

УДК 618.396+618.414.8:616-053.34-06

© А. С. Зыков, И. А. Могилевкина, 2012.

## ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК: РИСК ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

**А. С. Зыков, И. А. Могилевкина***Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО (зав. - профессор В. К. Чайка), Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк.*

### PRE-LABOUR RUPTURE OF MEMBRANES: RISK OF PERINATAL COMPLICATIONS O. S. Zykov, I. A. Mogilevkina

#### SUMMARY

Pre-labour Rupture of Membranes (PROM) is serious obstetric complication. The longer the the interval between rupture of the membranes and the delivery the higher the risk of septic complications. In cohort retrospective study analyses of 616 deliveries occurred during October-November, 2010 at the Donetsk Regional Center of Mother and Child Protection, among them 54 (8,8%) with PROM, was done. PROM were more often observed in before term pregnancies. Neonates in the PROM group had the lower Apgar score at the 1-st and 5-th minutes, and 1,9 times more often required resuscitation. Neonatal infection was 3,5 times ( $p=0,0006$ ) and antibiotic prescription 3,3 times more often in case of PROM. Risk of perinatal complications is higher in case of PROM.

### ПЕРЕДЧАСНИЙ РОЗРИВ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК: РИЗИК ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ О. С. Зиков, І. О. Могілевкіна

#### РЕЗЮМЕ

Передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО) є серйозним акушерським ускладненням. При збільшенні тривалості безводного проміжку підвищується ризик гнійно-септичних ускладнень. В когортному ретроспективному дослідженні проведено аналіз 616 пологів, які відбулись у жовтні-листопаді 2010 року в ДРЦОМД, з яких 54 (8,8%) ускладнилися ПРПО. Встановлено, що ПРПО достовірно частіше спостерігався в разі недоношеної вагітності. Немовлята від матерів, в яких відбувся ПРПО, народжувались з більш низькою оцінкою за шкалою Апгар на 1 та 5 хвилини, в 1,9 рази частіше потребували реанімаційної допомоги. У 3,5 рази частіше у новонароджених від матерів з ПРПО мала місце неонатальна інфекція ( $p=0,0006$ ), та в 3,3 рази частіше вони отримували антибіотики ( $p=0,0003$ ). ПРПО супроводжується підвищенням перинатальних ускладнень.

**Ключевые слова:** преждевременный разрыв плодных оболочек, перинатальные осложнения.

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) является частой акушерской патологией, встречающейся в 8-19% случаев при своевременных и 25-54% – при преждевременных родах [1, 2, 3]. Известно, что длительный безводный период повышает риск развития гнойно-септических осложнений у матери и плода, частота которых увеличивается параллельно длительности безводного периода [4]. Принятые в Украине стандарты оказания помощи при ПРПО предполагают пролонгацию беременности как минимум на 24 часа в случае доношенной и не менее 48 часов – в случае недоношенной беременности.

Целью настоящего исследования явилось изучение эпидемиологии ПРПО и частоты перинатальных осложнений у беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное когортное исследование всех случаев родоразрешения на базе Донецкого регионального центра охраны

материнства и детства за период с 1 октября по 30 ноября 2010 г. Проанализированы 616 историй родов и карт развития новорожденных, из них ПРПО имел место в 54 случаях (8,8%) – основная группа, 562 случая без ПРПО составили контрольную группу.

Программа JMP (SAS Institute, Cary, NC, 1994) была использована для ввода и анализа данных. Использовалась дискриптивная статистика. Статистически значимыми считались значения  $p < 0,05$ .

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ сроков гестации на момент родоразрешения показал достоверное различие между обследуемыми группами (табл. 1).

Нами не выявлено отличий в частоте осложнений беременности у женщин с ( $n=32, 59,0\%$ ) и без ПРПО ( $n = 345, 62,0\%$ ). Угроза прерывания беременности встречалась одинаково часто у женщин обследуемых групп (6 (11,0%) – в основной и 59 (11,0%) – в группе контроля).

Таблица 1

## Распределение беременностей по срокам гестации

Срок гестации	Основная группа n = 54		Контрольная группа n = 562		X <sup>2</sup> , P
	n	%	n	%	
25	1	1,85	-	-	p<0,001
28	1	1,85	-	-	
30	-	-	2	0,36	
31	1	1,85	3	0,53	
33	4	7,41	6	1,07	
34	3	5,56	6	1,07	
35	-	-	6	1,07	
36	4	7,41	9	1,62	
37	2	3,70	53	9,43	
38	10	18,52	130	23,13	
39	16	29,63	191	33,99	
40	8	14,81	126	22,42	
41	1	1,85	25	4,45	
42	-	-	5	0,89	

Преэклампсия встречалась у 2 (3,7%) женщин основной и 30 женщин (5,4%) контрольной группы (p>0,05). Достоверно чаще ПРПО наблюдался у женщин с недоношенной беременностью (табл. 2)

Таблица 2

## Некоторые показатели у женщин с ПРПО, в сравнении со своевременным разрывом плодных оболочек

	Основная группа n = 54		Контрольная группа n = 562		X <sup>2</sup> , p
	n	%	n	%	
Паритет					0,14
0	37	68,52	352	62,63	
1	10	18,51	167	29,72	
2+	7	12,96	43	7,65	
Беременность завершилась:					<0,001
37 нед. + до 37 нед.	37 17	68,5 31,5	530 32	94,3 5,7	
Способ родоразрешения:					0,5722
Самостоятельные роды	35	65,0	387	69,0	
Вакуум-экстракция плода Кесарево сечение	- 19	- 35,0	6 160	1,0 30,0	
Отклонения в родах по данным партограммы	5	9,0	26	5,0	0,6712
Обследование полости матки в родах:					0,7078
- ручная ревизия полости матки - кюретаж	4 2	7,4 3,7	48 9	8,6 1,6	

Нами не выявлено достоверных различий в паритете, течении родов, способе родоразрешения и частоте внутриматочных вмешательств после родов у женщин обследуемых групп (табл. 2). Одинаково часто роды осложнялись дистрессом плода (3 (5,7%) – в основной и 26 (4,7%) – в контрольной группе). Надвлагалищная ампутация матки по поводу кровотечения была произведе-

дена у 1 женщины контрольной группы (0,2%) (p=0,9331).

Антибиотики после родов назначались только женщинам основной группы: n=37, 69,0% (p<0,05). Среди послеродовых осложнений следует отметить: гипертермию – по 1 случаю в каждой группе, гематома влагалища и послеродовое кровотечение были диагностированы у 1, анемия 2 степени – у

2 и преэклампсия – у 1 родильницы контрольной группы.

Определяющим критерием оптимального ведения родов является состояние новорожденных. Полученные нами данные показали, что достоверно чаще дети от матерей с ПРПО имели более низкую оценку по шкале Апгар на 1-ой и

5-ой минутах (табл. 3). В 1,9 раза чаще эти дети нуждались в проведении реанимационных мероприятий, в 11,0 раз чаще в назначении сурфактанта и в 4,0 раза чаще в проведении искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ). В 3,8 раза чаще детям от матерей с ПРПО оказывалась кислородная поддержка ( $p=0,0007$ ).

Таблица 3

**Некоторые показатели детей, родившихся от матерей с ПРПО, в сравнении со своевременным разрывом плодных оболочек**

	Основная группа n=54		Контрольная группа n=562		X <sup>2</sup> , p
	n	%	n	%	
Оценка по шкале Апгар на 1 мин., M±m	6,57±0,10	-	7,40±0,18	-	0,0016
Оценка по шкале Апгар на 5 мин., M±m	6,87±0,04	-	7,74±0,04	-	0,0043
Проведение реанимационных мероприятий новорожденным	12	22,2	73	13,0	0,0009
Введение сурфактанта	6	11,0	5	0,9	0,006
Проведение ИВЛ	4	7,4	10	1,8	0,0081
Неонатальная инфекция	10	18,5	29	5,2	0,0006
Гипертермия новорожденного	10	18,5	29	5,2	0,0006
Патология головного мозга, выявленная при ультразвуковом исследовании (УЗИ)	5	9,3	16	2,9	0,0013

В 3,5 раза чаще у новорожденных от матерей с ПРПО выявлялась неонатальная инфекция ( $p=0,0006$ ), и в 3,3 раза чаще получали они антибиотики ( $p=0,0003$ ). В перечне назначаемых антибиотиков: нитромицин, уназин, сульпиразон, фортум, аугментин. В 3 раза чаще у детей основной группы выявлялась патология головного мозга при УЗИ.

Нами не выявлено различий в частоте перинатальных потерь среди новорожденных обследованных групп (ранняя неонатальная смертность в основной группе составила 3,7% (n=2), хотя для оценки данного показателя необходима большая выборка.

Общая длительность пребывания в стационаре детей основной (5,70±0,78) и контрольной (4,60±0,23) групп не отличались, более того, не выявлено различий в длительности пребывания детей обследуемых групп в отделении реанимации новорожденных (4,00±1,30 в сравнении с 4,30±1,17 дня). Не выявлено достоверных отличий в длительности пребывания на втором этапе выхаживания детей обследуемых групп (15,20±4,40, в сравнении с 19,50±2,10 дня).

#### ВЫВОДЫ

1. ПРПО сопровождается повышением перинатальных осложнений, которые требуют разработки мероприятий для их снижения.

2. Существующие протоколы оказания помощи в случае ПРПО нуждаются в усовершенствовании в соответствии с данными доказательной медицины.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Абрамченко В. В. Индукция родов и их регуляция простагландинами / Абрамченко В. В., Абрамян Р. А., Абрамян Л. Р. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2005. – 288 с.
- Носарева С. В. Преждевременное излитие околоплодных вод. Методы родовозбуждения : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Носарева Светлана Валерьевна. – М., 2003. – 141 с.
- Crane J. M. Induction of labor with a favorable cervix and/or pre-labor rupture of membranes / J. M. Crane, D. C. Young // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2003. – Vol. 17, № 5. – P. 795–809.
- Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more) / M. R. Dare, P. Middleton, C. A. Crowther [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. – 2006. – № 1. – CD005302.