

УДК:618.346.616.9-07

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

А. А. БОРЩЕВА, Г. М. ПЕРЦЕВА, И. А. ЛОГИНОВ

## ФАКТОРЫ РИСКА И ИСХОД РОДОВ ПРИ НЕСВОЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, пер. Нахичеванский, 29, Ростов-на-Дону, Россия, 344022

### АННОТАЦИЯ

**Цель.** Изучить анамнестические данные, а также особенности течения беременности и родов у пациенток с преждевременным разрывом плодных оболочек и несвоевременным излитием околоплодных вод.

**Материалы и методы.** Проведен анализ 68 историй. Из них 48 историй женщин с преждевременным излитием околоплодных вод (ПИОВ) при доношенной беременности – исследуемая группа, 20 историй женщин со своевременным излитием околоплодных вод при доношенной беременности (СИОВ) – контрольная группа.

**Результаты.** Выявлено преобладание в анамнезе аборт, невынашивания беременности, гинекологических заболеваний и экстрагенитальной патологии у пациенток с несвоевременным излитием околоплодных вод. У женщин с указанной патологией чаще применялись оперативные пособия в родах и медикаментозная индукция родов.

**Заключение.** Результаты наших исследований диктуют целесообразность учета комплексного влияния факторов риска на процесс патологического разрыва плодных оболочек и излития околоплодных вод, а не отдельного влияния каждого из них. Полученные данные также позволили предположить, что тщательная предгравидарная подготовка и своевременное выявление и профилактика осложнений беременности, а также лечение экстрагенитальной патологии, смогут привести к снижению такого серьезного осложнения, как преждевременное излитие околоплодных вод и тем самым снизить процент оперативных вмешательств в родах.

**Ключевые слова:** беременность, роды, несвоевременное излитие околоплодных вод, оперативные пособия в родах, влияние на плод

**Для цитирования:** Борщева А.А., Перцева Г.М., Логинов И.А. Факторы риска и исход родов при несвоевременном излитии околоплодных вод. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2017; 24(5): 10-13. DOI: 10.25207 / 1608-6228-2017-24-5-10-13

**For citation:** Borshcheva A.A., Pertseva G.M., Loginov I.A. Risk factors and outcome of labor at ill-timed discharge of amniotic fluid. *Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik*. 2017; 24(5): 10-13. DOI: 10.25207 / 1608-6228-2017-24-5-10-13

**A. A. BORSHEVA, G. M. PERTCEVA, I. A. LOGINOV**

RISK FACTORS AND OUTCOME OF LABOR AT ILL-TIMED DISCHARGE OF AMNIOTIC FLUID

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Rostov State Medical University", Ministry of Healthcare of the Russian Federation, per. Nakhichevansky, d 29, Rostov-on-Don, Russia, 344022*

### ABSTRACT

**Aim.** To study anamnestic data and characteristics of gestation course and labor of patients with preterm rupture of membranes and ill-timed discharge of amniotic fluid.

**Materials and methods.** Analysis of 68 case reports. 48 case reports of women with preterm discharge of amniotic fluid (PDAF) at full-term pregnancy were included into the study group, 20 case reports of women with timely discharge of amniotic fluid at full-term pregnancy (TDAF) – control group.

**Results.** The prevalence of abortion, miscarriage, gynecological and extragenital pathology in past medical history was revealed in patients with ill-timed discharge of amniotic fluid. In women with this pathology an operative maternity aid and medical induction of labor were often applied.

**Conclusion.** Our results indicate the need to consider the impact of not only individual risk factors on pathologic rupture of membranes and discharge of amniotic fluid, but the complex influence of risk factors. The findings also suggested that careful pre-conceptional preparation and the timely detection and prevention of complications in pregnancy, and treatment of extragenital pathology, can lead to a decrease in serious complications such as preterm rupture of membranes and thereby reduce the percentage of operative maternity aid.

**Keywords:** pregnancy, childbirth, ill-timed discharge of amniotic fluid, operative maternity aid, effect on the fetus

## Введение

Особый интерес акушеров-гинекологов к проблеме патологического разрыва плодного пузыря связан с серьезными последствиями, сопровождающими данное осложнение. В современном акушерстве несвоевременное излитие околоплодных вод является одной из ведущих проблем, так как частота данного осложнения постоянно увеличивается. В случаях вскрытия плодного пузыря до начала первого периода родов речь идет о несвоевременном излитии вод. Околоплодные воды выполняют ряд важнейших функций в течение родового акта, способствуют физиологическому развитию плода, выполняют защитную функцию, являются сложной биологической средой, которая участвует в обменных процессах между материнским и плодовым организмами. Дородовое отхождение вод выявляется в 30-56% преждевременных родов. На сегодняшний день основным фактором, способствующим этому осложнению, считается инфекция, однако в этиологии и патогенезе несвоевременного вскрытия плодного пузыря еще очень много неизученных вопросов [1]. Являясь одной из самых значимых проблем акушерской науки и перинатологии, данная патология, по данным различных авторов, встречается в диапазоне от 2,7 до 17% [1, 2]. Дородовое и раннее вскрытие плодного пузыря способствует возникновению серьезнейших осложнений: аномалий родовой деятельности, гипоксии и асфиксии плода, травматизму в родах, развитию инфекции, выпадению мелких частей плода [3, 4, 5]. Преждевременный разрыв плодного пузыря часто возникает у женщин, имевших данное осложнение при предыдущих беременностях и родах. Риск рецидива в этом случае составляет от 16 до 32%. Американская коллегия акушеров и гинекологов (ACOG) ведущими факторами риска несвоевременного вскрытия плодного пузыря считает воспалительные заболевания женских половых органов и ИППП (инфекции, передающиеся половым путем), истмико-цервикальную недостаточность, тазовые и аномальные предлежания плода, инфекции амниона, клинически узкий таз, медицинские вмешательства, аномалии матки, многоплодие, травмы. Слабость родовой деятельности на фоне несвоевременного разрыва плодного пузыря регистрируется примерно у 60,5% рожениц. Значительно увеличивается процент акушерских операций, кровотечений и развития инфекций в послеродовом периоде [2, 4]. Поскольку при несвоевременном вскрытии плодного пузыря значительно увеличивается длительность безводного периода, частота инфекционно-воспалительных процессов у матери и новорожденного также возрастает, приводя к серьезным, а зачастую и неблагоприятным исходам [5, 6]. Несвоевременное отхождение вод очень сложно прогнозировать, а стало быть, и предупредить. Факторы, приводящие к указанной патологии, очень многообразны

и зависят от общего состояния организма, иммунитета, внешней среды. Изучению указанной проблемы посвящено значительное количество исследований [6, 7]. Но на сегодняшний день нет работ, в которых были бы точно указаны причины, способствующие развитию данной проблемы. Данный вопрос по-прежнему остается не до конца изученным и требует дальнейших исследований. И, несмотря на актуальность данной проблемы, значимость указанных факторов также остается сложной и дискуссионной и требует дальнейшего изучения [8, 9].

**Цель исследования:** изучить анамнестические данные, а также особенности течения беременности и родов у пациенток с преждевременным разрывом плодных оболочек и несвоевременным излитием околоплодных вод.

## Материалы и методы

Проведен анализ 68 историй. Из них 48 историй женщин с преждевременным отхождением околоплодных вод (ПООВ) в сроке беременности 38-40 недель – исследуемая группа, 20 историй женщин со своевременным отхождением околоплодных вод в сроке беременности 38-40 недель (СООВ) – контрольная группа.

## Результаты и обсуждение

Возраст всех пациенток был от 23 до 36 лет. Менструальный цикл в обеих группах был без особенностей. В исследуемой группе первородящих было 32 (66,7%), повторнородящих 16 (33,3%). В контрольной группе соответственно 12 (60,0%) и 8 (40,0%).

Как видно из таблицы 1, медицинские аборт в исследуемой группе были у 20 (42,4%) женщин, в контрольной у 2 (10,0%). В исследуемой группе невынашивание беременности в анамнезе было у 18 (37,5%) женщин, гинекологические заболевания в исследуемой группе были у 29 (60,4%). У пациенток контрольной группы невынашивания беременности и гинекологических заболеваний не было. Экстрагенитальная патология в исследуемой группе выявлена у 29 (60,4%) женщин, в контрольной группе у 3 (15,0%). В исследуемой группе осложнения во время данной беременности отмечены у 41 (85,4%) женщины, в контрольной группе у 8 (85,4%).

По данным таблицы 2, из 48 пациенток исследуемой группы, 3 (6,2%) в плановом порядке была сделана операция кесарево сечение (КС) по поводу наличия рубца на матке. У 6 (12,5%) женщин началась спонтанная родовая деятельность. У 39 (81,3%) женщин применена индукция родов окситоцином на фоне зрелой шейки матки. Однако у 6 (13,3%) пациенток из 45, рожавших через естественные родовые пути, роды закончились операцией КС (острая гипоксия плода). У 3 (6,7%) в родах был применен вакуум экстрактор KIWI по поводу слабости потужного периода. В контроль-

Таблица / Table 1

**Сравнительная характеристика данных анамнеза,  
наличия экстрагенитальной патологии и осложнений беременности  
у пациенток исследуемой и контрольной групп**

Comparative characteristics of the past medical history, extragenital pathology and complications of pregnancy in patients of the study and control groups

Анамнез, наличие экстрагенитальной патологии и осложнений беременности	Исследуемая группа	Контрольная группа
Медицинские аборт в анамнезе	42,4%	10,0%
Гинекологические заболевания в анамнезе	60,4%	0%
Невынашивание беременности в анамнезе	37,5%	0%
Экстрагенитальная патология	60,4%	15,0%
Осложнения во время данной беременности	85,4%	40,0%

Таблица / Table 2

**Способы родоразрешения и применение пособий в родах у пациенток  
исследуемой и контрольной групп**

Methods of delivery and maternity aid of patients of the study and control groups

Способы родоразрешения и применение пособий в родах	Исследуемая группа	Контрольная группа
Плановое кесарево сечение (рубец на матке)	6,2%	0%
Спонтанная родовая деятельность	12,5%	100%
Индукция родов окситоцином на фоне зрелой шейки матки	81,3%	0%
Экстренное кесарево сечение в родах (острая гипоксия плода)	13,3%	0%
Применение вакуум экстрактора KIWI по поводу слабости потужного периода	6,7%	0%

Таблица / Table 3

**Особенности течения родов у пациенток исследуемой и контрольной групп**

Features of the labor course of patients of the study and control groups

Особенности течения родов	Исследуемая группа	Контрольная группа
Продолжительность первого периода родов	10,0±0,25 часов	6,0±0,3 часов
Продолжительность второго периода родов	0,8±0,5 часа	0,7±0,2 часа
Продолжительность третьего периода родов	0,2 ±0,50 часа	0,2±0,2 часа
Безводный промежуток	13±0,5 часов	1,0±0,2 часа
Оценка новорожденного по шкале Апгар 8–9 баллов	93,8%	100%
Оценка новорожденного по шкале Апгар 7–7 баллов (легкая степень асфиксии)	6,2%	0%

ной группе все женщины были родоразрешены через естественные родовые пути. Оперативные пособия и стимуляция родовой деятельности в этой группе женщин не применялись.

В исследуемой группе продолжительность первого периода родов была от 8 до 12 часов (10±0,25), второго – от 45 мин до 1 часа 5 мин (0,8±0,5), третьего – от 5 до 15 мин (0,2±0,5). В контрольной группе продолжительность первого периода родов составила – от 5 до 7 часов (6±0,3), второго – от 20 мин до 1 часа (0,7±0,2), третьего от 20 до 30 мин (0,2±0,2). Безводный промежуток у женщин в исследуемой группе был от 9 часов 45 мин до 15 часов (13±0,5), в контрольной группе – от 45 мин до 1 часа 20 мин (1±0,2). У всех женщин обеих групп кровопотеря в родах не превышала допустимую. В исследуемой группе из 48 детей 45 (93,8%) родились с оценкой по шкале Апгар 8 – 9

баллов, 3-е (6,2%) детей родились с легкой степенью асфиксии (7-7 баллов). В контрольной группе все новорожденные оценены по шкале Апгар в 8-9 баллов (табл. 3).

Послеродовый период в обеих группах, протекал без осложнений. Все женщины с детьми выписаны домой на 4-5 сутки после родоразрешения, в удовлетворительном состоянии, под наблюдение врачей женской и детской консультаций.

### Заключение

Анализируя полученные результаты можно прийти к выводу, что в анамнезе у исследуемой группы пациенток аборт были в 4,2 раза чаще, чем в контрольной группе. В 37,5% случаев в исследуемой группе отмечено невынашивание беременности, у 60,4% женщин имели место гинекологические заболевания, чего не было в контрольной группе.

Экстрагенитальная патология также преобладала в исследуемой группе (60,4%) и встречалась в 4 раза чаще, по сравнению с контрольной (15,0%). У пациенток исследуемой группы в 2,1 раза чаще встречались и осложнения во время беременности (85,4% и 40,0% соответственно). В 81,3% случаев в исследуемой группе применена индукция родов окситоцином, у 20,0% пациенток применены оперативные пособия в родах (кесарево сечение, вакуум экстракция плода), чего не было в контрольной группе. Учитывая вышесказанное можно думать о том, что серьезными факторами риска преждевременного разрыва плодных оболочек и излития околоплодных вод могут быть осложнения беременности, экстрагенитальная патология, заболевания женских половых органов и оперативные вмешательства, предшествующие данной беременности. В исходе родов, у женщин с указанной патологией, чаще применяются оперативные пособия и медикаментозная индукция родов. Результаты наших исследований диктуют целесообразность учета комплексного влияния факторов риска на процесс патологического разрыва плодных оболочек и излития околоплодных вод, а не отдельного влияния каждого из них. Сказанное позволяет предположить, что тщательная предгравидарная подготовка и своевременное выявление и профилактика осложнений беременности, смогут привести к снижению такого серьезного осложнения, как преждевременное излитие околоплодных вод и тем самым снизить процент оперативных вмешательств в родах.

#### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. *Акушерство: национальное руководство*. Под ред. Айламазяна Э.К., Кулакова В.И., Радзинского В.Е., Савельевой Г.М. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007: 1200. [Obstetrics: national guide. Ed. Aylamazyan E.K., Kulakov V.I., Radzinsky V.E., Savelyeva G.M. M.: GEOTAR-Media, 2007: 1200].

2. Баев О.Р., Васильченко О.Н., Кан Н.Е., Клименченко Н.И., Митрохин С.Д., Тетруашвили Н.К., Ходжаева З.С., Шмаков Р.Г., Дегтярев Д.Н., Тютюнник В.Л. *Клиническое руководство «Преждевременный разрыв плодных оболочек» (Преждевременное излитие вод)*. Москва, 2013: 345. [Bayev O.R., Vasil'chenko O.N., Kan N.E. Klimenchenko N.I., Mitrokhin S.D., Tetruashvili N.K., Khodzhaeva Z.S., Shmakov R.G., Degtyarev

D.N., Tyutyunnik V.L. Clinical guide "Premature rupture of membranes" (Premature rupture of water). Moscow, 2013, 345].

3. 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 контраверсии»*. М.: Медиабюро Status Praesens, Москва, 2010: 32. [Bolotskikh V. M. New approaches to the management of pregnancy and labor complicated by governmental premature rupture of membranes at term period. Materials of all-Russian scientific-practical seminar "Reproductive potential of Russia: versions and contra-version". Moscow, Status Praesens Midiburo, Moscow, 2010: 32].

4. Болотских В.М. Опыт применения мифепристона при преждевременном излитии околоплодных вод. *Российский Вестник акушера-гинеколога*. 2010; 3: 32-35. [Bolotskikh M.V. Experience of the use of mifepristone for early Easley-TII amniotic fluid. *The Russian Bulletin of the obstetrician-gynecologist*. 2010; 3: 32-35].

5. Мартынова И. А., Родиться по собственному желанию. *Летопись повивального дела*. – СПб: РХГА, 2011: 440. [Martynova I. A., to be Born on their own. A chronicle of the birth of the case. – St. Petersburg: Russian Christian Humanities Academy, 2011: 440].

6. Орджоникидзе Н.В. Эндометрит и раневая инфекция у родильниц. Проблемы и пути их решения. *Акушерство и гинекология*. 2004; 5: 3-5. [Ordzhonikidze N. In. Endometritis and wound infection in postpartum women. Problems and their solutions. *Obstetrics and gynecology*. 2004; 5: 3-5].

7. Преждевременный разрыв плодных оболочек. *Информационное письмо*. Под ред. В.Е. Радзинского, И.М. Ордиянц. М.: Медиабюро Status Praesens, 2011: 20. [Premature rupture of membranes. *The information letter*. Ed. by V.E. Radzinsky, I.M. Ordiyants. M.: Mediabar Status Praesens, 2011: 20].

8. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Алеев И.А. *Преждевременный разрыв плодных оболочек. Современные подходы к диагностике и лечению*. М.: Медиабюро Status Praesens, 2011: 54. [Radzinsky V.E., Ordiyants I.M., Aleev I.A. Premature rupture of the fetal-tion shells. Modern approaches to diagnosis and treatment. Moscow, Status Praesens Midiburo, 2011: 54].

9. *Руководство к практическим занятиям по акушерству: Учебное пособие*. Под ред. В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007: 656. [Guide to practical training in obstetrics: *textbook*. Ed. by V.E. Radzinsky. M.: GEOTAR-Media, 2007: 656].

Поступила / Received 21.07.2017

Принята в печать / Accepted 16.09.2017

*Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов / The authors declare no conflict of interest*

**Контактная информация:** Борщева Алла Александровна; тел.: +7 (918) 554-01-83; e-mail: Aborsheva@ctsnet.ru; Россия, 344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Братский, д. 48, кв. 13.

**Corresponding author:** Alla A. Borscheva; ph.: +7 (918) 554-01-83; e-mail: Aborsheva@ctsnet.ru; Russia, 344082, Rostov-on-don, Bratskiy per., d. 48, kv. 13.