

УДК [618.2 – 055.2:618.414.8] – 035.2 – 06 – 07(045)

**ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ИЗЛИТИЯ
ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ****Глухова Т.Н., Салов И.А., Аржаева И.А.***ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России»,
Саратов, e-mail: Inga_arzhaeva@mail.ru*

Изучены факторы риска преждевременного излития околоплодных вод у первобеременных. Проведен ретроспективный сравнительный анализ историй родов у первобеременных при преждевременном (ПИОВ) и своевременном излитии околоплодных вод (СИОВ).

Ключевые слова: преждевременное излитие околоплодных вод, первобеременные**RISK FACTORS DISCHARGE OF AMNIOTIC FLUID AT PRIMIGRAVIDA****Glukhova T.N., Salov I.A., Arzhaeva I.A.***Saratov State Medical University of V.I. Razumovskii, Saratov, e-mail: Inga_arzhaeva@mail.ru*

Risk factors premature discharge of amniotic fluid at primigravida are studied. The retrospective comparative analysis of stories of sorts at primigravida is carried out at premature and timely discharge of amniotic fluid.

Keywords: premature discharge of amniotic fluid, primigravida

В снижении материнской и перинатальной заболеваемости и смертности большое значение имеет интранатальный период, осложнения которого могут приводить к серьезным последствиям как для матери, так и для ребенка [1, 4, 5]. В этом направлении преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) представляет собой сложную акушерскую проблему, неослабевающий интерес к которой определяется повышением частоты данного осложнения родового акта в последнее десятилетие. По данным Бабкина П.С. (1996), частота разрыва плодного пузыря до начала родовой деятельности за последние десятилетия увеличилась в 1,5–2 раза. Кроме того, среди всех осложнений родов у первобеременных ведущее место занимают ПИОВ (18,5–48,3%), что часто сочетается с аномалиями родовой деятельности (24,3%), травмами родовых путей (32,6%) [1, 2, 5].

Цель работы – изучить факторы риска преждевременного излития околоплодных вод (ПИОВ) у первобеременных.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный сравнительный анализ факторов риска преждевременного излития околоплодных вод у 888 первобеременных, роды которых осложнились ПИОВ (1-я группа – основная) и у 1099 пациенток со СИОВ (2-я группа – контроля) со сроками гестации 38–40 недель. Обработка полученных результатов произведена методами статистического анализа и прогнозирования.

**Результаты исследования
и их обсуждение**

Средний возраст в основной группе составил $27,87 \pm 0,19$ годам, в контрольной – $25,23 \pm 0,10$ годам. При анализе со-

циально-демографических факторов нами установлено, что каждая вторая женщина в группе с ПИОВ была в возрасте от 30 года до 40 лет (52,32%), что достоверно чаще, чем в группе с излитием околоплодных вод на фоне родовой деятельности (29,08%) ($p < 0,01$). Частота первобеременных до 18 лет в основной и контрольной группах составила – 11,04 и 7,9%. По нашим данным, возраст матери до 18 лет на уровне среднего специального и ниже, в группе срочных родов с ПИОВ в 1,5 раза больше (67,28%), чем в группе срочных родов с излитием околоплодных вод на фоне родовой деятельности (45,0%), различия существенны. При анализе определенных видов производственной деятельности, связанных с хроническим переутомлением, истощением функции коры надпочечников, вредными химическими факторами (врачи, педагоги, операторы, диспетчеры, маляры и другие) достоверно чаще роды осложнялись ПИОВ. Из числа рабочих и служащих профессиональные вредности имели 73 (8,22%) женщины в основной и 74 (6,7%) – в контрольной группе. У женщин основной группы была достоверно больше масса тела $69,3 \pm 0,023$ кг, чем у пациенток контрольной группы – $64,92 \pm 0,021$ кг, а рост несколько ниже – $157,12 \pm 0,19$ см (против $162,01 \pm 0,023$ см). Масса тела пациенток основной группы колебалась от 59 до 112 кг, преобладало число обследованных с избыточной массой тела. Массово-ростовой индекс Брея в основной группе составил $28,17 \pm 0,10$, в группе контроля он был равен $24,77 \pm 0,19$ ($p < 0,001$). Полученные результаты дают основания полагать, что среди первобеременных с ПИОВ достоверно

чаще встречаются пациентки с нарушением обмена веществ. В группе срочных родов с разрывом плодного пузыря до начала родовой деятельности в 2 раза больше женщин (61,27%), имевших отягощенный гинекологический анамнез, чем в группе срочных родов с излитием околоплодных вод на фоне родовой деятельности (32,50%) ($p < 0,05$). На первом месте по частоте встречаемости во всех группах регистрировались воспалительные заболевания органов малого таза, причем в группе срочных родов с ПИОВ каждая вторая пациентка (51,16%) указывала на перенесенный воспалительный процесс органов малого таза, что существенно чаще, чем в группе срочных родов с излитием вод на фоне родовой деятельности (27,50%). Кроме того, в группе пациенток с ПИОВ значительно выше частота бесплодия (4%), дисфункции яичников (20%), фибромиомы матки (4,5%), пороков развития женских половых органов (2%), чем в контрольной группе соответственно – 2,4; 8,5; 1,2; 1,2%. Таким образом, ПИОВ достоверно чаще возникает у женщин, имеющих отягощенный гинекологический анамнез, в котором наиболее важны такие факторы, как бесплодие, аномалии развития гениталий, структурная неполноценность миометрия (фибромиома матки, воспалительные заболевания органов малого таза).

Интересные данные получены при анализе заболеваний верхних дыхательных путей. В группе с дородовым излитием околоплодных вод практически каждая вторая беременная страдала хроническим тонзиллитом (562–63,33%), что достоверно чаще, чем в группах с излитием околоплодных вод на фоне родовой деятельности (367–36,67%). Однако среди пациенток с излитием околоплодных вод на фоне родовой деятельности значимо чаще регистрировались указания на перенесенное острое респираторное заболевание в анамнезе (62,50%), чем в группах с дородовым излитием околоплодных вод (37,50%) ($p < 0,001$). Анализ перенесенных заболеваний выявил высокую частоту детских инфекций у беременных основной группы 40,69%, чем в контрольной (18,36%). При этом необходимо отметить повышенную заболеваемость в критические (7–9 и 10–15 лет) периоды становления центральных механизмов регуляции генеративной функции – формирование функциональных связей гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси. В пре- и пубертантном периодах 266 (29,95%) пациенток основной группы перенесли хронический тонзиллит и различные оперативные вмешательства (аппендэктомия, тонзилэктомия, аденоидэктомия и т.д.).

Известно, что экстрагенитальные заболевания и беременность не являются простым сочетанием двух состояний организма женщины: как беременность может вызывать клиническое проявление, так и экстрагенитальные заболевания могут оказывать отрицательное влияние на течение беременности, родов и внутриутробное состояние плода и новорожденного [1, 2, 3]. Экстрагенитальные заболевания отмечены у 523 (58,89%) пациенток основной группы и 285 (26,93%) пациенток контрольной ($p < 0,01$). Существенную роль в возрастании риска возникновения осложненного течения родового акта играют заболевания, сопровождающиеся снижением функциональной активности симпатико-адреналовой системы, нарушением равновесия вегетативной нервной системы [3, 5]. В основной группе достоверно чаще регистрировалась вегето-сосудистая дистония по гипо- и гипертоническому типу (17,7% против 13,9%). Врожденные и приобретенные пороки сердца отмечены у 26 (2,97%) пациенток основной группы. Неспецифические хронические заболевания легких (прежде всего бронхиальная астма и бронхит) выявлены у 15 (1,7%) пациенток основной группы. Частота заболеваний органов дыхания в контрольной группе существенно не отличалась от таковой в основной группе (1,6%). Среди экстрагенитальных заболеваний в основной группе заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, холецистит и другие) выявлены с одинаковой частотой, что и у пациенток контрольной группы – 13,57 и 12,57% соответственно. Различные заболевания почек отмечены у 54 (6,06%) женщин основной группы и у 48 (4,8%) женщин контрольной группы. Обращает на себя внимание тот факт, что хронический пиелонефрит в анамнезе протекал без обострения в гестационном периоде. Частота нейроэндокринных заболеваний (сахарный диабет, ожирение и другие) существенно различалась и составила соответственно – 7,82% (69) и 4,95% (49). Существенную роль в возрастании риска возникновения ПИОВ у первобеременных, по данным ретроспективного анализа, играют заболевания, сопровождающиеся изменениями гемодинамики и микроциркуляции. В основной группе достоверно чаще (в 2,3 раза) регистрировалась варикозная болезнь вен нижних конечностей (3,99% против 1,72%). Частота заболеваний органа зрения в контрольной группе существенно не отличалась от таковой в основной группе.

Каждая третья пациентка (500–56,36%) в группе срочных родов с разрывом плодного пузыря до начала родовой деятельно-

сти имела осложненное течение настоящей беременности, что достоверно чаще, чем в группе срочных родов с излитием вод на фоне родовой деятельности (152–15,0%) ($p < 0,01$). Наиболее частыми осложнениями, предшествующими ПИОВ, были хроническая плацентарная недостаточность (хроническая внутриутробная гипоксия плода) и задержка внутриутробного развития плода), встретившаяся у 320 (36%), анемия различной степени выраженности у 133 (14,97%), угроза прерывания у 132 (14,86%), поздний гестоз у 111 (12,5%), токсикоз первой половины беременности у 26 (2,92%). Обращает на себя внимание тот факт, что рецидивирующая угроза невынашивания беременности выявлена у 51 (5,7%) женщин основной группы. Это осложнение беременности может быть и причиной нарушения функции плаценты и следствием нарушения функционального состояния фето-плацентарной системы [1, 2, 3]. У 113 (12,79%) женщин, срочные роды у которых осложнились ПИОВ, во время беременности отмечали клинические проявления ОРВИ и Herpesz. Labialis. Аналогичные заболевания в группе контроля в 1,7 раза ниже (7,65% – 77). Нами установлено, что тяжелые формы гестозов II половины беременности, а также их манифестирование регистрировались почти в 2 раза чаще в группе срочных родов с ПИОВ (6,28%), чем в группе срочных родов с излитием вод на фоне родовой деятельности (3,14%).

Заключение

Таким образом, большинство обследованных женщин перенесли заболевания при беременности, причем данных пациенток в группе со срочными родами, осложненными преждевременным излитием околоплодных вод, существенно больше (в 3,75 раза), чем в группе срочных родов с излитием вод на фоне родовой деятельности ($p < 0,001$). В структуре выявленных нами заболеваний преобладала хроническая плацентарная недостаточность, на втором месте по

частоте встречаемости в основной группе находилась анемия беременных различной степени выраженности, невынашивание беременности, на третьем – поздние гестозы в средней и тяжелой формах, ОРВИ. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что существенное влияние на возникновение ПИОВ оказывают осложнения и заболевания, перенесенные женщиной при беременности (хроническая плацентарная недостаточность, анемия беременных различной степени выраженности, невынашивание беременности, поздние гестозы, ОРВИ), которые могут явиться одним из этиологических факторов ПИОВ. Следовательно, усовершенствование тактики ведения беременности у данной категории пациенток является крайне необходимым.

Список литературы

1. Албутова М.Л., Казамбаева Л.В. Особенности ведения беременности и родов у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод // *Мать и дитя: материалы 8-го Всероссийского научного форума*. – М., 2006. – С. 15–16.
2. Амирова Ж.С. К вопросу об исходах родов у женщин с рецидивирующей угрозой прерывания беременности // *Мать и дитя: материалы 8-го Всероссийского научного форума*. – М., 2006. – С. 18–19.
3. Козловская И.А. Влияние некоторых осложнений беременности на родовое излитие околоплодных вод // *Мать и дитя: материалы VII Российского форума*. – М., 2005. – С. 101–102.
4. Кошелева Н.Г., Зубжицкая Л.Б. Последствия ОРВИ, перенесенные женщиной при беременности // *Мать и дитя: материалы VI Российского форума*. – М., 2004. – С. 99–100.
5. Никонов А.П., Асатурова О.Р. Генитальный герпес и беременность // *Акуш. и гин.* – 1997. – №1. – С. 11–13.

Рецензенты:

Василенко Л.В., д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ФПК ППС Саратовского ГМУ имени Разумовского», г. Саратов;

Хрипунова Г.И., д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета Саратовский ГМУ имени В.И. Разумовского Росздрава, г. Саратов.

Работа поступила в редакцию 15.03.2011.