

МРНТИ 76.29.48

## РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНЫХ ПРОТОКОЛОВ ПО ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

М.М. Асатова<sup>1</sup>, У.Ж. Джалалов<sup>1</sup>, Н.М. Иноятова<sup>1</sup>, Г.А. Ходиева<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ташкентский институт усовершенствования врачей,

<sup>2</sup> Городской перинатальный центр

Узбекистан, Ташкент

### АННОТАЦИЯ

Проведен анализ местного протокола ведения беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек при сроке 22-36,6 недель. Изучены 160 историй родильниц на предмет длительности выжидательной тактики, антибиотико-профилактики и кортикостероидной терапии.

Проведен сравнительный анализ индекса выживаемости новорожденных до 28 дней, рожденных у данной группы женщин, после самостоятельных родов и оперативного родоразрешения. Перинатальные потери в данной группе роже-ниц можно снизить при сокращении показаний к кесареву сечению до исключительно акушерских.

**Ключевые слова:** протокол, преждевременный разрыв плодных оболочек, недоношенная беременность, индекс выживаемости новорожденных.

### АКТУАЛЬНОСТЬ

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) остается актуальной проблемой акушерства. Актуальность её обусловлена частотой данного осложнения и последствиями. Известно, что основную квоту в структуре перинатальной смертности и заболеваемости составляют глубоко недоношенные новорожденные (18-20% в структуре преждевременных родов). По данным ВОЗ ежегодно 15 миллионов детей рождаются «слишком рано», 1,1 миллиона детей умирают непосредственно от осложнений преждевременных родов [3]. Частота неонатальных осложнений зависит от того, при каком сроке беременности произошёл ПРПО. Излитие околоплодных вод при недоношенной беременности увеличивает перинатальную смертность в 4 раза, заболеваемость новорожденных (в том числе респираторным дистресс-синдромом) в 3 раза, а в 40–70% случаев выступает причиной гибели новорождённых [2]. В связи с этим практический интерес представляет периодический пересмотр тактики ведения беременных с ПРПО в сроках преждевременных. В Городском перинатальном центре (ГПЦ) в 2016 году на основании рекомендаций ВОЗ, национального стандарта МЗ РУз от 2015 года [1] и клинического руководства был разработан местный протокол. Ключевыми моментами данного протокола явились: приоритет на выжидательную тактику, антибактериальная терапия с момента постановки диагноза, антенатальный курс кортикостероидов в сроке с 22 по 34 недели включительно.

**ЦЕЛЮ ДАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ** явился анализ эффективности местного протокола по ведению ПРПО при недоношенной беременности.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

**Дизайн исследования:** проведен ретроспективный

анализ историй родов беременных, поступивших в Городской Перинатальный центр за период с января по декабрь 2018 года. Нами были изучены 160 историй беременных с ПРПО в сроке с 22 по 36,6 недели, поступивших в родильный зал центра.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

За 2018 год в ГПЦ г.Ташкента прошло 6371 родов, из них 645 преждевременных в сроке 22-37 неполных недель, что составило 10,1%. Из 645 родов 160 было по причине преждевременного разрыва плодных оболочек, что составило 24,8% от числа преждевременных родов. Каждые четвертые роды при недоношенной беременности произошли по причине дородового излития околоплодных вод.

В структуре всего количества преждевременных родов частота крайне преждевременных родов (ПР) от 22 до 27,6 недель составила 14,4% (23 женщины), очень преждевременных родов от 28 до 31,6 недель – 31,9% (51), умеренно ПР от 32 до 33,6 недель – 35,6% (57), поздних ПР от 34 до 36,6 недель – 18,1% (29). Таким образом, частота умеренных и поздних ПР была выше в данной группе и составила 53,7%.

Для всех беременных, кроме сдачи рутинных анализов, проводилось гемодинамическое наблюдение, включающее контроль температуры тела и пульса матери совместно с частотой сердечных сокращений плода, а также проверка тонуса матки контрольной подкладной каждые 6 часов. Контроль за уровнем лейкоцитов проводился каждые 24 часа в первые двое суток, а далее – по показаниям. Женщина обязательно информировалась о признаках хориоамнионита.

Первый этап консультирования согласно местным протоколам – это принятие решения о тактике ведения

беременности при ПРПО. Согласно протоколу беременной женщине после осмотра предоставляется информация о преимуществах и недостатках как выжидательной, так и активной тактики. По данным Британского колледжа акушеров-гинекологов (RCOG) при недоношенной беременности и отсутствии противопоказаний для пролонгирования только в 40% происходят преждевременные роды [4], т.е. у 60% женщин при выжидательной тактике беременность пролонгируется. Выжидательная тактика в ГПЦ была предложена всем беременным с излитием вод в данных сроках, длительность её составила от 4 до 14 дней, в среднем 8,3 дней.

Следующим этапом было решение вопроса об антибиотикопрофилактике с целью снижения частоты неонатальной и материнской инфекции, снижения частоты родов в течение 7 дней [5]. Из 160 беременных женщин с ПРПО 159 (99,4%) принимали эритромицин в дозе 250 мг каждые 6 часов, длительность терапии составила 7-10 дней.

Самым основным в протоколе была кортикостероидная терапия, которая точно ассоциировалась со снижением неонатальной заболеваемости и смертности. Новорожденные, матери которых получали в антенатальном периоде кортикостероиды, имеют более низкий риск респираторного дистресс-синдрома (ОР, 0,66; 95% ДИ, 0,59-0,73), внутрижелудочковых кровоизлияний (ОР, 0,54; 95% ДИ, 0,43-0,69), некротизирующего энтероколита (ОР, 0,46; 95% ДИ, 0,29-0,74), и смертности (ОР, 0,69; 95% ДИ, 0,58-0,81) [4]. Согласно местному протоколу ГПЦ всем беременным при сроке 22-34 недели назначается дексаметазон парентерально по 6 мг каждые 12 часов в 4 приема. Из 160 женщин дексаметазон получили 131 беременные с ПРПО, что составило 81,9%.

Из 160 беременных с ПРПО родовая деятельность началась самостоятельно у 109 женщин, что составило 68,5%. Всем 109 беременным в родах назначена интранатальная антибиотикопрофилактика неонатального сепсиса, вызванного стрептококком группы В. В качестве антибиотикопрофилактики было рекомендовано парентеральное введение препаратов пенициллинового ряда, при наличии лекарственной аллергии (на пенициллин) заменяли на препараты цефалоспоринового ряда.

Состояние новорожденных оценивалось по шкале Апгар: 7-10 баллов – удовлетворительное состояние, 4-6 – средней тяжести, и менее 4 – тяжелое. Из 109 женщин у 3 (2,8%) родились дети в удовлетворительном состоянии, у 87 (73,3%) родились дети в состоянии средней тяжести. В тяжелом состоянии родилось 26 (23,9%) новорожденных. Индекс выживаемости новорожденных при самостоятельном начале родов и проведенных согласно местному протоколу мероприятиях составил 100% в весовых категориях 500-999 гр и 1500-2499 гр. Однако в весовой категории 1000-1499 гр были 4 случая перинатальной смерти как видно из таблицы 1. Индекс выживаемости новорожденных в течение 28 дней послеродового периода в данной группе составил 86,2%.

Таблица 1 – Индекс выживаемости новорожденных в течение срока до 28 дней после родов, рожденных от самостоятельных родов у беременных с ПРПО (в числителе – живорожденные/в знаменателе – умершие)

Самостоятельные роды (n= 109)	1-36	4-66	7-106	Итого	Выживаемость
500-999г	15	1	0	16/0	100%
1000-1499 г	11/3	18/1	0	29/4	86,2%
1500-2499 г	0	61	3	64/0	100%

Из 160 беременных 51 женщине была рекомендована активная тактика родов. Из них 44 женщинам предложено кесарево сечение. Показаниями для оперативного родоразрешения явилась акушерская тактика: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, НМППК II-III степени, патологический биофизический профиль плода. Как видно из таблицы 2 исход при оперативных родах показал, что индекс выживаемости новорожденных в весовой группе 500-999гр был в три раза ниже, чем в группе самостоятельных родов и составил 33,3%. В группе 1000-1499гр индекс выживаемости при оперативном родоразрешении был ниже на 4,4%, чем при самостоятельном начале родов. В группе с весом 1500-2499гр как при оперативных, так и при самопроизвольных родах индекс выживаемости составил 100%.

Таблица 2 – Индекс выживаемости новорожденных в течение срока до 28 дней после родов, рожденных при помощи кесарева сечения у беременных с ПРПО (в числителе – живорожденные/в знаменателе – умершие)

КС (n=44)	1-36	4-66	7-106	Итого	Выживаемость
500-999г	5/3	1/1	0	6/4	33,3%
1000-1499 г	3/3	17/1	2	22/4	81,8%
1500-2499 г	1	4/0	11	16/0	100%

### ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты внедрения клинического протокола, утвержденного ГПЦ при недоношенной беременности с ПРПО показывают эффективность выжидательной тактики с применением антибиотикопрофилактики и кортикостероидной терапии. С другой стороны, уменьшая количество показаний к кесареву сечению, оставляя исключительно акушерские (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и неудовлетворительный прогресс родов) может сократить перинатальные потери.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Национальные стандарты по повышению качества оказания перинатальной помощи в родовспомогательных учреждениях системы здравоохранения Республики Узбекистан. 2015г. стр.74-81
2. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Информационное письмо/ Под ред. В.Е. Радзинского, И.М. Ордианца. — М., Медиабюро Status Praesens, 2011. — 20 с
3. Born too soon: the global action report on preterm birth. World Health Organization 2012.
4. Committee opinion. Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation. October 2016. Number 677. Pages 8.
5. RCOG Preterm Prelabor Rupture of Membranes. Green top Guideline No. 44 2006 (with minor amendments made in October 2010)

## REFERENCES

1. Natsionalnyie standartyi po povyisheniyu kachestva okazaniya perinatalnoy pomoschi v rodovspomogatelnyih uchrezhdeniyah sistemyi zdravooohraneniya Respubliki Uzbekistan. 2015g. str.74-81
2. Prezhdevremennyiy razryiv plodnyih obolochek. Informatsionnoe pismo/ Pod red. V.E. Radzinskogo, I.M. Ordilyants. — M., Mediabyuro Status Praesens, 2011. — 20 s
3. Born too soon: the global action report on preterm birth. World Health Organization 2012.
4. Committee opinion. Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation. October 2016. Number 677. Pages 8.
5. RCOG Preterm Prelabor Rupture of Membranes. Green top Guideline No. 44 2006 (with minor amendments made in October 2010)

## SUMMARY

## RESULTS OF THE ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF LOCAL PROTOCOLS FOR THE MANAGEMENT OF PREMATURE RUPTURE OF THE MEMBRANES IN PRETERM PREGNANCY.

M.M. Asatova<sup>1</sup>, U.J. Djalalov<sup>1</sup>, N.M. Inoyatova<sup>1</sup>, G.A. Hodieva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tashkent Institute Postgraduate Medical Education

<sup>2</sup>City Perinatal Center  
Uzbekistan, Tashkent

Analysis of the local protocol for the management of pregnant women with premature rupture of the membranes at a period of 22-36,6 weeks. 160 stories of women were studied for expectant management, antibiotic prophylaxis and corticosteroid therapy.

Conducted a comparative analysis of the survival rate of newborns up to 28 days, born in this group of women, after independent delivery and operative delivery. Perinatal losses in this group of women can be reduced by reducing the indications for cesarean section to exclusively obstetric.

**Key words:** protocol, premature rupture of membranes, premature pregnancy, neonatal survival index.

## ТҮЙІНДЕМЕ

## МЕРЗІМІНЕН БҰРЫНҒЫ ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ ҰРЫҚ ҚАБЫҒЫНЫҢ ЕРТЕ ЖАРЫЛУЫН БАСҚАРУ ӘДІСІ БОЙЫНША ЖЕРГІЛІКТІ ХАТТАМАЛАРДЫҢ ТИІМДІЛІГІН ТАЛДАУ НӘТИЖЕСІ

M.M. Asatova<sup>1</sup>, U.J. Djalalov<sup>1</sup>, N.M. Inoyatova<sup>1</sup>, G.A. Hodieva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ташкенттік дәрігерлердің біліктілігін арттыру институты,

<sup>2</sup> Қалалық перинатальды орталық  
Өзбекстан, Ташкент