

На правах рукописи

КАРАБАНОВИЧ ЯНИНА ВЛАДИМИРОВНА

**ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ
ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ**

14.01.01 — акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва

2015

Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии педиатрического факультета Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии
педиатрического факультета ГБОУ ВПО
«Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Н.И. Пирогова»
Минздрава России, академик РАМН, доктор
медицинских наук, профессор

**Савельева
Галина Михайловна**

Официальные оппоненты:

Руководитель родильного отделения ФГБУ
«Научный центр акушерства, гинекологии и
перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава
России, доктор медицинских наук, профессор
Ведущий научный сотрудник ГБУЗ МО
«Московский областной научно-
исследовательский институт акушерства и
гинекологии», доктор медицинских наук,
профессор

**Баев
Олег Радомирович**

**Петрухин
Василий Алексеевич**

Ведущая организация – Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «30» 2015г. в 11.00 часов на заседании диссертационного совета Д.212.203.01 при Российском университете дружбы народов (117333, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6) и на сайте <http://dissovet.rudn.ru>

Автореферат разослан «____» _____ 2015 года.

Ученый секретарь Диссертационного совета
кандидат медицинских наук

М.Г. Лебедева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ.

Актуальность проблемы. Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) при доношенной беременности является распространенным акушерским осложнением, встречающимся в 10-19% наблюдений (Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., 2011; Blanchon L. et al., 2013).

В нашей стране многие годы существовало мнение, что продолжительность безводного периода (БВП) у рожениц с ПИОВ не должна превышать 12 часов, в связи с чем отечественные акушеры предпочитали активную тактику ведения своевременных родов, согласно которой родовозбуждение начинали через 4-6 часов после ПИОВ (Мозговая Е.В. и соавт., 2010; Баев О.Р. и соавт., 2014). Такой подход к ведению родов способствовал увеличению частоты операций кесарева сечения, особенно если родовозбуждение проводят при незрелой шейке матки (Frederiks F. et al., 2012; Grobman W.A., 2012; Zelli P. et al., 2013). За рубежом большое распространение получила выжидательная тактика ведения своевременных родов при ПИОВ, что обусловлено высокой вероятностью развития спонтанной родовой деятельности (Annamraju H. et al., 2014; Pintucci A. et al., 2014).

Многие авторы установили, что роды, осложненные ПИОВ, характеризуются развитием аномалий сократительной деятельности матки: слабостью и дискоординацией родовой деятельности (Подтетенев А.Д., Стрижова Н.В., 2006; Третьякова М.В., 2011). Указанные осложнения наиболее часто возникают у рожениц при незрелой шейке матки. В связи с этим у акушеров всегда при ПИОВ возникает вопрос: выждать и не вмешиваться или начинать подготовку шейки матки к родам, используя механические методы, в частности, ламинарии, катетер Фолея, или медикаментозные средства, например, препараты простагландинов и антигестагены (Chaudhuri S. et al., 2011; Radoff K.A., 2014). Применение механических средств для подготовки шейки матки, по мнению Jozwiak M. et al. (2012), Cabrera I.B. et al. (2014), ограничено возможным риском восходящего инфицирования, особенно на фоне ПИОВ. В то же время некоторыми исследователями (Третьякова М.В., 2011; Maskeen A.D. et al., 2014) доказано, что механические методы подготовки шейки матки (катетер Фолея) при ПИОВ не приводят к повышению частоты гнойно-септических заболеваний родильниц и новорожденных. В последнее время появились работы М.В. Болотских (2013), В.А. Петрухина (2013), указывающие на целесообразность применения для подготовки шейки матки к родам, в том числе и при ПИОВ, антигестагенов (мифепристона).

Исследования, посвященные изучению влияния ПИОВ, длительности БВП и особенностей течения родов на плод, состояние новорожденного в раннем неонатальном периоде и отдаленные результаты развития детей, в основном, относятся к 70-90 гг. прошлого столетия (Ишанова В.М., 1971; Alcalay M. et al., 1996; Hallak M., Bottoms S.F., 1999). В последнее время в нашей стране опубликованы единичные работы по изучению перинатальных исходов своевременных родов при ПИОВ (Третьякова М.В., 2011; Болотских В.М., 2013).

Основанием для настоящего исследования явились разноречивость мнений о допустимом времени ожидания спонтанного начала родовой деятельности и оптимальном методе подготовки незрелой шейки матки к родам при ПИОВ, а также отсутствие четких данных об истинном влиянии различной тактики ведения своевременных родов при ПИОВ на перинатальные исходы и на отдаленное развитие доношенных детей.

Цель исследования: снижение осложнений у матери и плода при ПИОВ и доношенной беременности.

Задачи исследования.

1. Определить метод ведения своевременных родов, осложненных ПИОВ, на основании сравнительного анализа течения родов при активной и выжидательной тактике ведения родов.
2. Провести сравнительную оценку эффективности различных методов подготовки шейки матки при доношенной беременности и ПИОВ (мифепристон и баллонный катетер Фолея).
3. Изучить перинатальные исходы при ПИОВ в зависимости от тактики ведения родов и метода подготовки шейки матки.
4. Выявить факторы риска развития церебральных поражений доношенных новорожденных при ПИОВ.
5. Сопоставить отдаленные результаты развития детей, родившихся у матерей с ПИОВ и различной тактикой ведения родов.
6. Создать алгоритм ведения своевременных родов при ПИОВ.

Научная новизна. Обосновано положение о целесообразности выжидания спонтанного начала родовой деятельности после ПИОВ, установлено оптимальное время начала проведения родовозбуждения после ПИОВ при отсутствии родовой деятельности. Впервые проведен сравнительный анализ медикаментозных и механических методов подготовки шейки матки у пациенток с доношенной беременностью, осложненной ПИОВ. В результате исследования определены интранатальные факторы, неблагоприятно влияющие на состояние здоровья доношенных детей, рожденных у матерей с ПИОВ. Впервые разработана

балльная шкала оценки перинатальных факторов риска при своевременных родах, осложненных ПИОВ.

Практическая значимость работы. С позиции улучшения перинатальных исходов разработан алгоритм ведения своевременных родов, осложненных ПИОВ, у первородящих пациенток. Показано, что предварительная подготовка шейки матки при ПИОВ и доношенной беременности снижает необходимость в проведении родовозбуждения окситоцином через 12 часов после ПИОВ, уменьшает частоту упорной слабости родовой деятельности и операций кесарева сечения в 1,5 раза, сокращает время введения утеротоников. При ПИОВ на фоне незрелой шейки матки обязательным является применение либо медикаментозных (мифепристон) либо механических (катетер Фолея) методов подготовки шейки матки. При риске манифестации инфекции неинвазивность, простота в применении и хорошая переносимость позволяют рекомендовать применение мифепристона для подготовки шейки матки к родам в акушерских стационарах у пациенток с нарушением биоценоза влагалища. Разработанная балльная шкала оценки перинатальных факторов риска в родах при ПИОВ дает возможность прогнозировать риск церебральных поражений у доношенных новорожденных.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ.

1. Выжидательная тактика ведения своевременных родов, осложненных ПИОВ, является оптимальной для матери, плода и новорожденного.
2. Незрелая или недостаточно зрелая шейка матки при ПИОВ и доношенной беременности служит показанием к применению мифепристона или интрацервикальному введению катетера Фолея.
3. Время начала родовозбуждения после ПИОВ оказывает влияние на перинатальные исходы.
4. На основании таких факторов, как исходное состояние шейки матки, время начала родовой деятельности (как спонтанной, так и индуцированной при родовозбуждении утеротониками), время введения утеротоников, доза окситоцина, температура в родах, характер околоплодных вод, возможно прогнозирование перинатального поражения ЦНС у доношенных новорожденных.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ, ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛИЧНЫЙ ВКЛАД АВТОРА.

Результаты исследования и разработанные на их основании рекомендации внедрены в практическую работу ГБУЗ Центра планирования семьи и репродукции ДЗ г. Москвы (главный врач – О.А. Латышкевич), в учебный процесс на кафедре акушерства и гинекологии педиатрического

факультета ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России (заведующая кафедрой – академик РАМН, д.м.н., профессор Г.М. Савельева). Клинические исследования, анализ и интерпретация данных проведены автором самостоятельно. По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, 4 – в рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

Апробация диссертационной работы.

Основные положения работы представлены и обсуждены на заседании Московского общества акушеров-гинекологов «Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение» (Москва, 2013). Апробация диссертации состоялась на совместной научно-практической конференции сотрудников кафедр акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова и факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВПО МГУ им. М.В. Ломоносова и сотрудников ГБУЗ ЦПСиР ДЗ г. Москвы.

Объем и структура диссертации.

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, главы собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа изложена на 145 страницах машинописного текста, иллюстрирована 10 рисунками и 34 таблицами. Указатель литературы включает 173 источника, из которых 55 на русском и 118 – на иностранных языках.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование выполнено в 2011-2014 гг. на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова (заведующая кафедрой – академик РАМН, д.м.н., проф. Савельева Г.М.) – Центре планирования семьи и репродукции ДЗ г. Москвы (главный врач – Латышкевич О.А.).

Работа была проведена в три этапа. На *первом этапе* исследования выполнен *ретроспективный анализ* историй родов 556 пациенток с доношенной беременностью и ПИОВ, а также изучены перинатальные исходы в период 2003-2010 гг. Анализ полученных результатов на первом этапе работы выявил неблагоприятные перинатальные исходы при проведении родовозбуждения после ПИОВ на фоне незрелой шейки матки, что определило необходимость поиска методов подготовки шейки матки к

родам у пациенток изучаемой когорты. На *втором этапе* проведено проспективное исследование течения родов и перинатальных исходов у 234 рожениц с доношенной беременностью, ПИОВ и незрелой или недостаточно зрелой шейкой матки, которым применяли различные методы подготовки шейки матки к родам в период с 2011-2013 гг. На *третьем этапе* было изучено отдаленное состояние здоровья детей в течение 1,5 лет жизни, родившихся у матерей с ПИОВ при различной тактике ведения родов.

Критериями включения явились: первые предстоящие роды, срок гестации 37-41 недели, одноплодная беременность, головное предлежание плода. Критериями исключения послужили: акушерские осложнения и соматические заболевания, хроническая гипоксия плода (изменения на кардиотокограмме, окрашенные меконием околоплодные воды), возраст пациенток старше 32 лет, врожденные пороки развития плода, пациентки со зрелой шейкой матки (только на втором этапе исследования).

На *первом (ретроспективном) этапе* исследования 556 пациенток стратифицированы на 2 группы в зависимости от тактики ведения родов. I группу составили 257 рожениц, которым проводили родовозбуждение утеротониками в связи с отсутствием родовой деятельности через 3-16 часов после ПИОВ (активная тактика). II группу составили 299 пациенток, у которых родовая деятельность развилась самопроизвольно в течение 17 часов после ПИОВ (выжидательная тактика).

Для родовозбуждения применяли внутривенное введение окситоцина (5 ЕД) в изотоническом растворе (50 мл), который вводили с помощью инфузомата, начиная со скорости 3 мл/час, при необходимости постепенно увеличивая каждые 15 мин до 12,5 мл/час.

На *втором (проспективном) этапе* исследования 234 пациентки распределили на 3 группы в зависимости от метода подготовки шейки матки. I группу составили 67 беременных, у которых для подготовки шейки матки к родам использовали мифепристон. II группу составили 98 женщин, которым проводили подготовку шейки матки к родам 2-х ходовым баллонным катетером Фолея. В III группу (контрольную) вошли 69 пациенток, у которых не проводилась подготовка шейки матки. При отсутствии регулярной родовой деятельности через 12 часов после ПИОВ пациенткам всех трех групп проводилось родовозбуждение окситоцином.

С целью подготовки шейки матки к родам мифепристон (коммерческое название – миропристон, производитель – ЗАО «Обнинская химико-фармацевтическая компания», Россия) назначали по следующей схеме: после ПИОВ вне зависимости от длительности БВП в дозе 200 мг перорально, при

отсутствии регулярной родовой деятельности через 6 часов после приема первой таблетки препарат назначался повторно в той же дозе.

Подготовку шейки матки катетером Фолея осуществляли только у пациенток с I-II степенью чистоты влагалищного мазка, длительностью БВП не более 12 часов при отсутствии регулярной родовой деятельности. В данной работе использовали 2-х ходовой стандартный силиконизированный катетер Фолея с маркировкой 12Ch/Fr (Unomedical Sdn. 59 Bhd., Malaysia). В асептических условиях шейку матки обнажали в зеркалах, производили обработку шейки матки антисептическим 1% раствором Savlon. Стерильным корнцангом в цервикальный канал вводили баллонный 2-х ходовой катетер Фолея (№ 12-18), раздували его путем введения 30-40 мл жидкости. Свободный конец катетера Фолея фиксировали медицинским пластырем на внутренней поверхности бедра пациентки. При созревании шейки матки катетер Фолея перемещался во влагалище или за его пределы самостоятельно.

На *третьем этапе* исследования было оценено состояние здоровья и развитие 140 детей, рожденных у матерей при ПИОВ, в течение первых 1,5 лет жизни. Из них 47 провели комплексное обследование в отделении катамнеза Центра планирования семьи и репродукции ДЗ г. Москвы. Сведения о состоянии здоровья и развития 93 получили путем анкетирования родителей. Возраст детей при обследовании и анкетировании составлял от 1 месяца до 1,5 лет. Распределение обследованных детей осуществлялось в зависимости от наличия неврологических заболеваний: I группу составили 92 ребенка, которые по заключению невропатолога были здоровыми; II группу составили 48 детей с различными неврологическими заболеваниями.

При поступлении в родильное отделение всем пациенткам проводился клинический осмотр, термометрия, традиционное акушерское обследование. Оценку зрелости шейки матки осуществляли по шкале M.S. Burnhill в модификации Е.А. Чернухи (1982 г.). При суммарной оценке 0-2 балла шейку матки считали незрелой, 3-4 балла – недостаточно зрелой, 5 баллов и более – зрелой. Диагноз ПИОВ устанавливали на основании данных анамнеза (указание пациентки на излитие околоплодных вод), осмотра шейки матки с помощью зеркал и влагалищного исследования. При сомнительных выделениях использовали амниотесты, исследовали мазки на «арборизацию», экспресс-тесты ActimTMProm фирмы Medix Biochemica (Финляндия).

Всем пациенткам при поступлении в стационар проводили бактериоскопическое и бактериологическое исследование родовых путей (мазки и посевы содержимого цервикального канала, заднего свода

влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам). Диагноз хориоамнионита подтверждали гистологическим исследованием.

Для определения состояния плода применяли эхографическое и доплерометрическое исследования, используя ультразвуковые диагностические приборы «Алока-650» (Япония), ФС фирмы Simens (Германия) и «GE» (Франция). Наблюдение за состоянием сердечной деятельности плода осуществляли методом кардиотокографии на аппаратах «Sonicard» (Великобритания), «Hewlett Packard» (США).

У всех пациенток проводили динамическое наблюдение за течением родовой деятельности на основании ведения партограммы. С целью обезболивания родов у 356 (64%) пациенток на первом этапе и 228 (97,4%) рожениц на втором этапе применяли эпидуральную анестезию (раствор бупивакаина 0,25%, ропивакаина 0,2% - 10-15 мл). На 1-2 сутки послеродового периода исследовали показатели периферической крови и определяли сывороточную концентрацию С-реактивного белка (СРБ).

Состояние новорожденного оценивали по шкале Апгар и данным кислотно-щелочного состояния пуповинной крови, а также на основании ежедневного осмотра, включавшего изучение неврологического статуса. Определяли показатели периферической крови при рождении и в раннем неонатальном периоде, концентрацию СРБ в сыворотке на 2 сутки, проводили бактериологическое исследование содержимого ротовой полости ребенка и прямой кишки сразу после рождения. На 1-5 сутки жизни выполняли нейросонографию, по показаниям – рентгенографию органов грудной клетки, ЭХО-кардиографию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек.

Нейросонографию новорожденных проводили аппаратом «Siemens Sonoline Sienna» (Германия) секторальным датчиком (3,5-7,5 МГц). Исследование осуществляли по общепринятой методике, предложенной С.М. Воеводиным (1991 г.), включающей последовательное получение стандартных сечений в коронарной и сагиттальной плоскостях через большой родничок.

Статистический анализ массива полученных данных был проведен с использованием статистических непараметрических критериев, не зависящих от характера распределения – точного критерия Фишера и критерия хи-квадрат, а также традиционно используемого в биомедицинских исследованиях t-критерия Стьюдента для нормально распределенных переменных. При проведении попарного сравнения заданных групп пациентов определялась достоверность различия между всеми признаками, при этом использовали следующие уровни значимости различий: $p < 0,05$;

$p < 0,01$; $p < 0,001$. Для оценки влияния различных факторов на частоту возникновения церебрального поражения у детей вычислялось отношение шансов (OR). Для оценки информационной ценности разработанной нами балльной шкалы факторов риска перинатального поражения ЦНС использован ROC-анализ, графическим отображением которого является построение ROC-кривой.

Результаты исследования и их обсуждение.

На *первом этапе* исследования при сравнительном анализе возраста, паритета, частоты экстрагенитальных и гинекологических заболеваний пациенток не было выявлено достоверных различий в группах, поэтому далее приведена общая характеристика всех женщин изучаемой когорты ($p > 0,05$).

Возраст рожениц колебался от 17 до 32 лет, в среднем составил $25,9 \pm 0,18$ лет. Большинство пациенток 390 (70,1%) в обеих группах были первобеременными, у 150 (27%) в анамнезе были искусственные и самопроизвольные аборты, у 16 (2,9%) – трубная беременность.

У 224 (40,3%) пациенток с ПИОВ в анамнезе имело место указание на экстрагенитальные заболевания. Большинство из них (166 – 74,1%) страдали хроническими воспалительными заболеваниями органов мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, хронический цистит). Гинекологические заболевания в анамнезе были отмечены у 295 (53,1%) обследованных пациенток. Наиболее часто до беременности имели место доброкачественные заболевания шейки матки, в связи с которыми применялись различные методы деструктивной терапии: диатермокоагуляция, криодеструкция, радиохирургическое лечение. Различий по частоте встречаемости хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов, матки, придатков, а также инфекций, передаваемых половым путем, у обследованных пациенток, как до настоящей беременности, так и во время ее, по сравнению с общей популяцией выявлено не было, что не соответствует мнению В.М. Болотских (2013) о возможности прогнозирования ПИОВ при доношенной беременности на основании данных анамнеза.

Анализ результатов бактериологического исследования влагалищной микрофлоры, проводимого при поступлении пациенток в стационар, показал, что у 207 (37,2%) пациенток при ПИОВ и доношенной беременности в посевах из цервикального канала преобладала нормальная микрофлора – *Lactobacillus* spp., у остальных 349 (62,8%) обследуемых был выявлен рост условно-патогенной микрофлоры. Микробный пейзаж был представлен в основном ассоциациями различных микроорганизмов. Наиболее часто высевались: *Candida albicans* (33,1%), *Enterococcus faecalis* (25,9%),

Streptococcus agalactiae (21,6%). Такие микроорганизмы, как *Gardnerella vaginalis*, *E. coli*, *Staphylococcus epidermidis*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides*, *Proteus mirabilis* были определены менее чем у 15% беременных, вошедших в исследование.

Первый этап работы показал, что у большинства (260 – 87,0%) пациенток II группы спонтанные роды начались в течение первых 10 часов после излития вод, у 24 (8,0%) – в течение 10-12 часов и только у 15 (5,0%) БВП к началу схваток составил от 12 часов до 17 часов. Полученные результаты совпадают с данными литературы, согласно которым у 86% женщин после ПИОВ начинаются спонтанные роды в течение 12-23 часов (Pintucci A. et al., 2014).

В I группе частота самопроизвольных родов составила 77,8% (200), путем операции кесарева сечения были родоразрешены 22,2% (57) пациенток. Во II группе при спонтанном развитии схваток после ПИОВ у 95,0% (284) пациенток роды произошли через естественные родовые пути, и только 5,0% (15) были родоразрешены путем операции кесарева сечения ($p < 0,05$). Примечательным является то, что после родовозбуждения оперативно были родоразрешены только роженицы с незрелой или недостаточно зрелой шейкой матки, а все пациентки I группы со зрелой шейкой матки родили самопроизвольно. Это наблюдение подтверждают работы многих зарубежных авторов. Mishanina E. et al. (2014), Pintucci A. et al. (2014), Suffecool K. et al. (2014) показали, что у первородящих пациенток при доношенной беременности с исходно незрелой шейкой матки проведение индукции родов окситоцином после ПИОВ часто неэффективно и приводит к повышению частоты кесаревых сечений.

В нашем исследовании у 111 (37,1%) рожениц II группы со спонтанным развитием родовой деятельности была зафиксирована слабость родовой деятельности, в связи с чем им проводилась активация окситоцином. При этом большинство 90,1% (100) женщин родили через естественные родовые пути.

По мнению отечественных и зарубежных авторов при ПИОВ возможно прогнозирование развития слабости родовой деятельности на основании оценки состояния шейки матки (Подтетенев А.Д., Стрижова Н.В., 2006; Blanchon L. et al., 2013). По данным нашего исследования упорная слабость родовой деятельности, неподдающаяся медикаментозной терапии, была диагностирована у пациенток обеих групп с исходной неподготовленностью родовых путей. Частота развития упорной слабости родовой деятельности в I группе при родовозбуждении составила 14,4%, в то время как во II группе при спонтанной родовой деятельности после ПИОВ всего 2,3% ($p < 0,05$).

Нами была выявлена зависимость развития упорной слабости родовой деятельности, неподдающейся медикаментозной терапии, от времени начала проведения родовозбуждения после излития вод. Наибольшая частота указанного осложнения родов была зафиксирована при начале родовозбуждения через 3-6 часов (15,6%) и более 12 часов после ПИОВ (16,4%).

Некоторые авторы указывали на то, что ПИОВ, особенно на фоне применения утеротоников, повышает риск развития дистресса плода (Cheng Y.W. et al., 2012). По нашим данным, острая гипоксия плода зафиксирована у 23 (8,9%) рожениц в I группе при родовозбуждении утеротониками и у 7 (2,3%) во II группе при спонтанном начале родовой деятельности ($p < 0,05$).

У всех обследованных нами пациенток на первом этапе средняя продолжительность БВП превышала 12 часов и составляла в I группе при родовозбуждении утеротониками $14\text{ч } 05\text{мин} \pm 1\text{ч } 15\text{мин}$, во II группе при выжидательной тактике ведения родов – $16\text{ч } 16\text{мин} \pm 1\text{ч } 11\text{мин}$ ($p < 0,001$). При этом частота гнойно-септических осложнений в родах и в послеродовом периоде между группами достоверно не различалась ($p > 0,05$).

Клинические признаки хориоамнионита с одинаковой частотой выявлялись в обеих группах (0,4% и 0,3%) и не превышала значения в популяции (0,78%) (Серов В.Н., Сухих Г.Т., 2014).

Гнойно-септические заболевания (эндометрит, субинволюция матки, серома послеоперационной раны, инфильтрация раны промежности) в послеродовом периоде отмечены у 14 (5,4%) родильниц в I группе и у 11 (3,7%) во II группе. В нашем исследовании частота гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде также не превышала общепопуляционные значения (4-6%) (Серов В.Н., Сухих Г.Т., 2014).

Определяющим критерием оптимального ведения родов является состояние новорожденных. Большинство детей в обеих группах, как при родовозбуждении утеротониками в I группе (229 – 89,1% из 257), так и при спонтанном начале родовой деятельности после ПИОВ во II группе (290 – 97,0% из 299), родились в удовлетворительном состоянии, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов.

У 50 (19,5%) новорожденных из I группы и у 27 (9,0%) детей из II группы были отмечены осложнения в раннем неонатальном периоде, которые в основном проявлялись в виде внутриутробного инфицирования или поражения ЦНС ($p < 0,05$). При родовозбуждении утеротониками частота осложнений новорожденных была в 2,2 раза выше по сравнению с детьми при спонтанном развитии родовой деятельности после ПИОВ у их матерей ($p < 0,05$).

С целью выявления прогностических критериев развития неврологических осложнений у детей при рождении и в раннем неонатальном периоде, был проведен анализ течения родов у их матерей.

Установлено, что одним из факторов риска развития неврологических осложнений у новорожденных является неподготовленность родовых путей матери при ПИОВ. У 100% пациенток I группы при родовозбуждении утеротониками и у 94,7% пациенток II группы при спонтанном начале родов после ПИОВ, родивших детей с церебральными расстройствами, при поступлении в стационар была диагностирована незрелая или недостаточно зрелая шейка матки.

При проведении родовозбуждения родилось 34 (13,2%) ребенка с неврологической симптоматикой, из них симптомы церебральной ишемии I степени отмечены у 17 (50%), симптомы церебральной ишемии II степени – у 14 (14,2%), симптомы церебральной ишемии III степени – у 3 (8,8%). При спонтанном начале родовой деятельности после ПИОВ родилось 19 (6,4%) новорожденных с поражением ЦНС, из них симптомы церебральной ишемии I степени были диагностированы у 13 (68,4%), II степени – у 6 (31,6%). В группе выжидательной тактики ведения родов ни у одного ребенка не было зафиксировано симптомов церебральной ишемии III степени. При проведении родовозбуждения в I группе частота церебральных нарушений у новорожденных была в 2,1 раза выше по сравнению с детьми из II группы, у матерей которых отмечено развитие спонтанной родовой деятельности после ПИОВ. По данным нашего исследования, родовозбуждение утеротониками на фоне неподготовленности родовых путей не только повышало частоту развития неврологических расстройств у новорожденных, но и приводило к возникновению наиболее тяжелых форм церебральных поражений у детей.

Анализируя течение родов у пациенток I группы при родовозбуждении утеротониками после ПИОВ, мы выявили, что время начала проведения родовозбуждения после излития вод оказывает влияние на развитие неврологической симптоматики у детей при рождении и в раннем неонатальном периоде. В I группе при начале родовозбуждения утеротониками до 6 часов после ПИОВ родилось 16 из 34 детей (47,1%) с неврологической симптоматикой, через 6-8 часов – 4 (11,8%), через 10-12 часов – 2 (5,8%). При начале родовозбуждения более 12 часов после излития вод церебральная патология была диагностирована у 12 из 34 (35,3%) детей. Симптомы церебральной ишемии III степени были выявлены только у 3 детей, матерям которых проводили родовозбуждение до 6 часов (2) и через 13 часов после ПИОВ (1).

При выжидательной тактике ведения родов, согласно данным нашей работы, увеличение периода ожидания спонтанной родовой деятельности после ПИОВ (более 12 часов) также приводит к повышению частоты развития неврологической симптоматики у детей.

В.Е. Радзинский (2012) и другие авторы при исследовании влияния интранатальных факторов на плод показали отрицательное воздействие на него аномалий родовой деятельности. Результаты нашей работы подтверждают эту точку зрения. У каждой второй женщины, родившей ребенка с церебральной ишемией во II группе, была диагностирована слабость родовой деятельности. В нашем исследовании с целью ее лечения всем роженицам вводили раствор окситоцина. Мы считаем, что важную роль при развитии неврологической симптоматики у новорожденных играет не сам факт применения окситоцина, а продолжительность его введения. Среднее время введения утеротоника матерям, чьи дети не имели неврологических проблем, составило 5ч 02мин±14мин, а пациенткам, родивших детей с церебральными поражениями, – 6ч 13мин±44мин ($p<0,05$). Очевидно, что важную роль в развитии церебральных поражений у детей играет длительность введения окситоцина 6 и более часов.

Проведенное нами исследование показало, что независимым от тактики ведения родов фактором риска развития неврологической патологии у детей следует считать гипертермию у матери в родах. У половины пациенток из обеих групп, родивших детей с церебральными нарушениями, в родах отмечено повышение температуры тела до 38 – 39°C, что сопровождалось выраженной тахикардией у плодов.

Сопоставление перинатальных исходов с различной тактикой ведения родов позволило определить факторы, способствующие развитию церебральных поражений у доношенных детей при ПИОВ у их матерей (табл. 1).

Таблица 1.

**Основные факторы риска церебрального поражения у
доношенных новорожденных при ПИОВ.**

Фактор риска	ОШ	ДИ		p
		min	max	
Неподготовленность родовых путей	10,400	1,416	76,404	0,0214
Родовозбуждение утеротониками	2,247	1,248	4,047	0,0070
Слабость родовой деятельности	1,980	0,779	5,034	0,1512
Время введения окситоцина более 6 часов	10,909	2,654	44,839	0,0009
Гипертермия в родах	8,817	4,795	16,213	<0,0001

Примечание: ОШ - отношение шансов, ДИ - доверительный интервал, достоверными ($p<0,05$) признаются значения, когда нижняя граница доверительного интервала больше 1.

Выявленные факторы легли в основу создания балльной шкалы для оценки перинатальных факторов риска церебрального поражения при своевременных родах, осложненных ПИОВ (табл. 2).

Таблица 2.

Шкала оценки перинатальных факторов риска церебрального поражения при доношенной беременности и ПИОВ.

Факторы риска	баллы		
	0	1	2
Состояние шейки матки	зрелая	недостаточно зрелая	незрелая
Начало спонтанной родовой деятельности после ПИОВ	до 6 часов	6-12 часов	более 12 часов
Время начала родовозбуждения после ПИОВ	-	6-12 часов	до 6 часов и более 12 часов
Время введения утеротоников	до 4 часов	4-6 часов	6 часов и более
Доза окситоцина	5 ЕД	10 ЕД	15 ЕД
Температура в родах	N	$\leq 37,5^{\circ}\text{C}$	$> 37,5^{\circ}\text{C}$
Характер околоплодных вод	светлые	зеленые жидкие	зеленые густые

Для определения оптимального порогового значения суммы баллов (cut-off), при котором повышается риск перинатального поражения ЦНС, нами был проведен ROC-анализ (рис. 1).

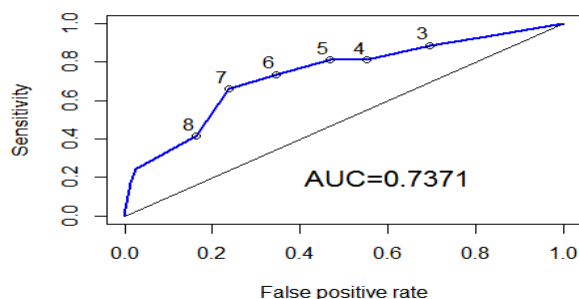


Рисунок 1. ROC-кривая.

Результаты ROC-анализа позволили установить, что риск перинатального поражения у детей, рожденных у матерей с ПИОВ, повышается при суммарной оценке 7 баллов и более.

Таблица 3.

Сопоставление балльной оценки с частотой церебрального поражения у детей.

Сумма баллов	Число наблюдений	Здоровые дети	Дети с церебральной ишемией
0-6 баллов	388	370 (95,4%)	18 (4,6%)
7 баллов и более	168	133 (79,2%)	35 (20,8%)*
Общее количество	556	503	53

Примечание: * - $p < 0,05$.

Как видно из данных, представленных в таблице 3, при балльной оценке в 0-6 баллов частота рождения здоровых детей составила 95,4%. При суммарной оценке 7 баллов и более у каждого пятого ребенка выявляются симптомы церебрального поражения.

Симптомы внутриутробной инфекции были диагностированы у 6 (2,3%) детей в I группе при родовозбуждении утеротониками, у 2 (0,7%) во II группе со спонтанным развитием родовой деятельности после ПИОВ. Структура внутриутробных инфекционных заболеваний у детей в обеих группах была представлена внутриутробной пневмонией (4) (у 1 в сочетании с омфалитом), врожденным везикулопустулезом (3), врожденным энтероколитом (1).

По сложившемуся мнению многих исследователей, развитие инфекционно-воспалительных заболеваний новорожденных напрямую зависит от длительности БВП. Мы не можем полностью отрицать этот факт. Действительно, в проведенном нами исследовании у матерей всех 8 детей с верифицированной инфекцией длительность БВП превышала 12 часов. Однако аналогичная длительность БВП была и у 425 (76,5%) рожениц, и только у 8 (1,4%) детей имелись инфекционные заболевания. Этот показатель значительно ниже общепопуляционного (2,0-2,5%). У 4 из 8 матерей, родивших детей с верифицированной инфекцией, при поступлении в стационар был выявлен *Streptococcus agalactiae*. Мы подтвердили данные С.Ж. Baker et al. (2011), Gilbert R. et al. (2014) о том, что именно колонизация стрептококком группы В и нарушение биоценоза влагалища являются одними из основных прогностических факторов неонатальной инфекционной заболеваемости у доношенных детей, а не продолжительность БВП.

Проведенный анализ показал, что выжидательная тактика ведения родов, осложненных ПИОВ, имеет преимущества для матерей и детей. Родовозбуждение утеротониками, особенно на фоне неподготовленности родовых путей, способствует повышению частоты операции кесарева сечения и к увеличению частоты развития таких осложнений родового акта, как упорная слабость родовой деятельности и острая гипоксия плода, а также повышает частоту развития неврологических нарушений у новорожденных по сравнению со спонтанным развитием родовой деятельности после ПИОВ. Оптимальным периодом ожидания после излития вод до начала активных действий акушера являются 10-12 часов. Именно этот временной промежуток позволяет дождаться спонтанного развития родовой деятельности у 95,0% рожениц. Нами установлено, что начало родовозбуждения утеротониками через 10-12 часов после ПИОВ не приводит к развитию перинатального поражения ЦНС у детей.

На *втором (проспективном) этапе* работы мы провели сравнительную оценку различных методов подготовки шейки матки при доношенной беременности и ПИОВ.

Состояние шейки матки у пациенток всех трех групп характеризовалось как незрелая или недостаточно зрелая, оценка зрелости составила: $1,5 \pm 0,7$ балла, $1,4 \pm 0,9$ и $1,5 \pm 0,7$ баллов в I, II и III группах соответственно.

Анализируя течение родов, мы выявили, что применение мифепристона привело к созреванию шейки матки у 89,6% пациенток I группы, катетера Фолея – у 89,8% II группы. Спонтанная родовая деятельность в течение 12 часов после ПИОВ развилась у 48 (71,6%), у 66 (67,3%) и у 38 (55,1%) рожениц I, II и III групп соответственно. При этом время начала спонтанных схваток после ПИОВ в обследуемых группах в среднем составило соответственно: $7\text{ч } 33\text{мин} \pm 45\text{мин}$, $9\text{ч } 08\text{мин} \pm 35\text{мин}$ и $10\text{ч } 30\text{мин} \pm 50\text{мин}$ ($p < 0,05$).

Проспективное исследование течения своевременных родов, осложненных ПИОВ, при различных методах подготовки шейки матки позволило установить, что у большинства пациенток трех групп роды произошли через естественные родовые пути. В I группе при приеме мифепристона и во II группе при использовании катетера Фолея частота самопроизвольных родов составила 83,6% (56) и 82,7% (81) соответственно, путем операции кесарева сечения были родоразрешены 16,4% (11) и 17,3% (17) пациенток. В контрольной группе без подготовки шейки матки у 68,1% (49) пациенток роды произошли через естественные родовые пути, 31,9% (20) были родоразрешены путем операции кесарева сечения. Основным показанием для кесарева сечения в трех группах явилась упорная слабость родовой деятельности, неподдающаяся медикаментозной коррекции. Частота данного осложнения родов была значительно ниже в I и II группах (13,4% и 9,2%) на фоне предварительной подготовки шейки матки к родам ($p < 0,05$), по сравнению с контрольной группой (21,7%).

Подготовка шейки матки вне зависимости от метода, по нашим данным, способствовала уменьшению длительности периода введения окситоцина, как с целью родовозбуждения, так и с целью родоактивации. Общее время введения окситоцина при родовозбуждении у пациенток I и II групп составило $5\text{ч } 46\text{мин} \pm 30\text{мин}$ и $5\text{ч } 30\text{мин} \pm 51\text{мин}$; среднее время родоактивации окситоцином спонтанной родовой деятельности – $4\text{ч } 03\text{мин} \pm 32\text{мин}$ и $4\text{ч } 16\text{мин} \pm 34\text{мин}$ соответственно. В контрольной группе время родовозбуждения составило $7\text{ч } 52\text{мин} \pm 1\text{ч } 25\text{мин}$, время родоактивации – $6\text{ч } 30\text{мин} \pm 1\text{ч } 05\text{мин}$ ($p < 0,05$).

В нашем исследовании достоверных отличий в частоте гипертермии в родах, хориоамнионита и гнойно-септической заболеваемости в послеродовом периоде между группами выявлено не было ($p > 0,05$, частота этих осложнений не превышала общепопуляционные значения (4-6%) ((Серов В.Н., Сухих Г.Т., 2014).

Анализируя перинатальные исходы у пациенток с ПИОВ, которым применяли различные методы подготовки шейки матки, мы отметили, что большинство обследованных нами детей (207 – 88,5%) при рождении и в раннем неонатальном периоде были здоровыми, оценка по шкале Апгар составляла 8-9 баллов.

У 27 (11,6%) новорожденных были отмечены различные осложнения, которые в основном проявлялись в виде перинатальных поражений ЦНС и внутриутробных инфекций. В I группе (подготовка шейки матки мифепристоном) у 6 (9%) новорожденных были выявлены симптомы церебральной ишемии, во II группе (применение катетера Фолея) – у 10 (10,2%) детей, в III группе (без подготовки шейки матки) – у 7 (10,1%) новорожденных. Частота указанных заболеваний между группами не имела достоверных различий ($p > 0,05$). В I и II группах при подготовке шейки матки к родам у детей в основном отмечались симптомы перинатального поражения ЦНС, которые купировались в течение 3-5 суток на фоне симптоматической терапии. Все дети I и II групп были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Ни у одного ребенка в группах, где проводилась предварительная подготовка шейки матки, не было выявлено тяжелого поражения ЦНС, а также не произошло аспирации околоплодными водами.

В III группе, пациенткам которой не проводили подготовку шейки матки после ПИОВ, у детей отмечались в основном симптомы церебральной ишемии II степени (у 4 из 7), у 1 ребенка – III степени, у 2 детей – диагностирована аспирация околоплодными водами. Каждый второй ребенок (4 из 7) с неврологическими заболеваниями в III группе был переведен на II этап выхаживания, в связи с сохраняющимися клиническими проявлениями перинатального поражения ЦНС (3) и развитием аспирационной пневмонии (1).

Симптомы внутриутробной инфекции были диагностированы у 4 (1,7%) из 234 детей, рожденных у матерей с ПИОВ. Проявлениями внутриутробного инфицирования у новорожденных явились врожденный везикулопустулез (2), врожденный конъюнктивит (1), внутриутробная пневмония (1). Частота внутриутробного инфицирования между сравниваемыми группами достоверно не отличалась, и не превышала

общепопуляционные показатели, несмотря на длительность БВП более 12 часов. При бактериологическом исследовании содержимого родовых путей у 3 из 4 пациенток, дети которых имели признаки внутриутробного инфицирования, был высеян *Streptococcus agalactiae*.

На основании результатов проспективного этапа работы, мы пришли к заключению, что при доношенной беременности и ПИОВ на фоне незрелой или недостаточно зрелой шейки матки необходимо применение либо медикаментозных (мифепристона) либо механических (катетер Фолея) методов подготовки шейки матки.

Предварительная подготовка шейки матки вне зависимости от метода у данной категории пациенток снижала необходимость в проведении родовозбуждения окситоцином через 12 часов после ПИОВ, уменьшала частоту упорной слабости родовой деятельности и операций кесарева сечения в 1,5 раза, сокращала время введения утеротоников ($p < 0,05$), а также способствовала предотвращению развития тяжелых перинатальных поражений ЦНС у детей.

Подготовка шейки матки к родам путем интрацервикального введения катетера Фолея у пациенток с I-II степенью чистоты влагалищного содержимого, по данным нашей работы, не способствовала повышению частоты возникновения гнойно-септических осложнений во время родов и в послеродовом периоде. Применение мифепристона с целью подготовки шейки матки к родам при ПИОВ, будучи неинвазивным и альтернативным методом, возможно вне зависимости от биоценоза влагалища.

На *третьем (завершающем) этапе* нашей работы был проведен анализ развития 140 детей, рожденных у матерей с различной тактикой ведения родов при ПИОВ, в течение 1,5 лет жизни. Исследования состояния их здоровья показали, что у 48 (34,3%) из них в течение первых 1-3-х месяцев были диагностированы различные неврологические заболевания, которые проявлялись: гипоксически-ишемической поражением ЦНС (с ведущим синдромом двигательных нарушений) у 25 (17,9%); синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости у 7 (5,0%); синдромом вегетовисцеральной дисфункции у 7 (5,0%); синдромом внутричерепной гипертензии у 3 (2,1%); нарушением сна у 6 (4,3%); мышечной дистонией у 15 (10,7%). У 12 (8,6%) детей было выявлено сочетание вышеперечисленных синдромов.

Купирование неврологической симптоматики и преодоление отставаний у обследованных детей происходило в различные возрастные периоды. К 1,5 годам жизни из 48 детей, имеющих в анамнезе неврологическую симптоматику, их проявления сохранялись у 10 (20,8%) из

них. При этом задержка речевого развития была выявлена у 3 детей; минимальная мозговая дисфункция у 4 (задержка темпов моторного развития, задержка темпов психического развития, синдром гиперактивности с дефицитом внимания); инсомнии у 2; невротические реакции у 1.

Для выяснения возможных причин развития церебральной патологии обследованных нами детей, был проведен индивидуальный анализ течения родов у их матерей. Результаты нашей работы выявили, что тактика ведения своевременных родов, осложненных ПИОВ, опосредованно влияет на состояние здоровья и развитие детей в течение первых 1,5 лет их жизни (табл. 4).

Таблица 4.

Основные факторы риска развития неврологической патологии у детей в течение 1,5 лет жизни при ПИОВ у их матерей.

Фактор риска	ОШ	ДИ		p
		min	max	
Неподготовленность родовых путей	17,0930	4,9544	58,9726	<0,0001
Родовозбуждение утеротониками	4,8586	2,2572	10,4580	0,0001
Слабость родовой деятельности	6,7302	2,3184	19,5384	0,0005
Время введения утеротоников более 6 часов	7,1728	2,9353	17,528	<0,0001
Церебральная ишемия при рождении	37,6538	8,3010	170,8009	<0,0001

Примечание: ОШ - отношение шансов, ДИ - доверительный интервал, достоверными ($p < 0,05$) признаются значения, когда нижняя граница доверительного интервала больше 1.

В ходе сопоставления состояния родившихся детей и особенностей их дальнейшего развития с тактикой ведения своевременных родов при ПИОВ, мы выделили факторы, влияющие на перинатальные исходы и состояние здоровья детей в течение первых 1,5 лет жизни. На основании полученных результатов был разработан алгоритм ведения своевременных, осложненных ПИОВ (рис. 2).

**АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ СВОЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ,
ОСЛОЖНЕННЫХ ПИОВ.**

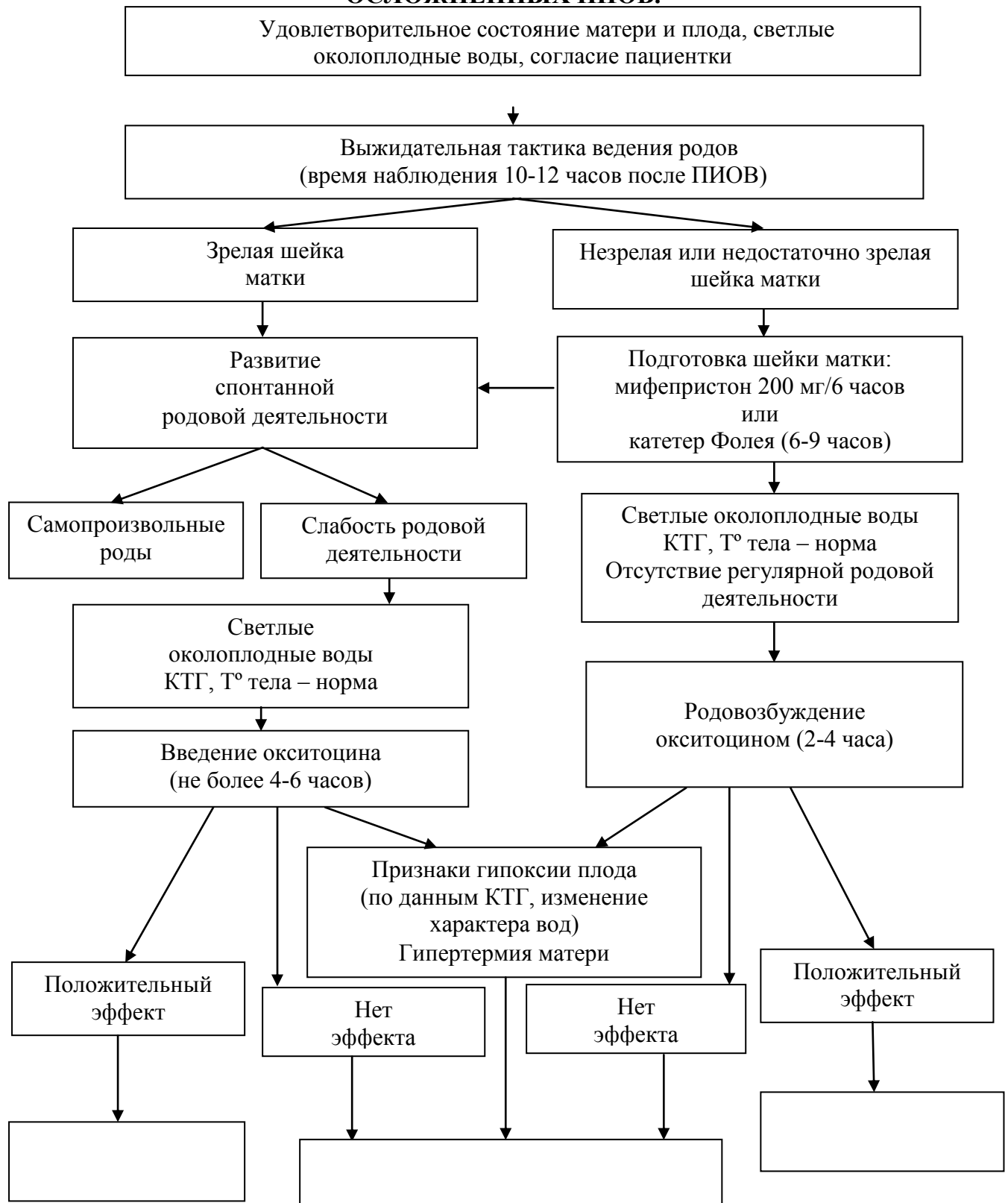


Рис. 2. Алгоритм ведения своевременных родов, осложненных ПИОВ.

ВЫВОДЫ.

1. Методом выбора ведения своевременных родов, осложненных ПИОВ, является выжидательная тактика, при которой частота операций кесарева сечения снижается в 4 раза по сравнению с активной тактикой.
2. Оптимальным временем от ПИОВ до начала активных действий акушера следует считать 10-12 часов. В этот период у 95,0% пациенток развивается спонтанная родовая деятельность.
3. Исход своевременных родов, осложненных ПИОВ, определяет зрелость шейки матки. Введение утеротоников при незрелой шейке матки приводит к увеличению слабости родовой деятельности, увеличению частоты кесарева сечения, ухудшает перинатальные исходы.
4. Для подготовки шейки матки после ПИОВ целесообразно использовать мифепристон и катетер Фолея, применение которых приводит к созреванию шейки матки у 89,6% и 89,8% рожениц соответственно.
5. К статистически достоверным факторам риска развития церебральных поражений у доношенных детей относятся: неподготовленность родовых путей, время начала родовозбуждения после ПИОВ (до 6 часов и более 12 часов после ПИОВ), продолжительность введения утеротоников, гипертермия у матери в родах, слабость родовой деятельности.
6. Балльная оценка риска интранатальных факторов при ПИОВ и доношенной беременности позволяет прогнозировать развитие церебрального поражения ЦНС у детей.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. У пациенток с доношенной беременностью необходимо в течение 10-12 часов после ПИОВ ожидать спонтанного развития регулярной родовой деятельности в условиях родильного отделения.
2. Пациенткам с незрелой или недостаточно зрелой шейкой матки при I, II степени чистоты влагалищного мазка целесообразно проводить подготовку шейки матки катетером Фолея в течение 12 часов после ПИОВ.
3. При нарушении биоценоза влагалища, продолжительности БВП более 10 часов или при наличии других факторов повышенного риска инфицирования оптимальным методом подготовки шейки матки является использование мифепристона.
4. Родовозбуждение утеротониками при незрелой шейке матки недопустимо.
5. У пациенток с доношенной беременностью, ПИОВ и слабостью родовой деятельности проводить активацию окситоцином не более 6 часов. Отсутствие эффекта является показанием к кесареву сечению.

6. При появлении гипертермии у пациенток с доношенной беременностью и ПИОВ, признаках страдания плода необходимо расширять показания к кесареву сечению.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ.

1. Караганова Е.Я., Карабанович Я.В. Тактика ведения своевременных родов при преждевременном излитии околоплодных вод // **Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии.** – 2007. – Т.6, № 6. – С. 62-69.
2. Караганова Е.Я., Карабанович Я.В., Палей О.С. Ведение своевременных родов у женщин с повышенным риском инфицирования – преждевременным излитием околоплодных вод // **Материалы I Международного Семинара «Инфекция в акушерстве и перинатологии».** – 2007. – С. 65-66.
3. Карабанович Я.В., Грабовский В.М. Аспекты своевременных родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод // **Вестник РГМУ.** – 2007. – №2(55). – С. 159.
4. Караганова Е.Я., Карабанович Я.В., Грабовский В.М. Современные аспекты ведения родов при доношенной беременности и преждевременном излитии околоплодных вод // **Материалы IX Всероссийского научного форума «Мать и дитя».** – 2007. – С. 104-105.
5. Савельева Г.М., Караганова Е.Я., Карабанович Я.В., Грабовский В.М., Третьякова М.В. Преждевременное излитие околоплодных вод при доношенной беременности. Принципы ведения родов // **Акушерство и гинекология.** – 2009. – №4. – С. 6-11.
6. Karaganova E., Tretyakova M., Karabanovich Y. Effectiveness of cervical ripening with a Foley catheter in women with premature rupture of membranes // **XXII European Congress of Perinatal Medicine – Granada, Spain, – May 2010.** – P. 247.
7. Савельева Г.М., Караганова Е.Я., Карабанович Я.В., Грабовский В.М., Третьякова М.В. Применение катетера Фолея у пациенток с преждевременным излитием околоплодных вод // **Материалы V Ежегодного Конгресса специалистов перинатальной медицины «Современная перинатология: организация, технологии и качество».** – 2010. – С. 70.
8. Карабанович Я.В., Третьякова М.В. Тактика ведения своевременных родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод при незрелой шейке матки // **Вестник РГМУ. Специальный выпуск.** – 2011. – №2. – С. 10-13.
9. Karaganova E., Karabanovich Y. Risk factors for perinatal morbidity after the labour complicated with premature rupture of membranes at term // **XI World**

Congress of Perinatal Medicine // Journal of Perinatal Medicine. – 2013. – Vol. 41. – P. 756.

10. Караганова Е.Я., Карабанович Я.В. Сравнительная оценка различных методов ведения родов при преждевременном излитии околоплодных вод // **Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии.** – 2015. – Т. 14, № 1. – С. 24-30.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Карабанович Янина Владимировна
(Россия)

Исследование посвящено улучшению перинатальных исходов при доношенной беременности, осложненной преждевременным излитием околоплодных вод. Доказана эффективность выжидательной тактики ведения своевременных родов при преждевременном излитии околоплодных вод. Исход своевременных родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод, определяет зрелость шейки матки. Подготовка шейки матки (назначение мифепристона или интрацервикальное введение катетера Фолея) при преждевременном излитии околоплодных вод и доношенной беременности снижает частоту родовозбуждения окситоцином, уменьшает частоту слабости родовой деятельности и операций кесарева сечения, уменьшает перинатальную заболеваемость. С позиции улучшения перинатальных исходов разработан алгоритм ведения своевременных родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод.

PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AT TERM. PERINATAL OUTCOMES

Karabanovich Yanina Vladimirovna
(Russia)

The research is devoted to improvement of perinatal outcomes of term pregnancies complicated with premature rupture of membranes. It reveals the effectiveness of expectant management with premature rupture of membranes at term. The outcome of labor in women with term premature rupture of membranes depends on the degree of cervical ripening. The methods of cervical ripening (admissions of oral mifepristone or transcervical use of Foley catheter) in women with term premature rupture of membranes reduce frequency of labor induction, dystocia of labor and cesarean section, lead to reduction of perinatal morbidity. Proposed algorithm of labor management in cases of premature rupture of membranes at term can improve perinatal outcomes.