

Ю.Я. Круть, В.А. Пучков

## Современный взгляд на проблему преждевременного разрыва плодных оболочек при недоношенной беременности

Запорожский государственный медицинский университет

**Ключевые слова:** преждевременный разрыв плодных оболочек, недонашивание беременности, преждевременные роды.

В статье представлены данные обзора литературы по проблеме преждевременного разрыва плодных оболочек при недоношенной беременности. Вопросы этиологии, тактики ведения и исходы для матери и ребёнка при данной патологии.

### Сучасний погляд на проблему перенесеного розриву плодних оболонок при недоношенні вагітності

Ю. Я. Круть, В. А. Пучков

У статті представлено огляд літератури з проблеми перенесеного розриву плодних оболонок при недоношеній вагітності. Питання етіології, тактики ведення і результати для матері і дитини при даній патології.

**Ключові слова:** перенесений розрив плодних оболонок, недоношення вагітності, перенесені пологи.

**Патологія.** – 2009. – Т.6., №3. – С. 14-16

### Modern view of the problem of premature rupture of the amniotic membranes in incomplete pregnancy

Yu. Y.Krut', V.A.Puchkov

In this article the results of the survey of literature on the subject of premature rupture of the amniotic membranes in incomplete pregnancy is presented as well as the questions of etiology, management tactics and the results for woman and child in this pathology.

**Key words:** premature rupture of the amniotic membranes, incomplete pregnancy, preterm labor.

**Pathologia.** 2009; 6(3): 14-16

В современном акушерстве, перинатологии и педиатрии проблема недонашивания беременности является одной из наиболее актуальных проблем, что имеет не только медицинское, но и социальное значение.[1]

За последние десятилетия изменился взгляд современного акушерства на проблемы родовспоможения. В связи с этим для достижения улучшения здоровья матери и ребенка большинство исследователей разрабатывают рациональные программы тактики ведения больных с различной акушерской и перинатальной патологией [2,3].

Преждевременные роды являются одной из основных причин неонатальной заболеваемости и смертности. В развитых странах мира преждевременные роды обуславливают до 80 % неонатальной смертности, не связанной с врожденными аномалиями развития плода [4,5].

Частота преждевременных родов в Украине с учетом новых критериев составляет от 12 % до 46 % [6].

Недоношенные дети рождаются мертвыми в 8-13 раз чаще, чем доношенные и в 30 раз чаще умирают на первом году жизни [7,8].

В мировой практике принято различать преждевременные роды от 22 до 37 недель, разделяя преждевременные роды на три группы с учетом сроков гестации: от 22 до 27 нед - очень ранние преждевременные роды, от 28 до 33 нед – ранние преждевременные роды и в сроки беременности 34–37 нед – преждевременные роды. Наибольшие дискуссии вызывают проблемы, возникающие при сроках беременности 22–27 нед. По рекомендации ВОЗ этот срок беременности относят к преждевременным родам. Но дети в сроках гестации 22–23 нед практически не выживают и во многих стра-

нах считают преждевременные роды с 24 или с 26 нед. В связи с этим частота преждевременных родов различна в разных странах [6,9].

Анализ потерь беременности при сроках 22–27 нед. по данным литературы свидетельствует, что основными причинами прерывания беременности являются: истмико-цервикальная недостаточность, инфекция, пролабирование плодного пузыря, преждевременное излитие околоплодных вод, многоплодие с теми же инфекционными осложнениями и пороки развития плода [3,10,11]. Однако одной из основных причин преждевременных родов является преждевременный разрыв плодных оболочек [10, 12,13].

Особое значение в структуре перинатальной патологии имеют преждевременные роды на фоне преждевременного разрыва плодных оболочек и длительного безводного промежутка. Преждевременный разрыв плодных оболочек - одна из наиболее частых причин инициирующей родовую деятельность, и составляет от 20 до 52 % всех преждевременных родов [10,14,15,16,17]. Мёртворождение и гибель плода в раннем неонатальном периоде при длительном безводном промежутке от 22 до 34 недель беременности достигает по данным разных авторов от 17,6 до 31% [ 3,4,11].

По проблеме преждевременных родов есть целый ряд дискуссионных вопросов. Вопрос о прогнозировании течения беременности и результатов для плода при преждевременном излитии околоплодных вод, несмотря на значительное количество исследований в этой области, остается актуальным [18].

Пролонгирование беременности на фоне преждевре-

менного разрыва плодных оболочек, по многочисленным литературным данным, способствует снижению развития синдрома дыхательных расстройств, который является одной из основных причин смерти недоношенных детей. [19].

Вместе с тем эффективность профилактики синдрома дыхательных расстройств зависит от гестационного возраста: так при сроке гестации менее 28 недель частота развития данного синдрома снижается незначительно, тогда как в сроке 28-34 недели беременности снижение развития синдрома дыхательных расстройств происходит в 50% случаев [20,21,23].

Анализ литературных данных свидетельствует, что длительность безводного промежутка больше 24 часов является значительным фактором риска развития внутриутробной пневмонии и раннего неонатального сепсиса у новорожденных детей [10,24].

Учитывая, что на организм плода при пролонгации беременности, осложненной преждевременным разрывом плодных оболочек, одновременно влияют разнонаправленные факторы, изменение акушерской тактики по отношению к беременным, с дородовым излитием вод, требует детального анализа особенно при сроках гестации 22-27 недель [15,18,25,26].

В связи с тем, что, с 2006 года начали учитываться перинатальные потери в сроке гестации с 22-й недели, этот вопрос становится более актуальным [1,6].

При пролонгировании беременности, осложненной ПРПО, в нашей стране применяется тактика максимального пролонгирования беременности при отсутствии противопоказаний с соответствующим санитарно-гигиеническим режимом, регламентированным приказом №782 Минздрава Украины от 29 декабря 2005 года.

При поступлении в стационар беременных с ПРПО помещают в палаты со строгим санитарно - эпидемиологическим режимом, включающим, ежедневную двукратную влажную уборку, с последующим кварцеванием, ежедневную смену белья, смену стерильных подкладных каждые 4 часа.

Профилактическую эмпирическую антибактериальную терапию проводят полусинтетическими пеницилинами или цефалоспоридами II генерации в средних терапевтических дозах с момента госпитализации в течение 5 - 7 суток при отсутствии признаков инфекции у матери. При получении данных бактериологического посева, при наличии флоры не чувствительной к вышеуказанным антибиотикам проводят смену антибактериальной терапии с учетом чувствительности выделенных микроорганизмов. При бактериальном вагинозе проводят лечение метронидазолом и восстановление биоценоза влагалища вагилаком.

Всем беременным в сроках гестации 25-33 недели проводят профилактику респираторного дистресс-синдрома [РДС] плода по схеме: в/м введение дексаметазона по 6 мг каждые 12 часов [на курс 24 мг] или бетаметазона по 12 мг каждые 12 часов [на курс 24 мг].

Токोलитическая терапия включает назначение внутривенной инфузии гинипрала в дозе 100 мкг [0,3-0,075 мкг/мин].

Противопоказаниями для пролонгирования беременности служат: появление признаков системной или местной воспалительной реакции [гипертермия, лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы], патологический характер выделений, дистресс плода. В случаях развития воспалительной реакции, нарастании маловодия или появлении признаков дистресса плода – начинали родовозбуждение окситоцином или прстогландами [27].

Несмотря на ряд исследований проведенных в этом направлении, дискуссионными и малоизученными остаются вопросы состояния системы иммунитета и фетоплацентарного комплекса [16,28].

На современном этапе одной из центральных проблем невынашивания является определение иммунных процессов, которые обеспечивают нормальное развитие беременности и родов [29].

Многочисленные современные исследования показывают, что иммунологические факторы играют важную роль в становлении и поддержании успешной беременности, а нарушение ответа иммунной системы у матери ведёт к прерыванию беременности [30].

Взаимодействие организмов матери и плода сводится в конечном результате к взаимодействию их клеток. Важное место в развитии иммунологических процессов в системе мать - плацента - плод занимают дендритные клетки [31].

Необходимость исследования механизмов, которые обеспечивают физиологическое течение беременности на тканевом и клеточном уровнях- имеет практическую ценность, для предупреждения развития патологии беременности и ее лечения [32,33].

Важной составляющей иммунной системы плаценты являются дендритные клетки, входящие в состав гемато-плацентарного барьера и принимают участие в формировании естественного и адаптивного иммунитета, который предопределяет их регуляторные и эффекторные функции [34].

Также одним из ведущих факторов, определяющих исход беременности для плода, является состояние системы мать-плацента-плод и протекающие в ней гемодинамические процессы. С учетом этого особое значение приобретает изучение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока по результатам его доплерометрического исследования, с определением возможности оценки состояния плода и прогнозирования исхода беременности [16].

Таким образом, характер течения беременности и состояние плода при преждевременном разрыве плодных оболочек в известной мере зависят от совершенства компенсаторно-приспособительных механизмов материнско-плодового комплекса [35]. Однако данные литературы об особенностях адаптации в системе мать-плацента-плод в условиях преждевременного отхождения околоплодных вод немногочисленные,

фрагментарные и противоречивые. Оценка функционального состояния иммунной системы подается без учета изменений в системе местного иммунитета, который не отображает истинный характер формирования иммунных механизмов защиты плаценты, плодовых оболочек, и плода [28].

Последующее углубленное изучение проблемы дородового излития околоплодных вод у беременных с позиций функционального состояния иммунитета как системного, так и локального имеет не только познавательное, но и большое, практическое значение. Профилактика данного осложнения даст возможность положительно повлиять на показатели ранней неонатальной и перинатальной смертности и сократить расходы, связанные с выхаживанием недоношенных детей.

#### Литература

1. Жилка Н.Я. Стан репродуктивного здоров'я населення в Україні. Матеріали круглого столу «Сучасна загальноосвітня школа та репродуктивне здоров'я» К. 2003.
2. Экин Мэррей, Кейрс Марк, Нейлсон Джеймс и др., Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребёнка. 2003.
3. Сидельникова В.М., Антонов А.Г./Преждевременные роды. Недоношенный ребенок /2006.
4. Rush R. W., Keirse M.J.N.C., Howart P., Baum J.D./Contribution of preterm delivery to perinatal mortality., BMJ /2005, 2:965-968
5. Guyer at al., /Annual summary of vital statistics 1994 // Pediatrics.-1995
6. Каминский В.В., д.м.н., профессор; Жук С.И. д.м.н./Токсическая терапия: новые возможности /Жіночий лікар №6 2008.
7. Petrou S. et al., /Economic consequences of preterm birth and low birth weight, BJOG /2003, vol 110:17-23.
8. Coleman M., France J., Ananiev V. /Prediction of preterm labor /Am. J. Obst. Gynecol. - 2000. -v. 183, №3.
9. Савельева В.М./Преждевременные роды – современный взгляд на проблему/ Тезисы форума «Мать и дитя» 2007 г. Москва.
10. Дринь Т.Н. /Обґрунтування тактики ведення вагітності та пологів у жінок з передчасним розривом амніальних оболонок./автореф. дисс. д.м.н. 2003.
11. Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М./Преждевременные роды - тактика ведения с учётом сроков гестации. /Журн. акушерства и жен. болезней. - 2002. -Т. LIII, Вып. 2
12. Демина Т.Н. Привычное невынашивание беременности и антифосфолипидный синдром/ Автореф. дис.... д-ра мед. наук. - К., 1999.
13. Арасланова С.Н. Клинико-лабораторные обоснования рациональной консервативной тактики ведения недоношенной беременности, осложненной преждевременным разрывом плодных оболочек. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Казань, 2000.
14. Кулаков В.И, Мурашко Л.Е./ Преждевременные роды/ М.: Медицина, 2002.
15. Кириченко Ю.А., Артамонов В.С./Порівняльна оцінка різних методів ведення недоношеної вагітності, ускладненої передчасним відтіканням навколо плодових вод /Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2001. - № 3.
16. Бегаль Л.В. /Імунологічні аспекти профілактики передчасного розриву плодових оболонок при недоношеній вагітності/ Автореф. дис... к.м.н.- 2001.
17. Луценко Н.Н. /Оптимизация длительности пролонгирования недоношенной беременности, осложненной преждевременным разрывом плодных оболочек./автореф.дисс.к.м.н. Москва – 2008.
18. Руденко А.В./Прогностические и ранние диагностические критерии инфекционных осложнений матери при недоношенной беременности, осложненной преждевременным разрывом плодных оболочек/ автореф. дисс.к.м.н. Москва -2008.
19. Finnström O. et al./ The Swedish national prospective study on extremely low birthweight [ELBW] infants. Incidence, mortality, morbidity and survival in relation to level of care, Acta Paediatrica./ 2008, vol. 86.
20. Володин Н.Н., Розаткин С.О., Дегтярева М.Г., Ермолаев С.С./ Комплексная оценка психомоторного развития недоношенных детей на первом году жизни. /Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии 2005.
21. Сахарова Е.С., Кешишян Е.С., Алямовская Г.А. Особенности психомоторного развития недоношенных детей, рожденных с массой тела менее 1000 г./ Рос-сийский вестник перинатологии и педиатрии 2002; 4.
22. Дементьева Г.М., Рюмина И.И., Фролова М.И. /Выхаживание глубоко недоношенных детей: современное состояние проблемы./ Педиатрия 2004.
23. Буйтырева И.О., Голендухина А.В., Чернавский В.В., Пармон В.Я./ Материнские факторы, влияющие на перинатальные исходы у новорожденных с экстремально низкой массой тела./Материалы научно-практической конференции «Преждевременные роды. Недоношенный ребенок». Ростовна-Дону; 2007.
24. Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. М., 2006.
25. Ісар С.Є. /Передчасні пологи як один із факторів перинатального ризику/ Наук. вісн. Ужгород. ун-ту. -2000. -№ 11.
26. Дабіжа Л.П., Золотухін М.С. Прогнозування та доклінічна діагностика передчасних пологів // Перинатологія та педіатрія. - 2000. - № 2.
27. Приказ №782 МЗО України от 29.12.2005г.
28. Гончарук Н.П. Особливості ведення вагітності та пологів у жінок із передчасним розривом плодових оболонок при недоношеній вагітності./ Автореф. К.м.н. Ків- 2008
29. Арипова Т.У., Мусаходжаева Л.А., Каландарова А.Н./ Особенности гормональных и иммунологических взаимоотношений в системе мать-плод/Тезисы форума «Мать и дитя» Казань,2006г.
30. Тетрашвили Н.К. Ранние потери беременности [иммунологические аспекты, пути профилактики и терапии] / автореф. Дисс. д.м.н. Москва 2008.
31. Дранник Г.Н. / Клиническая иммунология и аллергология./ Киев. 2006.
32. Хаитов Р.М. Игнатова Г.А. /Иммунология/Москва 2000.
33. Роїм А. Меїл Д./ Иммунология /Москва 2000.
34. Ueno H., Klechevsky E., Morita R., Asford C., Cao T., Matsui T., Di Pucchio T., Connolly J., Fay J.W., Pascual V., Palucka A.K., Banchereau J. /Dendritic cell subsets in health and disease./ Immunol Rev. 2007 Oct;219.
35. Лакуста Н.М., Құхарчук О.Л./Аналіз механізмів передчасного розриву плодових оболонок у жінок з урогенітальною інфекцією/ Буковин. мед. вісн. -2001. -Т. 5, № 2/3

#### Сведения об авторах:

Круть Ю.Я., д.мед.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины.

Пучков В.А., аспирант кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины.

Адрес для переписки: Пучков Владимир Анатольевич, 69104, г. Запорожье, ул.Чумаченко,15, кв.73, тел.: (068)9284076