

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОСТАГЛАНДИНОВ  
ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ С ПАПИЛЛЯРНЫМИ ВОДАМИ У  
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

**Ш.Ф.Тургунова**

*доцент кафедры акушерства и гинекологии №2  
Андижанский государственный медицинский институт*

**У.М.Юсупова**

*магистр кафедры акушерства и гинекологии №2  
Андижанский государственный медицинский институт*

**Резюме:** *Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) при доношенном сроке беременности является распространённым акушерским осложнением. Роды на фоне ПИОВ сопровождаются увеличением частоты оперативного родораз-решения, а также различных акушерских осложнений.*

*Однако при всем многообразии тактик, методик, клинических рекомендаций, посвящённых действиям врача при ведении пациенток с ПИОВ, вопрос их выбора зависит от многих факторов. За более чем 20 лет изучения проблемы ПИОВ не разработана методика подготовки шейки матки, дающая 100% результат.*

*При всем многообразии выбора методов ни один из них не лишён недостатков (противопоказания к применению, экономическая эффективность, комплаентность пациента и др.). В связи с этим оптимальный выбор тактики ведения родов при ПИОВ является залогом сохранения здоровья будущего поколения.*

**Ключевые слова:** *простогландин, околоплодная вода, преждевременная роды.*

**TO DETERMINE THE EFFECTIVENESS OF PROSTAGLANDINS IN PRETERM  
LABOR WITH PAPILLARY WATERS IN PREGNANT WOMEN**

**Sh.F.Turgunova**

*associate professor department of obstetrics and gynecology No. 2  
Andijan State Medical Institute*

**U.M.Yusupova**

*master department of obstetrics and gynecology No. 2  
Andijan State Medical Institute*

**Resume:** *Premature discharge of amniotic fluid (amniotic fluid) during full-term pregnancy is a common obstetric complication. Childbirth against the background of PI is accompanied by an increase*

*in the frequency of surgical delivery, as well as various obstetric complications.*

*However, with all the variety of tactics, techniques, and clinical recommendations devoted to the actions of a doctor in the management of patients with PIOV, the question of their choice depends on many factors. For more than 20 years of studying the problem of PIOV, a technique for preparing the cervix has not been developed that gives 100% results.*

*With all the variety of methods to choose from, none of them is without drawbacks (contraindications to use, cost-effectiveness, patient compliance, etc.). In this regard, the optimal choice of tactics for conducting childbirth during childbirth is the key to preserving the health of the future generation.*

**Key words:** *prostaglandin, amniotic fluid, premature birth.*

Переход на новые критерии живорождения требует определения стратегии перинатального риска при преждевременных родах (ПР) [3]. Спонтанные ПР, инициированные разрывом околоплодных оболочек являются одной из важнейших проблем современного акушерства и ассоциируются с высоким уровнем перинатальной и младенческой заболеваемости, инвалидности и смертности [4]. Стратегия перинатального риска при сверхранных (22,0-27,6 недель) и ранних (28,0-33,6 недель) преждевременных родах предусматривает прежде всего выделение групп риска женщин, беременность которых может осложниться преждевременным разрывом околоплодных оболочек (ПРПО), частота реализации которого при экстремально недоношенной беременности достигает 90-92% [1]. Неблагоприятные последствия для плода при этом в наибольшей степени обуславливают осложнения, ассоциированные с незрелостью и внутриутробной инфекцией (ВУИ), которая является дополнительным специфическим фактором риска неонатальной смертности (НС), респираторных и неврологических осложнений [5]. В настоящее время международным стандартом ведения беременных с неосложненным ПРПО в сроке сверхранных и ранних ПР рекомендуется пролонгирование беременности с целью увеличения гестационного возраста плода и достижения им большей степени морфофункциональной зрелости [6]. Однако в этом случае значительно возрастает риск инфекционно-воспалительных осложнений не только матери, но и новорождённого – с частотой от 16% до 71% [2]. Для выбора рациональной тактики ведения родов при ПРПО важным моментом является прогнозирование ВУИ. Существующие высокоинформативные методики требуют проведения амнио- и кордоцентеза, в связи с чем использование их ограничено [3]. Выполнение доступных лабораторных тестов, таких как определение уровня лейкоцитов крови, скорости оседания эритроцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы, позволяют констатировать уже имеющийся воспалительный процесс и не относятся к прогностическим [4]. Поиск объективных предикторов внутриутробной инфекции и безопасного времени пролонгирования беременности при

ПРПО особенно актуален в связи с необходимостью проведения антенатальной кортикостероидной терапии (АКТ), доказанный протективный эффект которой сохраняется от 1 до 7 суток [3].

В связи с ограниченной прогностической эффективностью отдельно взятых предикторов, для повышения чувствительности и специфичности прогноза ВУИ целесообразным является многофакторное математическое моделирование, с

учетом комплексной оценки аманестических, клинических и лабораторных критериев. Объективный и достоверный прогноз ПРПО, ВУИ и безопасного периода для выжидательной тактики представляют возможность проведения лечебно-профилактических мероприятий на всех этапах помощи и позволяют улучшить перинатальные исходы.

**Цель исследования.** Разработать способ прогнозирования ПРПО, внутриутробной инфекции и безопасного периода выжидательной тактики при сверхранных и ранних преждевременных родах для обоснования стратегии перинатального риска.

**Материалы и методы исследования.** Для достижения поставленной цели и решения задач в период 2020-2021 г.г. на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии №2 с курсом ДПО обследовано 75 женщин Андижанской области.

**Результаты исследования.** При сверхранных ПР, инициированных разрывом околоплодных оболочек, пролонгирование беременности на 7,2 суток способствует снижению риска неонатальной смертности в 2,4 раза (OR 0,42; 95% CI: 0,18-0,99), ранней неонатальной в 2,9 раза (OR 0,34; 95% CI: 0,13-0,86), летальных исходов по причине РДС в 3,3 раза (OR 0,3; 95% CI: 0,1-0,86), также снижает заболеваемость новорожденных РДС тяжелой степени (59,7%,  $p=0,023$ ) и риск ВЖК II-III степени в 2,9 раза (OR 0,34; 95% CI: 0,14-0,83). При ранних ПР, осложненных ПРПО, пролонгирование беременности в течение 5,0 суток уменьшает частоту летальных исходов по причине ВЖК ( $p=0,018$ ) и увеличивает долю детей без РДС (12,9%,  $p=0,035$ ).

Пролонгирование беременности в течение 7,2 суток ассоциируется с более высокой частотой хориоамнионита (35,3%,  $p=0,031$ ) у женщин при сверхранных ПР. При отсутствии условий пролонгирования, начавшиеся спонтанные роды в первые 2,0 часа при сверхранных и 6,0 часов – при ранних ПР, осложняются быстрым и стремительным их течением (24,2%,  $p=0,048$  и 28,4%,  $p=0,038$ ).

В качестве факторов, увеличивающих риск ПРПО в сроке сверхранных и ранних ПР следует учитывать: преждевременные роды в анамнезе, повышающие риск – в 7,6 раза (OR 7,6; 95% CI: 2,2-25,3), никотинозависимость матери – в 5,8 раза (OR 5,82; 95% CI: 2,4-14,1), неполное среднее образование – в 5,6 раза (OR 5,6; 95% CI: 1,9-16,3); осложнения текущей беременности: ИЦН – в 10 раз (OR 10,1; 95% CI: 4,2-

24,3), рецидивирующая угроза прерывания беременности – в 7,9 раза (OR 7,9;

95% CI: 3,6-17,1), острые бактериальные инфекции – в 7,1 раза (OR 7,1; 95% CI: 1,1-59,9), многоплодие – в 5,9 раза (OR 5,9; 95% CI: 1,3-26).

При формировании группы риска ВУИ необходимо использовать следующие факторы, увеличивающие шансы внутриамниотической инфекции: гестационный пиелонефрит – в 7 раз (OR 7,01; 95% CI: 2,48-19,81), перенесенные во время беременности острые воспалительные заболевания ЛОР органов – в 6 раз (OR 6,13; 95% CI: 2,14-17,5), рецидивирующая угроза прерывания беременности – в 5,6 раза (OR 5,6; 95% CI: 2,4-12,7), срок гестации  $\leq 27,5$  недель на момент ПРПО (Se 89,2%, Sp 77,2%, AUC 0,84); ультразвуковые маркеры: задержка роста плода – в 17 раз (OR 17,4; 95% CI: 1,77-171,3), одновременное сочетание признаков инфицирования плаценты, околоплодных вод и плода – в 7 раз (OR 7,19; 95% CI: 1,85-28,05); в качестве лабораторного критерия – концентрацию в крови женщин hs-CRP  $\geq 6,33$  мг/л (Se 80,0%, Sp 66,7%, AUC 0,75).

Для обоснования стратегии перинатального риска при сверххранних и ранних ПР, на основе математического моделирования разработаны шкалы прогноза ПРПО и ВУИ плода, позволяющие определять объем лечебно-профилактических мероприятий на прегравидарном и антенатальном этапах, а также модель прогноза безопасного периода выжидательной тактики для выбора оптимального времени проведения АКТ и нейропротекторной терапии.

**Вывод.** Исследования заключаются в дальнейшем изучении факторов риска сверххранних и ранних преждевременных родов, повышении возможности объективного прогноза осложнений и научного обоснования технологий повышающих пролонгирование беременности и снижения перинатальной патологии, обусловленной незрелостью и инфицированием плода.

### ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ:

1. Артымук, Н.В. Факторы риска преждевременного разрыва плодных оболочек у женщин с преждевременными родами в Кемеровской области / Н.В. Артымук, Н.Н. Елизарова // Фундам. и клин. медицина. – 2016. – № 2. – С. 6-11.

2. Гаврилова, А.А. Сверххранние и ранние преждевременные роды: спорные вопросы / А.А. Гаврилова, А.Н. Парыгина // Здоровье и образование в XXI веке. – 2018. – № 1. – С. 24-28.

3. Недосейкина, М.С. Преждевременные роды: инфекционный фактор и полиморфизм генов контроля продукции цитокинов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / Недосейкина М.С. – Гомель, 2016. – 26 с. 4. Санникова, М.В. Преждевременный разрыв плодных оболочек у беременных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, молекулярно-генетические аспекты патогенеза: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / Санникова М.В. – М., 2013. – 26 с.

5. Caroccia, R. Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis and adverse

pregnancy outcomes / R. Capoccia, G. Greub, D. Baud // Curr. Opin. Infect. Dis. 2013. – Vol. 26, № 3. – P. 231-240.

6.Ocviyanti, D. Risk Factors for Neonatal Sepsis in Pregnant Women with Premature Rupture of the Membrane / D. Ocviyanti, W.T. Wahono // J. Pregnancy. – 2018. – Vol. 2018. – P. 4823404.