременности у пациенток с ПРПО также часто осложняется угрозой прерывания беременности. Данные факторы следует учитывать для прогнозирования данной патологии.

Тактика ведения рожениц с ПРПО, а также акушерские и перинатальные исходы во многом определяются особенностями развития родовой деятельности. Наиболее благоприятные исходы отмечены у рожениц со спонтанной родовой деятельностью.

Сравнительный анализ методов индукции родовой деятельности при ПРПО свидетельствует о необходимости персонифицированного подхода в зависимости от степени зрелости шейки матки, безводного промежутка, внутриутробного состояния плода.

#### **Список литературы:**

1. Обоскалова, Т. А. Преждевременный разрыв плодных оболочек в доношенном сроке беременности / Т. А. Обоскалова, О. В. Максимьяк // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2021. – Т. 21, №1. – С. 54-60.

2. Müller, H. Latency duration of preterm premature rupture of membranes and neonatal outcome: a retrospective single-center experience / H. Müller, A. Stähling, N. Bruns // Eur J Pediatr. – 2022. – Vol. 181, № 2. – P. 801-811.