

Перебіг вагітності, пологів та перинатальні наслідки у разі передчасного розриву плодових оболонок при недоношеній вагітності

С.П. Посохова, К.О. Ніточко

Одеський національний медичний університет
Одеський обласний перинатальний центр

Проведено обстеження 196 вагітних, основну групу серед яких склали 96 жінок з передчасним розривом плодових оболонок (ПРПО) у терміні вагітності 22–35 тиж. Передумовами для ПРПО у даної групи жінок був великий відсоток екстрагенітальної патології, особливо інфекційного характеру, ускладнений перебіг вагітності та наявність патологічної мікрофлори пологових шляхів. Найчастіше ПРПО було у терміні вагітності 22–31 тиж (65,6%), що є фактором ризику перинатального інфікування недоношеного плода. Необґрунтоване пролонгування вагітності у разі ПРПО мало несприятливі перинатальні наслідки у новонароджених із масою тіла до 1000 г (летальність 83,33%), незадовільні наслідки у новонароджених із масою тіла до 1500 г (летальність 25%), що потребує подальшого вивчення питання відносно вибору терміну розродження для новонароджених даної категорії.

Ключові слова: передчасний розрив плодових оболонок, перебіг вагітності, перинатальні наслідки.

Передчасні пологи є не тільки медичною, але й соціальною проблемою, що насамперед зумовлено несприятливими перинатальними наслідками для дітей, оскільки захворюваність та смертність недоношених дітей у 40 разів вища, ніж у доношених [1, 3, 5–7]. Частота передчасних пологів у світі коливається в широких межах від 3,5% до 34% і певною мірою залежить від соціально-економічного розвитку країни та спадкових факторів [1, 2, 8, 9, 14].

У 65–75% випадках передчасні пологи настають самовільно, в результаті передчасного вилиття навколоплідних вод (25–30% випадків) або передчасного початку пологової діяльності у разі цілих плодових оболонок (40–45% випадків) [1, 2, 10].

Патогенез передчасних пологів до кінця не вивчений, але відомо, що вони настають внаслідок патологічних процесів або ідіопатичної ранньої активації пологової діяльності.

На сучасному етапі передчасні пологи розглядають як синдром, у реалізації якого беруть участь такі механізми, як інфекція та запальний процес, зниження маткового та плацентарного кровотоку або плацентарні крововиливи, перерозтягування матки, стрес та інші процеси, що опосередковані імунною системою [1, 7, 11, 13, 14]. У більшості випадків точно встановити механізм не вдається. Вважається, що тільки взаємодія факторів ризику здатна спричинити початок пологової діяльності.

Рівень перинатальної захворюваності та смертності при передчасних пологах залежить від гестаційного віку та маси плода, а також від перебігу вагітності та пологів. Особливе місце в структурі перинатальної захворюваності та смертності недоношених займають пологи на тлі передчасного розриву плодових оболонок (ПРПО) та тривалого безводного проміжку. ПРПО передчує розвиток пологової діяльності 20–52% усіх передчасних пологів і має

поліетіологічну природу. Однак результати найбільшої кількості досліджень свідчать про пріоритетну роль інфекцій сечостатевого тракту та пов'язану з нею мікробну інвазію амніотичної порожнини. Також доведений вплив вогнищ хронічної інфекції у матері на виникнення інтраамніотичного інфікування та передчасний розрив плодових оболонок [1, 3, 4, 7, 10, 12, 14].

Складну та не до кінця вирішену проблему для акушерської практики становить вилиття навколоплідних вод у термінах між 22-м та 34-м тижнями вагітності. У разі пролонгування недоношеної вагітності у разі ПРПО найбільш небезпечним ускладненням є можливість інфікування порожнини матки, розвиток хоріоамніоніту, інфікування плода та новонародженого. При цьому небезпека інфекційного ураження тим вища, чим менше гестаційний вік плода, можливо внаслідок відносної незрілості механізмів антибактеріального захисту плода, а також внаслідок нерозвинених бактеріостатичних властивостей амніотичної рідини у разі недоношеної вагітності [2, 5, 7, 10–12, 14].

Окрім того, існує ціла низка проблем, пов'язаних із ПРПО при недоношеній вагітності, таких, як: випадіння пупкового канатика, компресія пупкового канатика внаслідок відсутності достатньої кількості амніотичної рідини, розвиток гіпоплазії легень та різноманітної деформації скелета плода, пов'язаних із довготривалим його розвитком на фоні олігогідрамніону, а також відшарування плаценти. При цьому необхідно пам'ятати про можливі біомеханічні проблеми під час пологів внаслідок нерозвинутості нижнього сегмента матки в разі маловоддя, що часто призводить до необхідності оперативного розродження на фоні тривалого безводного періоду [1, 8, 9].

Недоношені новонароджені мають значний ризик смерті, респіраторного дистрес-синдрому, гіпотермії, гіпоглікемії, некротизивного ентероколіту, інфекційних захворювань, внутрішньочерепних крововиливів [1, 3, 8, 9].

У літературі виділяють дві основні тактики ведення недоношеної вагітності на фоні ПРПО: активну та очікувану. Прихильники активної тактики зазначають високу частоту розвитку хоріоамніоніту та/або внутрішньоутробну інфекцію плода при пролонгуванні вагітності та необхідність негайної індукції пологів [1, 4, 9]. У зв'язку з цим актуальним є визначення оптимального періоду пролонгування вагітності залежно від терміну гестації, маси плода, а також показань до розродження.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей перебігу вагітності, пологів у жінок із ПРПО при недоношеній вагітності, впливу тривалості безводного періоду на стан новонароджених та величину перинатальних втрат.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під нашим наглядом перебували 196 вагітних, які були розподілені на три групи. До основної групи увійшли 96

вагітних, які народили у терміні 22–35 тиж, з ПРПО та тривалим безводним періодом. Групу порівняння склали 50 вагітних, у яких передчасні пологи відбулися у терміні 22–35 тиж на тлі неповнозрілого амніону. Контрольну групу склали 50 вагітних, які народили доношених дітей.

Вагітним призначали клініко-лабораторне обстеження та бактеріологічне дослідження виділень з піхви, шийки матки та навколоплідних вод, яке проводили за допомогою бактеріологічного аналізатора. Спостереження за станом плода проводили шляхом використання кардіотокографії, оцінювання біофізичного профілю плода та доплерометричного дослідження матково-плацентарного кровотоку та кровотоку в артеріях пупкового канатика. У разі появи ознак внутрішньоутробного інфікування (лихоманка, тахікардія, лейкоцитоз, поява інфікованих вагінальних виділень та навколоплідних вод з неприємним запахом, а також зростання кількості колонієутворювальних одиниць (КУО) мікроорганізмів, погіршення стану плода) проводили індукцію пологової діяльності або оперативне розродження за показаннями.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік вагітних у всіх групах був 26,4±0,82 року. Серед жінок основної групи та групи порівняння, які народили передчасно, першовагітних було 31,5%, повторно-вагітних – 68,5%. У разі вивчення соціального анамнезу було виявлено, що переважна більшість вагітних (64,4%) не працювали, були домогосподарками. Самотніми були більше половини вагітних, які народили передчасно. Тютюнопаління в період вагітності відзначено у кожній десятій вагітній. Небажану вагітність мали 2% жінок. Наведені

несприятливі соціально-економічні умови, нестійкий психоемоційний стан та шкідливі звички можуть впливати на частоту невиношування вагітності. Обтяжений акушерський анамнез мали 54–56,25% вагітних з основної групи, 52% з групи порівняння та лише 25% жінок контрольної групи. У основній групі передчасні пологи в анамнезі були у 8 (8,3%), переривання вагітності – у 49 (51,0%), серед яких 14 (14,58%) жінок мали самовільні викидні, мертвонародження – 2 (2,08%), медичні аборти в анамнезі – 33 (34,37%), патологічні пологи – 5 (5,2%), кесарів розтин – 3 (3,1%), позаматкову вагітність – 1 (1,04%), ранню дитячу смерть – 3 (3,1%). Обтяжений гінекологічний анамнез мали 49 (51,0%): безпліддя вторинне – 4 (4,16%), міому матки – 6 (6,25%), операції на яєчниках – 5 (5,2%), хронічний аднексит – 19 (19,79%), запальні захворювання шийки матки – 26 (27,08%), перитоніт – 1 (1,04%). Усього обтяжений гінекологічний анамнез спостерігався у 63 випадках (65,6%), що свідчить про поєднання декількох факторів у одній вагітній. Таким чином, передчасне вилиття навколоплідних вод було у вагітних основної групи, переважна більшість яких мали обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, а наявність переважно запальних захворювань робить уrogenітальну інфекцію важливим фактором ризику.

Важливе значення для виношування вагітності має супутня екстрагенітальна патологія, частота якої наведена у табл. 1.

В основній групі супутня екстрагенітальна патологія була у 108 (112,5%) випадках, що вірогідно частіше порівняно з групою порівняння та контролем. Такий відсоток свідчить, що у кожній вагітній було сполучення

Таблиця 1

Екстрагенітальна патологія у обстежених вагітних

Екстрагенітальна патологія	Основна група, n=96		Група порівняння, n=50		Контрольна група, n=50	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Гострий та гестаційний пієлонефрит	10	10,44*	2	4,0	0	0
Хронічний пієлонефрит із загостренням	16	16,66*,**	3	6,0**	1	2,0
Хронічний гайморит та тонзиліт із загостренням	13	13,54*	1	2,0	0	0
Хронічний бронхіт із загостренням	6	6,25	2	4	0	0
Бронхіальна астма	2	2,08	0	0	0	0
Гострі респіраторні вірусні інфекції	13	13,54*,**	3	6,0**	1	2,0
Захворювання серцево-судинної системи	3	3,12	6	12	1	2,0
Захворювання травного тракту	3	3,12	4	8	1	2,0
Холестатичний гепатоз	1	1,04	0	0	0	0
Анемія	24	25,0*	6	12,0	6	12,0
Захворювання щитоподібної залози	3	3,12	1	2	0	0
Ожиріння	4	4,16	6	12,0	2	4,0
Хірургічні втручання під час вагітності	3	3,12*	0	0	0	0
ВІЛ-інфекція	3	3,12	1	2	0	0
Сифіліс	2	2,08	0	0	0	0
Хронічний вірусний гепатит С	2	2,08	0	0	0	0
Варикозна хвороба	3	3,12	5	10,0	1	2,0
Усього	108	112,5*,**	40	80,0**	13	26,0

Примітка: n – кількість спостережень; * – p<0,05 – вірогідність відмінностей порівняно з групою порівняння, ** – p<0,05 – вірогідність відмінностей порівняно з контрольною групою.

декількох захворювань. Переважали захворювання інфекційного характеру, як хронічний або гестаційний пієлонефрит у 26 (27,1%), бронхіальна астма – 2 (2,08%), хронічний бронхіт – 6 (6,25%), хронічний гайморит та тонзиліт – 13 (13,54%), частота яких вірогідно більша порівняно з групою порівняння та контролем ($p < 0,05$). Серцево-судинні захворювання були у 3 (3,12%) жінок, захворювання травного тракту – 3 (3,12%), гіпотиреоз – 1 (1,04%), порушення жирового обміну – 4 (4,16%). ВІЛ-інфекція була в 3 (3,12%) вагітних, хронічний вірусний гепатит С – 2 (2,08%), варикозна хвороба ніг – 3 (3,12%). Кожна четверта вагітна основної групи мала анемію легкого та середнього ступеня, що вірогідно частіше порівняно з групою порівняння та контролем. Тобто, майже у кожній другій вагітній основної була екстрагенітальна патологія інфекційного характеру, яка при загостренні могла призвести до внутрішньоутробного інфікування плода та передчасних пологів.

Перебіг вагітності у жінок основної групи з передчасним вилиттям навколоплідних вод мав такі особливості: у 41 (42,7%) була загроза переривання вагітності в I та II триместрі, що вірогідно частіше порівняно з групою порівняння та контролю ($p < 0,05$), але лікування проводили лише 2/3 жінок за різними обставинами. Ранній гестоз був у 13 (13,54%) жінок, пізній гестоз – у 7 (7,2%) вагітних. Гостру респіраторну вірусну інфекцію перенесли 13 (13,54%), сифіліс під час вагітності був у 2 жінок (2,08%), що могло бути одним із факторів внутрішньоутробного інфікування плода та переривання вагітності. Багатоводдя було у 8 (8,33%) вагітних, маловоддя – у 18 (18,7%), плацентарна недостатність та синдром затримки розвитку плода спостерігався у 14 (14,57%) вагітних основної групи, що вірогідно не відрізняється від групи порівняння. Істміко-цервікальна недостатність (12,5%) спостерігалася вірогідно частіше у вагітних основної групи. Дистрес плода був діагностований у 29,1% випадків в основній групі, що вірогідно частіше порівняно з групою порівняння та контролю ($p < 0,05$). Таким чином, загальна частота ускладненого перебігу вагітності у жінок з передчасним вилиттям навколоплідних вод була у 172 (179,1%)

випадках, що є несприятливим прогностичним фактором ризику для виношування вагітності, а також свідчить про доволі часте поєднання кількох ускладнень перебігу вагітності у жінок із самовільною амніотомією при недоношеній вагітності (табл. 2).

Важливе прогностичне значення для виношування вагітності має мікробіоценоз статевих шляхів вагітних. Серед виділеної мікрофлори піхви та каналу шийки матки у вагітних основної групи переважала умовно-патогенна грамнегативна мікрофлора у 71 (71,86%) випадку, а саме: *E. coli* – 27 (28,2%), *Enterococcus spp.* – 24 (25%), *Klebsiella pneumoniae* – 5 (5,21%), *Proteus vulgaris* – 5 (5,21%), *Enterobakter chloacae* – 3 (3,12%), *Enterobacter aerogenes* – 3 (3,12%), *Proteus mirabilis* – 2 (2,08%), *Providencia alcalifac* – 2 (2,08%). Грампозитивна флора мала місце у 42 випадках (43,74%): *St. epidermidis* – 20 (20,83%), *St. saprophyticus* – 14 (14,58%), *St. aureus* – 6 (6,25%), *St. haemoliticus* – 2 (2,08%). Кандидоз виявляли у 30 випадках (31,25%), гарднерельоз – у 35 (36,46%), трихомоніаз – у 11 (11,46%). Усього патологічна або умовно-патогенна мікрофлора була у 189 (196,87%) випадках в основній групі та у 78 випадках (156,76%) в групі порівняння ($p > 0,05$), що свідчить про поєднання декількох видів мікрофлори у мікробіоценозі пологових шляхів вагітної. Відомо, що висока концентрація мікроорганізмів призводить до висхідного інфікування плодових оболонок, що є основною причиною передчасного розриву та вилиття навколоплідних вод. Однак у нашому дослідженні умовно-патогенна мікрофлора у концентрації 10^{6-7} КУО/мл була у 59 із 189 випадків (61,46%) в основній групі та у 26 із 78 випадків (33,33%) у групі порівняння ($p > 0,05$), що може свідчити про необхідність застосування більш чутливих методів для визначення складу мікробіоценозу пологових шляхів, ніж мікробіологічне дослідження, а також дослідити роль деяких окремих патогенів та їх асоціацій у патогенезі ПРПО при недоношеній вагітності (мал. 1).

Крім того, із 96 вагітних 72 жінки були обстежені на інфекції групи TORCH на амбулаторному етапі, серед них носіями були 46 – 63,89% вагітних. 24 жінки за різними причинами на інфекції групи TORCH не обстежувались.

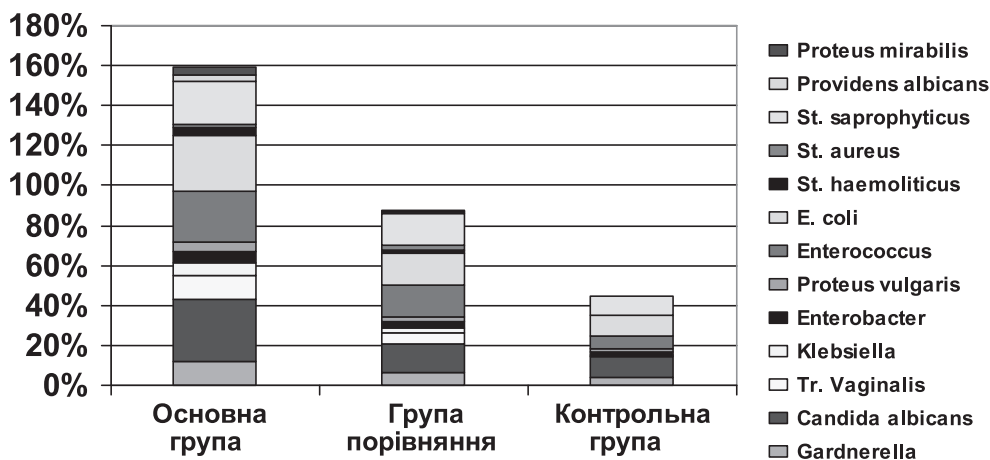
Таблиця 2

Перебіг вагітності

Ускладнення вагітності	Основна група, n=96		Група порівняння, n=50		Контрольна група, n=50	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Загроза переривання вагітності у I та II триместрі	41	42,7*, **	9	18,0**	2	4,0
Ранній гестоз	13	13,54	5	10,0	2	4,0
Пізній гестоз	7	7,2	3	6,0	3	6,0
Багатоводдя	8	8,33	4	8,0	1	2,0
Маловоддя	18	18,7	5	10	2	4,0
Багатоплідна вагітність	3	3,12	1	2,0	0	0
Істміко-цервікальна недостатність	12	12,5*, **	0	0	0	0
Шов на шийці матки	4	4,1	1	2,0	0	0
Плацентарна недостатність та затримка розвитку плода	14	14,5	6	12	3	6,0
Хоріонамніоніт	24	25,0*, **	0	0	0	0
Дистрес плода	28	29,1*, **	2	4,0	1	2,0
Усього випадків	172	179,1*, **	36	72,0**	0	0

Примітка: n – кількість спостережень; * – $p < 0,05$ – вірогідність відмінностей порівняно з групою порівняння, ** – $p < 0,05$ – вірогідність відмінностей порівняно з контрольною групою.

А К У Ш Е Р С Т В О



Мал. 1. Склад мікрофлори піхви та каналу шийки матки у жінок основної групи, групи порівняння та контрольної групи

В основній групі народили через природні пологові шляхи 82 (85,41%) вагітних, кесарів розтин виконано за акушерськими показаннями у 14 (14,58%) випадках (неправильне положення плода, рубець на матці, передчасне відшарування плаценти, аномалії пологової діяльності, дистрес плода, вагітність після застосування допоміжних репродуктивних технологій). У групі порівняння кесарів розтин за показаннями був проведений у 6 випадках (12%) (4 дострогових розродження через прогресування пізнього гестозу, 1 – важка форма цукрового діабету, 1 – резус-конфлікт) ($p>0,05$). В основній групі вагітні ускладнилися хоріоамніонітом у 31 (32,29%) випадку, в групі порівняння хоріоамніоніт був діагностований в 1 випадку (2%) ($p<0,05$). В основній групі слабкість пологової діяльності мала місце у 6 випадках (6,25%), дистрес плода – у 28 (29,1%), що вірогідно частіше порівняно з групою порівняння ($p<0,01$), стрімкі пологи були в 3 (3,12%) вагітних, гіпотонічна кровотеча – в 2 (2,08%). У групі порівняння аномалії пологової діяльності спостерігали в 3 випадках (6%) ($p>0,05$), дистрес плода – в 2 випадках (4%) ($p>0,05$), кровотеча – в 1 випадку (2%) ($p>0,05$). Ручне відділення плаценти та виділення посліду у зв'язку з частковим щільним прикріпленням плаценти було в 10 (10,41%) випадках в основній групі, та не зустрічалося в групі порівняння ($p<0,05$). Таким чином, при

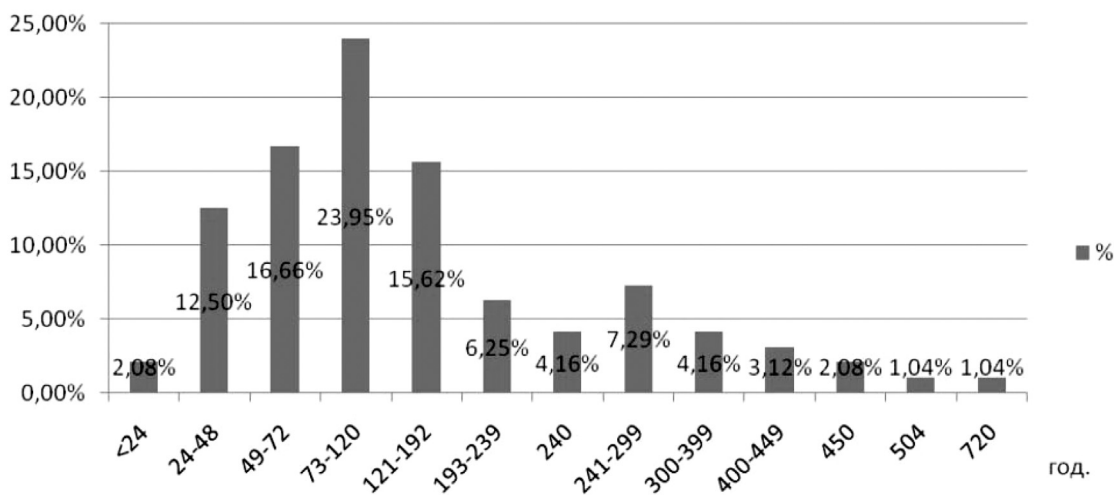
ПРПО ускладнений перебіг пологів мав місце у 80 (83,33%) роділею основної групи, та у 13 (26%) роділею групи порівняння ($p<0,05$), що несприятливо впливає на стан новонародженого та жінки після передчасних пологів з тривалим безводним періодом (мал. 2).

Для прогнозування перинатальних наслідків важливе значення має тривалість безводного періоду, термін вагітності та маса тіла новонародженого.

Важливе значення має термін вагітності у разі ПРПО. Серед 96 вагітних ПРПО було діагностовано у терміні вагітності 22–28 тиж в 20 (20,83%), 29–31 тиж – в 43 (44,79%), 32–34 тиж – в 29 (30,20%), 35 тиж і більше – в 4 (4,16%) випадках. Тобто, найчастіше ПРПО відбувалось у терміні 29–31 тиж, всього до 32 тиж ПРПО було у 63 (65,62%) вагітних.

Найбільший відсоток дітей народились у вагітних з безводним періодом від 49 до 240 год, тобто від 2 до 10 діб, що пояснюється пролонгуванням вагітності у разі ПРПО, призначенням дексаметазону 24 мг для профілактики респіраторного дистрес-синдрому плода на тлі антибактеріальної терапії залежно від складу мікрофлори та клінічного стану вагітної.

Перинатальна смертність склала 17 випадків (17,17%). Причиною смертності у новонароджених була



Мал. 2. Відсоток народжених дітей та тривалість безводного періоду

Частота випадків перинатальної смертності у новонароджених різних вагових категорій

Маса тіла новонародженого, г	Кількість народжених дітей		Кількість померлих дітей		Середня тривалість безводного періоду	Середня тривалість безводного періоду у разі летальних випадків
	Абс. число	%	Абс. число	%	Год, М±m	Год, М±m
500-999	6	6,06	5	83,33	91,0±36,24	91,4±44,39
1000-1499	28	28,28	7	25	148,1±20,83	226,9±61,07
1500-1999	36	36,36	5	13,88	144,2±22,51	267,6±131,30
2000-2499	24	24,24	0	0	166,0±29,28	0
2500 та більше	5	5,05	0	0	128,4±39,20	0

вроджена інфекція, специфічна для перинатального періоду. Частота летальних випадків залежала від терміну вагітності, маси тіла новонародженого та тривалості безводного періоду (табл. 3).

Дані нашого дослідження свідчать, що летальність недоношених новонароджених від інфекцій, специфічних для перинатального періоду, залежала від маси, тривалості безводного періоду. Так, у групі новонароджених із масою 500–999 г летальність складала 83,33%, у 4 випадках діагностували сепсис новонароджених, в 1 випадку – гнійний лептоменінгіт. У новонароджених з масою тіла до 1500 г летальність була майже у 4 рази менша – 25%. З 7 померлих новонароджених у 1 випадку була ВІЛ-інфекція, у 5 випадках пневмонія, менінгіт на фоні ателектазів легень, у 1 випадку – внутрішньошлунковий крововилив (ВШК). У разі маси тіла до 2000 г летальність складала лише 13,88% (5 випадків: 2 – ВШК, 2 – пневмонія, 1 – дистрес плода внаслідок передчасного відшарування плаценти). У новонароджених із масою тіла від 2000 г летальних випадків не було, незважаючи на найбільшу тривалість безводного періоду.

За даними нашого дослідження, пролонгування вагітності у разі ПРПО мало несприятливі перинатальні наслідки у новонароджених з масою тіла до 1000 г, незадовільні наслідки у новонароджених із масою тіла до 1500 г, що потребує подальшого вивчення питання відносно терміну пролонгування вагітності та розродження.

Таким чином, у разі ПРПО, термін пролонгування вагітності повинен залежати від терміну вагітності, передбачуваної маси тіла новонароджених, клінічного стану матері та плода, появи симптомів інфекції. Але на сьогодні дане питання залишається не до кінця вирішеним.

ВИСНОВКИ

1. До груп ризику щодо невиношування вагітності у разі ПРПО можливо віднести вагітних із супутньою екстрагенітальною патологією, переважно із захворюваннями інфекційного характеру, такими, як гестаційний пієлонефрит або загострення хронічного з високою температурою (27,1%), ГРВІ під час вагітності (13,54%), хронічний гайморит та тонзиліт (13,54%) та ускладненим перебігом вагітності загрозою переривання у I та II триместрі (42,70%),

2. Вірогідно частіше в основній групі мав місце ускладнений перебіг пологів (61,45%), як хоріоамніоніт, дистрес плода та часткове щільне прикріплення плаценти, порівняно з групою порівняння (26%) ($p < 0,05$), що несприятливо впливає на стан новонародженої дитини та роділлі.

3. До розвитку ПРПО призвело інфікування патогенною або умовно-патогенною мікрофлорою, яка відзначалася в 189 (196,87%) випадках в основній групі та в 78 випадках (156,76%) у групі порівняння ($p > 0,05$), що свідчить

про сполучення декількох видів мікрофлори у мікробіоценозі пологових шляхів вагітної.

4. ПРПО мав місце у терміні вагітності 22–28 тиж у 20,83%, 29–31 тиж – у 44,79%, 32–34 тиж – у 30,20%, 35 тиж та більше – у 4,16% випадків. Усього до 32 тиж ПРПО було у 65,62% випадків, що є фактором ризику перинатального інфікування недоношеного плода.

5. За даними нашого дослідження, необгрунтоване тривале пролонгування вагітності у разі ПРПО мало несприятливі перинатальні наслідки у новонароджених з масою тіла до 1000 г (летальність 83,33%), незадовільні наслідки новонароджених із масою тіла до 1500 г (летальність 25%), що потребує подальшого вивчення питання відносно вибору терміну розродження для даної вагової категорії.

Проблема запобігання ПРПО у разі недоношеної вагітності потребує подальшого вивчення.

Течение беременности, родов и перинатальные исходы в случае преждевременного разрыва плодных оболочек при недоношенной беременности С.П. Посохова, Е.А. Ниточко

Проведено обследование 196 беременных, основную группу среди которых составили 96 женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО) в сроке беременности 22–35 нед. Предпосылками для ПРПО у данной группы женщин был большой процент экстрагенитальной патологии, особенно инфекционного характера, осложненное течение беременности и наличие патологической микрофлоры половых путей. Чаще ПРПО было в сроке беременности 22–31 нед (65,6%), что является фактором риска перинатального инфицирования недоношенного плода. Необоснованное пролонгирование беременности при ПРПО имело неблагоприятные перинатальные последствия у новорожденных с массой тела до 1000 г (летальность 83,33%), неудовлетворительные последствия у новорожденных с массой тела до 1500 г (летальность 25%), что требует дальнейшего изучения вопроса относительно выбора срока родоразрешения для новорожденных данной весовой категории.

Ключевые слова: преждевременный разрыв плодных оболочек, течение беременности, перинатальные исходы.

The course of pregnancy, labour and perinatal outcomes in women with premature rupture of membranes at preterm birth S.P. Posokhova, K.O. Nitochko

196 pregnant women were examined. Among them the main group consist 96 women with premature rupture of membranes which gave birth in a term 22-35 weeks of pregnancy. The preconditions for PPROM in this group of women were the high percentage of extragenital diseases, particularly infectious, the complications during the course of pregnancy and the presence of pathological microorganisms in the cervical and vaginal canals. The most cases of PPROM were at the 22–31 weeks of gestation (65.6%), which are the risk factors for perinatal infection for the premature newborns.

Unreasonable prolongation of pregnancy in women with PPRM had the adverse perinatal outcomes for the newborns with the weight up to 1000 g (the rate of mortality was 83.33%), poor impact for the newborns with the weight up to 1500 g (the rate of mortality was 25%). These data requires further study regarding the timing of delivery for newborns of such weight categories.

Key words: *preterm premature rupture of membranes, the course of pregnancy, perinatal outcomes.*

ЛІТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. Фармакотерапия преждевременных родов – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2006. – 448 с.
2. Дубинина Е.Н. Прогностические критерии постнатальных исходов при преждевременном разрыве плодных оболочек (ПРПО) в 22–34 недели: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Москва, 2005.
3. Клинико-организационное руководство по оказанию медицинской помощи роженицам при преждевременных родах. – Тверь, 2006 г.
4. Клинические акушерские прото-

колы. – ИЗС/Проект «Мать и дитя», М., 2009. – 160 с.

5. Козлов П.В. Этиология и патогенез преждевременного разрыва плодных оболочек при недоношенной беременности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – 6 (2). – С. 64–72.
6. Кулаков В.И., Вихляева Е.М. и соавт. Перинатальный аудит при преждевременных родах. – М.: Водoley, 2005.
7. Макаров О.В., Николаев Н.Н., Козлов П.В., Луценко Н.Н. Частота развития хориоамнионита при

продолговании недоношенной беременности, осложненной ПРПО, в зависимости от длительности безводного промежутка. // Материалы IV Конгресса педиатров-инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей (диагностика и лечение)». – М., 14–16 декабря 2005 г. – С. 109.

8. Савельева Г.М. Улучшение перинатальных исходов – одна из основных проблем современного акушерства // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – № 6. – С. 56–60.
9. Сидельникова В.М. Преждевременные роды. – М.: ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова, Минздрав соцразвития РФ. – 2008. – 48 с.
10. Goldenberg R. Bacterial infections common in premature babies // Am J

Obstet & Gynecol; 2008: 198: 43. – С. 1–5.

11. Ehrenberg HM, Mercer BM. Antibiotics and the management of preterm premature rupture of the fetal membranes. Clin Perinatol. 2001; 28: 807–818.
12. Iams JD, Romero R, Culhane JF, Goldenberg RL. Primary secondary and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth, Lancet, 371: 164–175, 2008.
13. Flenady V., King J. Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term (Cochrane review). Cochrane library, Issue 3, 2006.
14. Oh KJ, Lee KA, Sohn Y-K, et al. Intraamniotic infection with genital mycoplasmas exhibits a more intense inflammatory response than intraamniotic infection with other microorganisms in patients with preterm premature rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol 2010;203:xx-xx.

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

ОГРОМНЫЙ ПОТОК ИНФОРМАЦИИ ВЫЗВАЛ НОВУЮ БОЛЕЗНЬ

Шотландские ученые открыли новый вид заболевания, связанный с потерей памяти - "синдром суетной жизни" (Busy Lifestyle Syndrome). Этот синдром появляется в результате образа жизни, переполненного большими объемами информации, которая поступает с мобильных телефонов, телевизоров, радио и интернета.

"Забычивость" - это нормальное явление для пожилых людей, но последние данные показывают, что в настоящее время эта проблема затрагивает все больше и больше людей в более раннем возрасте. Причиной ее возникновения

является "информационная перегрузка" и слишком занятая жизнь на работе и дома" - говорит исследователь, доктор Аллан Уейд.

В исследовании, опубликованном в журнале Sleep, ученые выяснили, что бодрствование в течение длительного времени влияет на способность мозга обращать внимание на вещи - мы помним меньше, потому что замечаем меньше.

Один из экспериментов показал, что люди, которые спали меньше 6 часов в сутки в течение двух недель, набрали гораздо меньше очков в когнитивных тестах и тестах на

память, чем те, кто спал по 8 часов в сутки.

Исследования показывают, что у совершенно здоровых людей провалы в памяти могут случаться до 30 раз в неделю. Такие провалы не означают, что у человека проблемы с мозгом. Если ученые говорят, что мы склонны забывать десятую часть того, что происходит в нашей жизни, соответственно, если наша жизнь насыщена множеством разнообразных событий, тогда мы и забываем больше

Медицинский
информационный портал
<http://donbass.ua>