

**Г.М. АЛДУБАШОВА, Р.М. РАЕВА, А.С. САРСЕНОВА, И.А. ЖЕТПИСБАЕВА, А.Т. БАЙМУХАЕВА, Г.К. ШАЙМЕРДЕНОВА,
Д.Н. МАХАНБЕТКУЛОВА, Ж.Т. КАМЕДЕНОВА, Г.Д. МАХАТОВА**
*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра интернатуры и резидентуры по акушерству и гинекологии*

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) среди осложнений, возникающих во время беременности, занимает одно из ведущих мест, существенно влияет на уровень материнской и перинатальной смертности [1,7].

Преждевременный разрыв плодных оболочек – это осложнение беременности, характеризующееся нарушением целостности оболочек плодного пузыря и излитием околоплодных вод (до начала родовой деятельности) при недоношенном сроке беременности. Частота преждевременного разрыва плодных оболочек до начала родовой деятельности по данным различных авторов колеблется в широких пределах и составляет от 1,0 до 19,8% [3,4,6]. Особенностью преждевременного разрыва плодных оболочек является внезапность их возникновения. Околоплодные воды, или амниотическая жидкость, являясь биологически активной средой, окружающей плод на протяжении всей беременности, выполняют самые разнообразные функции, обеспечивая нормальное функционирование системы «мать-плацента-плод» [2,5].

Цель исследования - изучение особенностей течения беременности, родов и перинатальных исходов при преждевременном разрыве плодных оболочек.

Материал и методы исследования:

По данным архивного материала ЦПидКХ г. Алматы нами проведен ретроспективный анализ 80 историй родов пациенток с преждевременным разрывом плодных оболочек за 2012 год. Были использованы следующие методы исследования: неинвазивный метод диагностики - ультразвуковое исследование; с 34 недель гестации – антенатальная кардиотокография (КТГ) плода.

Результаты исследования:

В группу исследования было включено 80 пациенток с преждевременным разрывом плодных оболочек при сроках беременности от 24-25 недель до 35-36 недель, родоразрешенных в ЦПидКХ г. Алматы в 2012 году с использованием современных протоколов ведения. Согласно принципу регионализации все пациентки с преждевременным разрывом плодных оболочек были госпитализированы на 3 уровень родовспомогательного учреждения.

В группе исследования были использованы современные протоколы по ведению беременности с преждевременным разрывом плодных оболочек. Тактика ведения при ПРПО в сроке до 34 недель была «выжидательной» после получения информированного письменного согласия пациентки. При этом в отделении патологии проводилось динамическое наблюдение за состоянием матери (температура тела, характер пульса, артериальное давление, адекватность диуреза, состояние матки, характер выделений из половых путей, показатели крови) и плода (аускультация сердцебиения плода, УЗИ-исследование и с 32 недель - КТГ плода). Всем пациенткам с ПРПО при сроках 24-34 недель беременности проводилась профилактика РДС плода. Антибиотикопрофилактика была проведена сразу после постановки диагноза ПРПО – перорально эритромицин 250 мг 3 раза в день 7 дней, с началом родовой деятельности ампициллин по 2 г каждые 6 часов до рождения ребенка. Продолжительность «выжидательной» тактики зависела от срока гестации, наличия тяжелых акушерских и экстрагенитальных заболеваний, присоединения инфекции и состояния плода. В случаях хориоамнионита была проведена индукция родов, при отсутствии условий для быстрого родоразрешения в течении 4 часов – операция кесарево сечение.

Средний возраст родильниц с преждевременным разрывом плодных оболочек составил 29,2±0,3 лет и колебался от 19 до 42 лет. Первородящих было 30 (38%), повторнородящих было 50 (62%).

Преждевременный разрыв плодных оболочек произошел при сроках от 22 до 27 недель беременности – у 4 (5%) пациенток; от 28 до 33 недель беременности – у 12 (15%) пациенток; от 34 до 37 недель беременности – у 64 (80%) пациенток.

Анализ экстрагенитальной патологии показал, что у этих беременных из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались анемия I-II степени - у 60 (75%) беременных; хронический пиелонефрит - у 36 (45%) беременных; нейроциркуляторная дистония по смешанному типу - у 26 (32,5%) беременных; хронический бронхит - у 20 (25%) беременных.

Течение беременности осложнилось преэклампсией легкой степени – у 12 (15%); угрозой прерывания беременности - у 48 (60%); антенатальной гипоксией плода - у 18 (22,5%); многоводием - у 8 (10%); низкой плацентацией - у 6 (7,5%), многоплодной беременностью (двойней) - у 4 (5%) пациенток.

Беременность завершилась преждевременными родами – у 70 (87,5%) пациенток, из них у 4 (5,7%) пациенток – двойней; срочными родами – у 10 (12,5%) пациенток. В 10 случаях была пролонгирована беременность до доношенного срока, учитывая отсутствие противопоказаний и удовлетворительное состояние плода, с последующей индукцией родов. В 5 (7,1%) случаях проведены индуцированные роды при недоношенном сроке беременности: по поводу хориоамнионита – у 4 пациенток, по поводу антенатальной гибели плода – у 1 пациентки; в остальных случаях имело место спонтанное начало родовой деятельности. В 14 (17,5%) случаях произведено оперативное родоразрешение по различным акушерским показаниям. Течение родов осложнилось слабостью родовой деятельности - в 16 (20%) случаях; гипотоническим кровотечением - в 4 (5%) случаях; в 12 (15%) случаях по поводу дефекта последа произведено ручное отделение последа и его частей.

Родилось 84 ребенка (4 двойни), из них доношенных – 10 (12,5%) новорожденных. Среди 74 недоношенных новорожденных по массе тела распределены следующим образом: от 500 г до 1000 г - в 8 (10,8%) случаях, от 1000 г до 1800 г – в 50 (67,6%) случаях, от 1900 г до 2500 г – в 16 (21,6%) случаях. Следует отметить высокий процент асфиксии у новорожденных - 30 (37,5%). Легкая асфиксия диагностирована у 16 (20%) новорожденных, среднетяжелая асфиксия - у 10 (12,5%) и тяжелая - у 4 (5%) новорожденных. В 2 (2,5%) случаях были перинатальные потери: у 1 пациентки при сроке беременности 24-25 недель произошла интранатальная гибель плода с экстремально низкой массой 671 г; у второй пациентки с двойней при сроке беременности 26-27 недель произошла антенатальная гибель 1 плода с низкой массой тела 990 г.

Выводы: Таким образом, преждевременный разрыв плодных оболочек нарушает нормальное течение беременности, родов и способствует повышению неонатальной заболеваемости и смертности, приводя к тому, что плод оказывается незащищенным от влияния неблагоприятных факторов внешней среды, в частности от инфекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Акушерство: Национальное руководство/Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1200 с.
- 2 Болотских В.М. Новые подходы к ведению беременности и родов, осложнённых преждевременным излитием околоплодных вод при доношенном сроке//Материалы Всероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контрверсии». — М.: Медиабюро Status Praesens, 2010 — 32 с.
- 3 ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, authors. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. (ACOG Practice Bulletin No. 80: premature rupture of membranes) / Obstet Gynecol., 2007. №109. — P. 1007–1019.
- 4 Протопопова Н. В. Клинические протоколы/Н.В. Протопопова, П.М. Самчук, Н.В. Кравчук. Иркутск: Издательство «Оттиск», 2006. - 256 с.
- 5 Абрамченко В. В. Активное ведение родов: Руководство для врачей / В. В. Абрамченко. СПб.: СпецЛит, 2003. — 664 с.
- 6 Кулаков В. И. Преждевременные роды / В. И. Кулаков, Л. Е. Мурашко — М., Медицина, 2002. - 176 с.
- 7 Дворянский С. А. Преждевременные роды / С. А. Дворянский, С. Н. Арасланова. Москва: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, 2002. - 93 с.

**Г.М.АЛДУБАШОВА, Р.М. РАЕВА, С.А.САРСЕНОВА, И.А.ЖЕТПИСБАЕВА, А.Т.БАЙМУХАЕВА, Г.К.ШАЙМЕРДЕНОВА,
Д.Н.МАХАНБЕТКУЛОВА, Ж.Т.КАМЕДЕНОВА, Г.Д.МАХАТОВА**
ЖҮҚТІЛІК КЕЗІНДЕ МЕРЗІМІНЕН БҰРЫН ҚАҒАНАҚ СУЫНЫҢ АҒУЫНЫҢ ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ ҚЫРЛАРЫН ЖҮРГІЗУ

Түйін: Мақалада мерзімінен бұрын қағанақ суының ағуы босану кезеңіндегі клиникалық ағымының ерекшеліктері зерттелген.
Түйінді сөздері: қағанақ суы, қағанақ қабы, босандыру, бала жолдасы.

**G.M. ALDUBASHOVA, R.M.RAEVA, S.A.SARSENOVA, I.A.ZHETPISBAEVA, A.T.BAYMUHAEVA, G.K.SHAYMERDENOVA,
D.N.MAHANBETKULOVA, ZH.T.KAMEDENOVA, G.D.MAHATOVA**
CONTEMPORARY ISSUES MANAGEMENT OF PREGNANCY WITH PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES

Resume: The article deals with the study of the features of the clinical course of labor at term self preterm rupture of membranes.
Keywords: amniotic fluid, fetal bladder, delivery, placenta.