

Титова Е.П.

ПРПО: ФАКТОРЫ РИСКА, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Коршикова Р.Л.

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) – разрыв оболочек, который происходит до начала родовой деятельности. При доношенной беременности ПРПО встречается в 8,2 до 19,6% случаев. 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) 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: определение наиболее значимых факторов риска ПРПО и определение тактики ведения родов в переднем виде затылочного предлежания при доношенной беременности с ПРПО

Материалы и методы. Для выявления факторов риска (ФР) ПРПО было проведено исследование экстрагенитальной и генитальной патологии, осложнений течения беременности со стороны матери и плода у 100 родильниц с ПРПО при доношенной беременности в головном предлежании, на основании ретроспективного анализа историй родов. Исследование проводилось на базе родильного дома №1 г. Минска 2023 год. В ходе изучения особенностей течения родов все пациентки 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 и их обсуждение. Основными ФР для женщин с ПРПО были ЖДА 55%, урогенитальные инфекции 74% (кандидозный кольпит 64%), перенесенная острая респираторная (ОРИ) инфекция в анамнезе 65%. Со стороны матери беременность осложнялась гестационной артериальной гипертензией (ГАГ) 36%, угрозой прерывания беременности 45%, со стороны плода – гипоксией плода 7%, хронической фетоплацентарной недостаточностью (ХФПН) 8%.

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 со СРД кесарево сечение (КС) проводилось в 25,68% случаев, при ИРД – в 29,05%; гипоксия плода развивалась в 1,75% при СРД и 3,75% при ИРД. Выбор препаратов для ИРД проводился в соответствии со степенью зрелости шейки матки (ш/м) по шкале Бишопа. ПГЕ2 (n=27) при 5-8 баллах, мифепристон и ПГЕ2 (n=8) при 2-4 баллах по шкале Бишопа, окситоцин (n=6) при раскрытии ш/м 4-5 см. По шкале Апгар 99% новорожденных имели балл 8 и выше, что свидетельствует о верном выборе способов и методов родоразрешения.

Выводы. Этиология ПРПО многофакторна, однако ведущими ФР являются: ОРИ, ЖДА, урогенитальные инфекции. Течение беременности у пациенток с ПРПО наиболее часто осложняется ГАГ, угрозой прерывания беременности, гипоксия плода, ХФПН. Течение родов осложнялось развитием первичной слабости родовой деятельности, что требовало оперативного вмешательства. Таким образом, персонификация подходов к тактике ведения беременности и родов улучшает акушерские и перинатальные исходы у женщин с ПРПО.