

УДК 618.514.8-08

*Тургунова Шахнозахон Фазлиддин кизи, магистр.,*

*Юсупова Умида Машарифовна, доцент.*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2*

*Андижанский государственный медицинский институт*

**ОПРЕДЕЛИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ  
ПРОСТАГЛАНДИНОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ С  
ПАПИЛЛЯРНЫМИ ВОДАМИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

**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.

*Turgunova Shakhnozakhon Fazliddin kizi, master.,*

*Yusupova Umida Masharifovna, associate professor.*

*Department of Obstetrics and Gynecology No. 2*

*Andijan State Medical Institute*

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

*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:* prostoglandin, 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 сверхранних (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  $hs\text{-CRP} \geq 6,33$  мг/л (Se 80,0%, Sp 66,7%, AUC 0,75).

Для обоснования стратегии перинатального риска при сверхранных 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 сверхранных 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.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

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. Сверхранные 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. Capoccia, 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.