

**Э.В. Ходасевич, В.Ю. Бригадирова, Е.А. Бутырина,
А.С. Васильева, А.О. Новикова**

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ВЫСОКИМ ВСКРЫТИЕМ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ

ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, каф. акушерства и гинекологии №1

Резюме. Одно из серьезнейших патологических состояний беременности – преждевременный разрыв плодных оболочек. Проведен анализ течения беременности и ее исходов у пациенток с преждевременным разрывом плодных оболочек, произошедшим в сроках беременности 18-22 недель. Акцентировано внимание на исследовании гинекологического и соматического анамнеза, данных ультразвукового исследования плода и лабораторных методов исследования, а также данных гистологического исследования плода и плаценты, соскоба из полости матки.

Ключевые слова: невынашивание беременности, плодный пузырь, хромосомные нарушения, бесплодие, децидуит.

Актуальность. Проблема невынашивания беременности – одна из основных проблем современного акушерства [4, 5, 8, 9]. В настоящее время частота невынашивания беременности наблюдается в пределах от 10 до 25%; в I триместре она может достигать 50%, во II триместре – 20%, в III триместре – 30%. Причины невынашивания беременности многочисленны и разнообразны: патологические состояния организма женщины, иммунологические факторы, генные и хромосомные нарушения, средовые факторы [1, 2, 3, 7]. Преждевременный разрыв плодного пузыря особенно опасен на ранних сроках беременности. Чаще всего причинами данной патологии могут стать истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) и различные инфекции половых путей.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной цели было проанализировано 20 историй болезней пациенток с преждевременным разрывом плодных оболочек, произошедшим в сроках беременности 18-22 недель, которые находились на лечении в отделении патологии беременности №2 Воронежского Областного Перинатального Центра за 2016 – 2017 год. Основное внимание в работе уделялось изучению гинекологического анамнеза, соматического анамнеза, данных УЗИ и лабораторных методов исследования, а также данных гистологического исследования плаценты, плода, соскоба из полости матки.

Средний возраст беременных составил $27,8 \pm 5,3$ лет. Пациентки в возрасте 18-20 лет составляли 20%, 50% в возрасте 21-30 лет, свыше 30 лет – 30%.

Средний возраст наступления менархе в исследуемой группе $12,9 \pm 4,3$ года, из них раннее менархе (до 12 лет) - у 1 (5%), позднее менархе (после 14 лет) - у 4 (20%). Среднее начало половой жизни с $17,3 \pm 1,8$ лет. Из общего числа обследуемых 10 (50%) были первородящими. У 10% из них была многоплодная беременность. Аборты в анамнезе имели 40%, выкидыши у 4 (20%). Роды в анамнезе были у 8 (40%) пациенток, которые осложнились: преждевременным развитием родовой деятельности в 2 (10%) случаях, гипоксией плода в 3 (15%), травмами мягких тканей родовых путей

у 12 (60%), послеродовыми кровотечениями - у 3 (15%) в связи со снижением тонуса и недостаточной сократительной активности матки, нарушением отделения последа.

При обследовании заболевания, передающиеся половым путём (ЗППП), были обнаружены инфекции полового тракта у 11 (55%) при этом: хламидии выявлен у 5 (25%), микоплазмы у 3 (15%), вирус простого герпеса у 10 (50%), цитомегаловирус у 5 (25%) пациенток.

До настоящей беременности у 10 (50%) в анамнезе диагностирован эндометриоз, эндометрит перенесли 8 (40%), у 2 (10%) обследуемых - миома матки.

Нарушение менструальной функции в анамнезе имели 11 (55%) пациенток: аменорея у 3 (15%), гиперменорея у 1 пациентки (5% случаев), гипоменструальный синдром имел место у 6 (30% случаев), полименорея- у 1 (5%).

Бесплодие, в течение 2 лет, было в анамнезе у 1 пациентки (5%), внематочные беременности у 3 (15%). Операции на гениталиях производились всем обследуемым: кесарево сечение - 9 (45%), тубэктомия- 1 (5%), сальпингоовариолизис- 2 (10%), миомэктомия- 2 (10%), цистэктомия- 6 (30%) пациенток.

Соматический анамнез у 3 (15%) обследуемых был отягощен наличием хронических воспалительных заболеваний. Сердечно-сосудистая патология диагностирована у 8 (40%), бронхолёгочная - у 5 (25%), анемия различной степени была в анамнезе у 16 пациенток (80 %), вирусный гепатит В у 1 (5%), сахарный диабет у 1 (5%).

Полученные результаты и их обсуждение. У всех обследуемых, преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) был произошёл в сроке до 22 недель беременности. Средний срок ПРПО – 19,1 недели.

По данным влагалищного исследования, псевдоэрозия шейки матки диагностирована у 6 (30%) пациенток, признаки эндоцервицита отмечались у 5 (25%) пациенток. Пролабирование плодного пузыря, при визуальной оценке шейки матки, установлены у 8 (40%) беременных.

При анализе мазков из влагалища, пациентки с I степенью влагалищной чистоты составляли 20% случаев, II степенью – 25%, III степенью – 25%, IV степенью – 30% случаев. Таким образом, с III-IV степенью чистоты влагалища было более половины всех обследуемых беременных – 11 (55%) случаев.

Наличие патогенной микрофлоры выявлено у 10 (50%) пациенток, в том числе: гонококк Нейсера у 2 (10%), хламидии у 5 (25%), кандиды у 10 (50%) беременных.

У 2 (10%) пациенток возбудители ЗППП были выявлены впервые (гонококк Нейсера), у остальных течение инфекции было хроническим.

УЗИ было выполнено всем пациенткам при поступлении в стационар. Анализировали: фактический срок беременности и соответствие его данным

фетометрии; состояние плаценты и её расположение, а также характеристику околоплодных вод, наличие истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН).

У всех пациенток данные фетометрии соответствовали срокам гестации. Низко расположенная плацента наблюдалась в 9 случаях (45%), гипертрофия плаценты - в 5 (25%). Преимущественная локализация плаценты – по задней стенке матки в 13 случаях (65%). У 9 беременных наблюдали ангидрамнион, у 6 (30%) – маловодие. ИЦН, по данным УЗИ, отмечалась в 6 случаях (30%): средняя длина шейки матки на сроках беременности до 22 недель – $2,1 \pm 1,2$ см, расширение внутреннего зева – $6 \pm 1,9$ мм.

Лабораторные данные пациенток анализировали при поступлении в стационар, перед и после выкидыша (табл. 1).

Таблица 1.

Динамика лабораторных показателей обследованных пациенток

Показатели	Сроки наблюдения					
	При поступлении		Перед выкидышем		После выкидыша	
Общий анализ крови						
Лейкоцитоз (выше $10 \cdot 10^9$)	12	(60%)	9	(45%)	10	(50%)
Анемия (ГНб ниже 110 г/л)	16	(80%)	6	(30%)	16	(80%)
Тромбоцитопения (ниже 100)	4	(20%)	1	(5%)	2	(10%)
Биохимический анализ крови						
Повышение трансаминаз	7	(35%)	4	(20%)	4	(20%)
Гипопротеинемия	2	(10%)	2	(10%)	3	(15%)
Повышение билирубина	3	(15%)	2	(10%)	2	(10%)
Повышение глюкозы	4	(20%)	1	(5%)	5	(25%)
Повышение креатинина	2	(10%)	1	(5%)	5	(5%)
Повышение мочевины	3	(10%)	1	(5%)	2	(10%)
Общий анализ мочи						
Лейкоцитурия	12	(60%)	4	(20%)	9	(45%)
Гематурия	6	(30%)	1	(5%)	11	(55%)

Из анализа данных о пребывании беременных в стационаре, средний срок наблюдения до выкидыша – $3,7 \pm 2,4$ дней. Несмотря на сохраняющие мероприятия, спонтанный выкидыш произошёл у 6 (30%) беременных.

Показаниями к индуцированному выкидышу у остальных 14 (70%) беременных являлись признаки хориоамнионита: повышение температуры тела у 8 (40%) пациенток, гнойвидные бели у 9 (45%), повышение СОЭ у 6 (30%) обследуемых, нарастание лейкоцитоза у 10 (50%) беременных. Для индуцированного выкидыша использовались Мифепристон в 5 случаях; Мизопропрост также у 5; Окситоцин - у 10 пациенток. Довскрытие и разведение плодных оболочек произведено у всех обследуемых.

По данным гистологического исследования плаценты: незрелая плацента отмечалась во всех случаях, острые циркуляторные расстройства по геморрагическому типу так же были найдены у 100%, очаговый диффузный париетальный децидуит – у 90%, хориоамнионит – у 50%, субхориональный интервиллузит – у 80%, диффузный гнойный мембранит – у 30%, сосудистый фуникулит – у 30%, очаговый продуктивный виллузит – у 20%.

По данным гистологического исследования плода, патология выявлена у 30%: левосторонняя внутренняя косолапость – в 10% случаях, двусторонняя внутренняя косолапость – в 5%, врожденный гепатит – в 5%, геморрагические подкожные кровоизлияния – в 5%.

При гистологическом исследовании соскобов из полости матки, у всех пациенток установлен децидуит.

Выводы.

1. ПРПО в сроке беременности до 22 недель является причиной спонтанных и индуцированных выкидышей у всех пациенток.

2. Наиболее значимые причины ПРПО – это истмико-цервикальная недостаточность, инфекции полового тракта, сопутствующие осложнения беременности.

3. Факторами риска ПРПО можно считать травмы шейки матки в предыдущих родах, оперативные вмешательства на гениталиях (кесарево сечение у 45%), доброкачественные опухолевые заболевания матки, нарушения менструального цикла, отягощенный акушерский анамнез.

Литература

1. Бауэр Я.В., Панибратова О.С. Состояние здоровья детей, рожденных путем кесарева сечения // Медицина в Кузбассе. 2005. № S2. С. 16-17.
2. Коротких И.Н., Королева Т.В. Методология и алгоритмизация рациональных реабилитационных мероприятий при коррекции женского бесплодия / Коротких И.Н., Королева Т.В. // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2009. Т. 8. № 4. – С. 905-909.
3. Результаты оперативной активности в современном акушерстве / Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н., Чечнева М.А., Ахледиани К.Н. // Журнал акушерства и женских болезней. 2015. Т. 64. № 2. С. 53-58.
4. Общие принципы ведения родов / Подтетенев А.Д., Братчикова Т.В. // Российский медицинский журнал. 2006. № 3. С. 42-46.
5. Клинический протокол. Преждевременные роды. ФГУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития РФ / Сухих Г.Т., Вартапетова Н.В., Ходжаева З.С., Шифман Е.М. и соавт. Институт Здоровья Семьи. 2010.
6. González R. Пренатальное назначение прогестерона для предупреждения преждевременных родов среди женщин, угрожаемых по преждевременным родам. Комментарий БРЗ (последняя редакция: 1 декабря 2009 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
7. Qureshi Z. Постельный режим для предупреждения преждевременных родов при одноплодной беременности: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 31 августа 2007 года). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
8. Jackson RA, Gibson KA, Wu YW, Croughan MS. Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: a meta-analysis. *ObstetGynecol* 2004; 103: 551–63
9. Melamed N. et al. Fetal gender and pregnancy outcome. // *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* – 2010. – Vol. 23, N 4. – P. 338-344.

Abstract.

E.V. Khodasevich, V. Yu. Brigadirova, E.A. Butirina, A.S. Vasilieva, A.O. Novikova
THE ANALYSIS OF THE COURSE OF PREGNANCY AND OUTCOME OF LABOR IN
PATIENTS WITH A HIGH OPENING MEMBRANES

Voronezh State Medical University, Dep. of obstetrics and gynecology №1

The article discusses one of the main factors, which belongs to pathological States during pregnancy premature rupture of membranes. The analysis of the course of pregnancy and outcome of labor in patients with premature rupture of membranes occurred in pregnancy 18-22 weeks. The attention is focused on the study of the gynecologic anamnesis, somatic anamnesis, the data of ultrasound examination of the fetus, and laboratory studies before and after delivery, and the data of histological examination of the placenta, the fetus, and the scrapings from the uterine cavity.

Key words: miscarriage, fetal bladder, chromosomal abnormalities, infertility, decidua.

References.

1. Bauer Ja. W., Panibratova O. S.//the State of health of the children born by Cesarean section//Medicine in Kuzbass. 2005. No. S2. Page 16-17.
2. Short I.N., the Queen T. V. Metodologiya and algorithmization of rational rehabilitational actions at correction of female sterility / Short I.N., Korolev T. V.//The systemic analysis and management in biomedical systems. 2009. T. 8. No. 4. Page 905-909.
3. Krasnopolsky V. I., Logutova L. S., Buyanov S. N., Chechnev M. A., Akhlediani K. N.//Results of operational activity in modern obstetrics//the Magazine of obstetrics and female diseases. 2015. T. 64. No. 2. Page 53-58.
4. Podtetenev A. D., Bratchikova T. V.//General principles of maintaining labors//Russian medical magazine. 2006. No. 3. Page 42-46.
5. Dry G. T., Vartapetov N. V., Hodzhayev Z. S., Shiffman E. M. and соавт.//Clinical protocol. Premature births. NTs AGIP im. V. I. Kulakova Federal State Institution Ministry of Health and Social Development Russian Federation / Institute of Health of the Family. 2010.
6. González R. Prenatal purpose of Progesteronum for the prevention of premature births among the women threatened on premature births the Comment of BRZ (the last edition: On December 1, 2009). Library of genesial health of WHO; Geneva: World Health Organization.
7. Qureshi Z. A bed rest for the prevention of premature births at one-fetal pregnancy: Comment of BRZ (last edition: On August 31, 2007). Library of genesial health of WHO; Geneva: World Health Organization.
8. Jackson RA, Gibson KA, Wu YW, Croughan MS. Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: meta_analysis. *ObstetGynecol* 2004; 103: 551–63
9. Melamed N. et al. Fetal gender and pregnancy outcome.//*J. Matern. Fetal.Neonatal.Med.* –2010. – Vol. 23, N 4. – P. 338-344.

Сведения об авторах: Ходасевич Эллина Валерьевна – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко; Бригадирова Валерия Юрьевна – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко; Бутырина Елена Анатольевна – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко; Васильева Анастасия Сергеевна, клинический интерн кафедры акушерства и гинекологии №2 Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко; Алина Олеговна Новикова – студентка 5 курса лечебного факультета Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко.