

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИСХОДОВ РОДОВ ПРИ АКТИВНОЙ И ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Дятлова Л.И.¹, Чеснокова Н.П.¹, Рогожина И.Е.¹, Глухова Т.Н.¹

¹ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» МЗ РФ, Саратов, e-mail: gluchova05@mail.ru

Актуальность проблемы досрочного завершения гестации обусловлена тем, что у недоношенных детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела высока перинатальная заболеваемость и смертность, а также инвалидизация с детства. Одним из ведущих патогенетических факторов при указанной патологии гестации является преждевременный разрыв околоплодных мембран (ПРОМ). В связи с этим остаются актуальными вопросы патогенеза невынашивания беременности, обусловленного преждевременным разрывом околоплодных мембран, а также патогенетического обоснования оптимальных сроков пролонгации гестации и ее завершения. Цель исследования – оценка эффективности выжидательной тактики ведения пациенток с недоношенной беременностью, осложненной дородовым излитием околоплодных вод, по сравнению с активной тактикой ведения пациенток с указанной патологией гестации. Материал и методы исследования: изучено течение неонатального периода у 148 недоношенных детей, родившихся у женщин с ПРОМ при беременности сроком 28-34 недели при использовании выжидательной тактики ведения беременности, и у 181 ребенка при использовании активной тактики. Все результаты проведенных исследований были подвергнуты компьютерному статистическому анализу параметрическим методом. Результаты: анализ течения неонатального периода у детей, рожденных при сроках гестации 28-34 недели, показал, что пролонгация недоношенной гестации при ПРОМ способствует снижению частоты тяжести дистресс-синдрома новорожденных, необходимости применения длительной искусственной вентиляции легких; частоты внутрижелудочковых кровоизлияний, энтеральной недостаточности, анемии.

Ключевые слова: преждевременный разрыв плодных оболочек, недоношенная беременность, исход беременности, активная и выжидательная тактика.

COMPARATIVE EVALUATION OF THE LABOR OUTCOME IN THE ACTIVE AND EXPECTED TACTICS OF ADMINISTRATION OF PREGNANCY, COMPLICATED BY THE PREMATURE RUPTURE OF AMNIOTIC MEMBRANES

Dyatlova L.I.¹, Chesnokova N.P.¹, Rogozhina I.E.¹, Glukhova T.N.¹

¹Saratov State Medical University n.a.V.I. Razumovskii, Saratov, e-mail: gluchova05@mail.ru

The urgency of the problem of early termination of gestation is due to the fact that premature babies with extremely low and very low body weight have high perinatal morbidity and mortality, as well as disability from childhood. One of the leading pathogenetic factors in this pathology of gestation is the premature rupture of amniotic membranes. In this connection, the questions of the pathogenesis of miscarriage of pregnancy caused by premature rupture of amniotic membranes remain important, as well as the pathogenetic rationale for the optimal timing of gestational prolongation and its completion. The aim of the study was to evaluate the effectiveness of expectant management of patients with premature pregnancy, complicated by prenatal outflow of amniotic fluid, compared with active tactics of patients with this pathology of gestation. Material and methods of the study. The neonatal period was studied in 148 premature infants born in women with PROM during pregnancy for 28-34 weeks with expectant management of pregnancy, and in 181 children using active tactics. Results. An analysis of the course of the neonatal period in children born at the gestational age of 28-34 weeks showed that prolongation of premature gestation in PROM promotes a decrease in the frequency of severity of the distress syndrome of newborns, the need for prolonged artificial ventilation of the lungs; frequency of intraventricular hemorrhage, enteric insufficiency, anemia.

Keywords: pregnancy outcome, active and expectant management, preterm delivery, premature rupture of amniotic membranes.

Актуальность проблемы досрочного завершения гестации обусловлена тем, что у недоношенных детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела высока

перинатальная заболеваемость и смертность, а также инвалидизация с детства [1; 2].

Возрастание распространенности преждевременных родов связано с воздействием экологических, а также ряда социальных факторов: ранним началом половой жизни, сменой половых партнеров до наступления желанной беременности; возрастанием числа беременностей, наступивших при использовании вспомогательных репродуктивных технологий; широким распространением в популяции инфекционных заболеваний, передающихся половым путем [2; 3]. В последние годы отмечается снижение иммунологической реактивности беременных на фоне широкого применения антибиотиков и других лекарственных препаратов, угнетающих нормальную микрофлору организма.

Одним из ведущих патогенетических факторов при указанной патологии гестации является несостоятельность околоплодных мембран и соответственно дородовое излитие околоплодных вод [4-6]. Эфферентные механизмы истончения околоплодных оболочек и их несостоятельность могут формироваться в результате общесоматических расстройств или нарушений акушерского статуса у матери.

В связи с этим остаются актуальными вопросы патогенеза невынашивания беременности, обусловленного преждевременным разрывом околоплодных мембран (ПРОМ), а также патогенетического обоснования оптимальных сроков пролонгации гестации и ее завершения.

Чрезвычайно актуальны проблемы эффективной пролонгации недоношенной беременности при дородовом излитии вод в сроках гестации 22-34 недели, поскольку организм матери еще не готов к физиологическому родоразрешению, а для плода необходимо завершение полноценного формирования нервной, эндокринной, иммунных и других систем.

До настоящего момента нет единой точки зрения относительно тактики ведения беременных с указанной формой патологии гестации. В соответствии с данными литературы имеются две основные концепции ведения недоношенной беременности при преждевременном разрыве околоплодных мембран (ПРОМ).

Согласно одной из концепций дородовое излитие околоплодных вод при недоношенной беременности диктует необходимость немедленного родоразрешения для снижения риска гнойно-септических осложнений у женщины и новорожденного [2]. Между тем результаты многочисленных клинико-лабораторных наблюдений свидетельствуют о достаточно высокой эффективности выжидательной тактики ведения пациенток при изучаемой патологии гестации, способствующей достижению большей зрелости плода и снижению перинатальных осложнений [3-5].

Цель исследования – оценка эффективности выжидательной тактики ведения

пациенток с недоношенной беременностью, осложненной дородовым излитием околоплодных вод, по сравнению с активной тактикой ведения пациенток с указанной патологией гестации.

Материал и методы исследования

Основную группу составили 148 недоношенных детей, родившихся у женщин с преждевременным разрывом плодных мембран и выжидательной тактикой ведения при беременности сроками 28-34 недели. В группу сравнения вошел 181 ребенок при использовании активной тактики ведения (при спонтанном развитии родовой деятельности без длительного безводного промежутка) при той же гестационной патологии в аналогичные сроки гестации.

Исследование проведено на базе ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области».

В основной группе и группе сравнения были выделены 2 подгруппы. В первую вошли дети, рожденные при сроках беременности 28 недель - 30 недель и 6 дней и массой при рождении 1000,0-1500,0 г – очень низкой массой тела (ОНМТ). Вторую под группу составили дети, рожденные при сроках беременности 31-34 недели и массой при рождении 1500,0-2500,0 г – низкой массой тела (НМТ) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение новорожденных детей в зависимости от сроков гестации при недоношенной беременности, осложненной преждевременным разрывом околоплодных мембран

	Активная тактика ведения		Выжидательная тактика ведения	
	Абс. число	% наблюдений	Абс. число	% наблюдений
28 нед. - 30 нед. и 6 дн.	60	33,1	49	33,1
31 нед. - 34 нед.	121	66,9	99	66,9

Примечание: в группе новорожденных с активной тактикой при ПРПО n=181, в группе новорожденных с выжидательной тактикой при ПРПО n=148.

Все результаты проведенных исследований были подвергнуты компьютерному статистическому анализу с помощью программ Statistica 99 (Версия 5,5 А, «Statsoft, Inc», г. Москва, 1999); Microsoft Excel, 97 SR-1 (Microsoft, 1997), посредством которого определяли критерий Стьюдента, достоверность различий, расчет средней арифметической, среднего квадратического отклонения, ошибки средней арифметической. Достоверность различий (p) определяли параметрическим критерием достоверности.

Результаты исследования и их обсуждение

Для определения эффективности выжидательной тактики при недоношенной беременности, осложненной преждевременным разрывом плодных оболочек, проведено сравнение следующих параметров в группах наблюдения:

- выраженность в раннем неонатальном периоде патологии ЦНС;
- наличие и степень тяжести синдрома дыхательных расстройств;
- проведение дополнительной оксигенации, ее длительность;
- наличие пневмонии, анемии, желтухи;
- летальность в раннем неонатальном периоде.

Таблица 2

Характер и частота осложнений у детей с очень низкой массой тела при различной тактике ведения недоношенной беременности, осложненной преждевременным разрывом околоплодных мембран

Группы наблюдения	Дети от матерей с активной тактикой ведения недоношенной гестации при ПРОМ		Дети от матерей с выжидательной тактикой ведения недоношенной гестации при ПРОМ		
	n	%	n	%	P
Виды патологии					
Церебральная ишемия I степени	52	86,7±8,2	41	83,7±7,2	> 0,5
Церебральная ишемия II степени	19	31,6±3,2	15	30,6±3,4	> 0,5
ВЖК I ст.	24	40,0±4,1	12	24,5±2,2	<0,05
ВЖК II ст.	16	26,6	8	16,0±1,2	<0,05
ВЖК III ст.	2	3,3±3,2	0	0	
ИВЛ (длительная)	25	41,6±5,2	11	22,4±2,2	<0,05
Дыхательная недостаточность I ст.	5	8,3±8,2	9	18,3±1,4	<0,05
Дыхательная недостаточность II ст.	18	30,0±3,3	7	14,3±1,2	<0,05
Пневмония	18	30,0±4,1	13	26,5±2,7	> 0,5
Анемия	21	35,0±3,2	11	22,5±2,4	<0,05
Неонатальная желтуха	55	91,6±8,8	35	71,4±5,9	<0,05

Примечание: в группе с активной тактикой ведения недоношенной гестации при ПРОМ n=60, при выжидательной тактике- n=49.

У детей с очень низкой массой при рождении как при использовании выжидательной тактики ведения гестации при ПРОМ, так и при активной тактике ведения пациенток с данным гестационным осложнением выявлена высокая частота патологии центральной нервной системы - церебральная ишемия и внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) различной степени тяжести.

Так, показатели обнаружения церебральной ишемии I, II степени тяжести у новорожденных с ОНМТ при различной тактике ведения изучаемой патологии гестации были идентичны (табл. 2). В неврологической симптоматике раннего неонатального периода у детей сравниваемых групп преобладали признаки церебральной ишемии I и II степени (табл. 2).

В группе детей от матерей с применением выжидательной тактики ведения гестации значительно реже выявлялись внутрижелудочковые кровоизлияния I и II степени по сравнению с новорожденными группы сравнения ($p < 0,05$). У детей из группы наблюдения не было диагностировано ВЖК III ст., в то же время у 2 (3,33%) новорожденных от матерей с применением активной тактики ведения гестации обнаружено внутрижелудочковое кровоизлияние III ст., что послужило причиной летального исхода (табл. 2).

Сравнительная оценка проявлений дыхательной недостаточности показала, что у детей с очень низкой массой тела при выжидательной тактике ведения беременности значительно реже выявлялась дыхательная недостаточность I и II степени по сравнению с новорожденными от матерей с активной тактикой ведения гестации (табл. 2). Для купирования дыхательных расстройств в группе наблюдения длительная (более 24 часов) ИВЛ потребовалась почти в 2 раза реже, чем новорожденным от матерей с активной тактикой ведения гестации (табл. 2).

При анализе заболеваемости детей с очень низкой массой тела в раннем неонатальном периоде оказалось, что при выжидательной тактике ведения беременных с дородовым излитием околоплодных вод выявляемость врожденной пневмонии у детей была сопоставима с таковым показателем у новорожденных при использовании у матерей активной тактики (табл. 2). Частота возникновения анемии и неонатальной желтухи у детей с выжидательной тактикой гестации была меньше по сравнению с таковыми показателями у детей с активной тактикой ведения гестации (табл. 2).

Далее проведено сравнение течения неонатального периода у детей с низкой массой тела (НМТ).

Изучение течения неонатального периода у детей сравниваемых групп, имевших при рождении массу 1500-2500 г, свидетельствовало о сопоставимости частоты выявления церебральной ишемии I степени и внутрижелудочковых кровоизлияний I степени по

сравнению с новорожденными с аналогичными сроками гестации при рождении без длительного безводного промежутка в анамнезе. В то же время церебральная ишемия II степени и ВЖК II степени у новорожденных при использовании выжидательной тактики выявлялись значительно реже, чем у детей от матерей с активной тактикой ведения гестации (табл. 3).

При оценке степени выраженности дыхательных расстройств у новорожденных с низкой массой тела при пролонгации недоношенной беременности установлено, что дыхательная недостаточность I степени встречалась с одинаковой частотой при различной тактике ведения гестации, в то же время дыхательная недостаточность II степени диагностировалась значительно реже у детей от матерей с выжидательной тактикой ведения беременности (табл. 3). Таким образом, искусственная вентиляция легких длительно применялась у детей из группы наблюдения значительно реже, чем у новорожденных от матерей с активной тактикой ведения беременности (табл. 3).

Обращает на себя внимание тот факт, что внутриутробная пневмония при активной тактике ведения недоношенной беременности, осложненной преждевременным разрывом околоплодных мембран, у детей с ОНМТ выявлена у 30% новорожденных, при выжидательной тактике - у 26,6% новорожденных; у детей с НМТ тела – соответственно у 19% и 11% новорожденных сравниваемых групп (табл. 2, 3).

Таблица 3

Характер осложнений и частота их развития у детей с НМТ в раннем неонатальном периоде при различной тактике ведения недоношенной беременности, осложненной преждевременным разрывом околоплодных мембран

Группы наблюдения	Дети от матерей с активной тактикой ведения недоношенной гестации при ПРОМ		Дети от матерей с выжидательной тактикой ведения недоношенной гестации при ПРОМ		
	n	%	N	%	P
Церебральная ишемия I степени	63	52,1±3,2	56	56,5±3,2	> 0,5
Церебральная ишемия II степени	16	13,2±3,2	7	7,1±3,2	<0,05
Церебральная ишемия III степени	0	0	0	0	
ВЖК I ст.	31	25,6±3,2	29	29,3±3,2	> 0,5

ВЖК II ст.	17	14,0±3,2	8	8,0±3,2	<0,05
ИВЛ (длительная)	32	26,4±3,2	19	19,1±3,2	<0,05
Дыхательная недостаточность I ст.	16	13,2±3,2	14	14,1±3,2	> 0,5
Дыхательная недостаточность II ст.	16	13,2±3,2	5	5,0±3,2	<0,05
Пневмония	23	19,0±3,2	11	11,1±3,2	> 0,5
Анемия	26	21,4±3,2	24	24,2±3,2	> 0,5
Неонатальная желтуха	72	59,5±3,2	60	60,6±3,2	> 0,5

Примечание: в группе с активной тактикой ведения недоношенной гестации при ПРОМ n=121, при выжидательной тактике n=99.

Выводы

Таким образом, анализ неонатального периода у детей с ОНМТ и НМТ, рожденных при сроках гестации 28-34 недели, показал, что пролонгация недоношенной гестации при ПРОМ способствует снижению частоты тяжести дистресс-синдрома новорожденных, необходимости применения длительной искусственной вентиляции легких; частоты внутрижелудочковых кровоизлияний, энтеральной недостаточности, геморрагического синдрома, анемии. В то же время у детей с низкой массой тела вне зависимости от тактики ведения гестации отмечалась высокая частота выявления неонатальной желтухи. Летальность в неонатальном периоде у детей с низкой массой тела при использовании пролонгации гестации при преждевременном разрыве плодных оболочек отсутствовала.

Список литературы

1. Стрижаков А.Н., Белоусова В.С., Тимохина Е.В., Богомазова И.М., Пицхелаури Е.Г., Подтетнев А.Д., Кузнецова Е.В., Толкач Ю.И. Перинатальные исходы при преждевременных родах // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2016. Т. 15. №4. С.7–12.
2. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 1200 с.
3. Михайлов А.В., Дятлова Л.И., Рогожина И.Е., Глухова Т.Н., Панина О.С. Ведение беременности, осложненной преждевременным излитием околоплодных вод при недоношенной беременности // Акушерство и гинекология. 2014. №2. С.74-79.
4. Преждевременный разрыв плодных оболочек (преждевременное излитие вод): клинические рекомендации // Акушерство и гинекология. 2013. № 9. С. 123-130.

5. Кузьмин В.Н., Харченко Э.И. Дифференцированный подход к антибактериальной терапии при преждевременном разрыве околоплодных оболочек // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2017. Т. 16. №5. С. 78-81.
6. Каткова Н.Ю., Бодрикова О.И., Сергеева А.В., Андосова Л.Д., Шахова К.А., Безрукова И.М., Покусаева К.Б., Рыжова Н.К. Состояние локального иммунного статуса, содержание неоптерина и кортизола при различных вариантах преждевременных родов // Журнал акушерства и женских болезней. 2017. Т. 66. № 3. С. 60-70.