

- 2022;45(10):2057–2065. <https://doi.org/10.1007/s40618-021-01691-y>
8. Liu J, Wu Q, Hao Y, et al. Prevalence and predictors of insulin resistance and metabolic syndrome in women with polycystic ovary syndrome: A cross-sectional study. *Reprod Biol Endocrinol*. 2022;20(1):12. <https://doi.org/10.1186/s12958-022-00902-8>
9. Lim AJ, Huang Z, Teede HJ, et al. Lifestyle behaviors and metabolic outcomes in women with polycystic ovary syndrome: A global multicenter study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2023;108(2):456–466. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac543>
10. Johnson JA, Patel R, Wong L. Association between physical activity levels and insulin resistance in women with PCOS: A cross-sectional study. *Clin Endocrinol*. 2022;96(4):529–537. <https://doi.org/10.1111/cen.14722>
11. Lee YS, Tan SK, et al. Breakfast skipping and metabolic risk among young women: Implications for PCOS management. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2023;33(5):876–884. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2022.11.010>
12. Ahmed Z, Al-Mutairi F. Fast food consumption, refined carbs, and menstrual irregularity in urban women: Evidence from a Middle-Eastern cohort. *Eur J Nutr*. 2023;62(2):1041–1051. <https://doi.org/10.1007/s00394-022-03005-9>
13. Patel R, Chung F, Narayan S. Sleep duration and cardiometabolic outcomes in reproductive-aged women: A PCOS-focused sub-analysis. *Sleep Med*. 2022;91:324–332. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.02.005>
14. Martinez M, Gupta N. Central adiposity and adrenal androgen profile in PCOS: A regional cohort analysis. *Int J Endocrinol*. 2024;2024:245612. <https://doi.org/10.1155/2024/245612>
15. Mahalingaiah S, Souter I. Awareness and management gaps in PCOS: An international survey. *BMJ Open*. 2022;12(4):e056890. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056890>

УДК 618.3:617-001.5:616.12-008.331.1

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ДОРОДОВОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Толипова Х.Т., Шодиева Х.Т., Назарова Д.Э.
Ташкентский государственный медицинский университет

XULOSA

Kogonok pardalarining tug'ruqdan oldin yorilishi ona va homila uchun asoratlarga olib keladigan xavf omili bo'lib, tug'ruq va tug'ruqdan keying davrda asoratlarning ko'payishiga yordam beradi. Kogonok pardalarining tug'ruqdan oldin yorilishi bo'lgan ayollarda tug'ish natijalarini tahlili, akusherlik va perinatal asoratlarni kamaytirish uchun predgravidar tayyorgarlik ko'rish, somatic patologiyalarni, infektsiya o'choqlarini va jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklarini oldini olish va davolash zarurdir.

Kalit so'zlar: kogonok pardalarining tug'ruqdan oldin yorilishi, akusherlik va perinatal asoratlar.

Преждевременный и дородовой разрыв плодных оболочек остаются одними из наиболее значимых проблем в современной акушерской практике из-за высокой вероятности материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Под дородовым разрывом плодных оболочек (ДРПО) понимают их повреждение до начала родовой деятельности, если же разрыв происходит до 37-й недели гестации, используют термин «преждевременный разрыв». В большинстве случаев в доношенном сроке беременности оболочки разрываются после начала родов, однако их излитие до начала схваток и при отсутствии ро-

SUMMARY

Premature rupture of membranes is a significant factor that increases the likelihood of complications during both labor and the postpartum period, thereby raising the risk of adverse outcomes for the mother and the newborn. Analysis of clinical cases in patients with this condition emphasizes the need for comprehensive preconception preparation, timely prevention and correction of somatic diseases, sanitation of infectious foci, and treatment of inflammatory processes of the reproductive system in order to reduce the incidence of obstetric and perinatal complications.

Keywords: premature rupture of membranes, obstetric complications, perinatal outcomes.

довой деятельности в течение 24 часов значительно увеличивает риск осложнений. Тактика ведения пациенток с ДРПО после 37 недель может быть, как активной, так и выжидательной. При выжидательном подходе применяют кортикостероиды и антибиотики для минимизации неонатальных рисков. Понимание последних рекомендаций и подтверждающих их доказательств необходимо для врачей и пациентов для принятия обоснованных решений относительно своего ухода и оптимизации результатов для матери и плода.

Современная перинатология требует углублённого понимания патогенетических механизмов ДРПО, что определяет необходимость ранней диагностики, правильной дифференциальной тактики и профилактики осложнений, особенно в условиях ограниченных клинических ресурсов.

Патогенез ДРПО связан с деструктивными изменениями в плодных оболочках под воздействием инфекционно-воспалительных, механических и ишемических факторов. Наиболее значимую роль отводят восходящей бактериальной инфекции, способной вызвать хориоамнионит и преждевременные роды. Диагностика требует комплексного клинико-инструментального подхода: оценки анамнеза, физикального осмотра и ультразвукового исследования объёма околоплодных вод.

Тактика ведения зависит от гестационного возраста, клинических проявлений, признаков инфекции и зрелости плода. При доношенной беременности (≥ 37 недель) рекомендуется индукция родов в течение 12–24 часов для снижения риска инфекционных осложнений. При сроке 36+6 недель подход индивидуализирован: предпочтение отдаётся активной тактике с использованием антибиотикопрофилактики и стимуляции родов. Наличие хориоамнионита, тяжёлой гипоксии плода или выраженного отхождения вод требует немедленного родоразрешения, независимо от гестационного срока. Таким образом, ведение пациенток с ДРПО требует мультидисциплинарного подхода, включающего акушеров-гинекологов, неонатологов с обязательной оценкой риска/пользы для матери и плода.

Современные клинические протоколы, основанные на принципах доказательной медицины, подчеркивают важность индивидуального подхода, раннего начала терапии и постоянного мониторинга состояния беременной и плода.

ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ явилось изучение исхода родов у женщин с дородовым разрывом плодных оболочек.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено клиническое обследование и анализ течения беременности и родов у 21 женщины с диагнозом ДРПО. Использовалась специально разработанная анкета, включавшая данные о возрасте, паритете, соматическом и акушерско-гинекологическом анамнезе, особенностях текущей беременности и результатах родов. Полученные данные подвергнуты статистической обработке.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст участниц варьировал от 21 до 30 лет, в среднем – $27 \pm 1,2$ года. При изучении паритета первородящих было 47,6% (10), повторнородящих 52,3% (11).

В анамнезе у беременных с ДРПО самопроизвольные аборт встречались у 33,3% (7), неразвивающаяся беременность – у 23,8% (5). Среди соматических заболеваний лидировала железодефицитная

анемия – 47,6% (10), далее инфекции мочеполовой системы – 42,8% (9), патология щитовидной железы – 23,8% (5), ожирение – 4,8% (1). ОРВИ в первом триместре перенесли 33,3% (7) женщин, во втором – 23,8% (5), что требовало амбулаторного и стационарного лечения.

Среди гинекологических заболеваний в анамнезе пациентки неоднократно получали лечение по поводу воспалительных заболеваний гениталий, из них эрозии шейки матки 14,2% (3), хронический сальпингоофорит 28,5% (6), рецидивирующий кольпит 66,6% (14), бесплодие 4,7% (1).

Анализ исхода родов показал у 33,3% (7) беременных с ДРПО проведено оперативное родоразрешение путём кесарева сечения, тогда как у 66,7% (14) произошли самостоятельные роды. Основные показания для операции: рубец на матке – 4,8%, тазо-головная диспропорция – 9,5%, слабость родовой деятельности – 9,5%, хориоамнионит – 9,5%. Остальные 66,7% (14) женщин наблюдались в течение 24 часов, через 18 часов начата антибактериальная терапия по протоколу с целью подавления патогенной флоры, устранения очага инфекции и предотвращения распространения воспалительного процесса. При наблюдении у беременных с ДРПО 57,2% развилась спонтанная родовая деятельность, а у 42,8% из-за отсутствия родовой деятельности через 24 часа рекомендована индукция родов. По протоколу проведена оценка степени зрелости шейки матки по шкале Бишопа – 66,7% роженицам ведены вагинальные простагландины, 33,3% подключен окситоцин.

Анализ перинатальных исходов показал у женщин с ДРПО в удовлетворительном состоянии родились 71,4% (15), в состоянии средней степени тяжести 23,8% (5), в тяжелом состоянии 4,8% (1). Переведен на второй этап выхаживания 1 ребенок. Средняя масса новорожденных составила $3150,55 \pm 21,85$ г.

Послеродовый период осложнился атоническим кровотечением (14,2%), задержкой частей последа (9,5%) и эндометритом (9,5%).

ВЫВОДЫ

Таким образом, у женщин с ДРПО выявлена высокая частота хронических заболеваний, такие как анемия, воспалительные заболевания почек, заболевания щитовидной железы. А среди гинекологических заболеваний имели место рецидивирующие воспалительные заболевания гениталий. Высокая частота ОРВИ и рецидивирующего кольпита в период беременности, а также осложнения в родах (аномалии родовой деятельности, угрожающие состояния плода) способствуют увеличению числа оперативных родов и акушерских осложнений. Комплексная предгравидарная подготовка, лечение хронических заболеваний и санация инфекционных очагов необходимы для снижения риска неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беглов Д.Е., Артымук Н.В., Новикова О.Н., Марочко К.В., Парфенова Я.А. Факторы риска преждевременных родов // *Фундаментальная и клиническая медицина*. –2022. –№7(4). –С.8-17. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2022-7-4-8-17>
2. Доронина О.К. Индукция родов при доношенной беременности. Цервизил – вагинальная терапевтическая система с динопростомом // *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. – 2021. – Т. 9, № 2. – С. 46–51.
3. Каганова М. А., Спиридонова Н. В. Хориоамнионит, спорные вопросы терминологии и диагностики // *Практическая медицина*. –2022. –Т. 20. №3. –С. 20–27.
4. Кузьмин В. Н. Перинатальные исходы при преждевременном разрыве плодных оболочек // *Лечащий врач*. – 2018. – № 3. – С. 34-39.
5. Сейдуллаева Л.А., Есжанова А.А., Разумова Р.Р., Халмуратова К.Ж., Бакытжанова А.Ж. Исходы для матери и плода при дородовом разрыве плодных оболочек // *АМЖ*. –2020. –№4.
6. Akbarian Rad, Z., Yazdani, S., Galeshi, M., Eftekhari, N. “Maternal and Neonatal Outcomes in Cases of Premature Preterm Rupture of Membranes and the Effect of Latency Periods on Adverse Pregnancy Outcomes”. // *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research*. – 2021. - №7 (1). - P. 45-51. doi: 10.30699/jogcr.7.1.45
7. Dayal S, Jenkins SM, Hong PL. Preterm and Term Prelabor Rupture of Membranes. // *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*. – 2025. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532888>
8. Garg A, Jaiswal A. Evaluation and Management of Premature Rupture of Membranes: A Review Article. // *Cureus*. –2023. –№15(3). –e36615. doi: 10.7759/cureus.36615.
9. Gonzalez-Mesa E., Blasco-Alonso M., Benitez M. J. et al. Obstetric and Perinatal Outcomes after Very Early Preterm Premature Rupture of Membranes (PPROM) - A Retrospective Analysis over the Period 2000–2020 // *Medicina (Kaunas)*. –2021. –Vol. 57. –№ 5. – P. 469.
10. Meller C. H., Carducci M. E., CerianiCernadas J. M., Otaño L. Preterm premature rupture of membranes // *Arch Argent Pediatr*. –2018. –Vol. 116. –№ 4. – P. e575–e581.
11. Siegler Y, Weiner Z, Solt I. ACOG Practice Bulletin No. 217. Prelabor Rupture of Membranes. // *Obstet Gynecol*. –2020 Nov. –№136(5). –P.1061.
12. Stancu SMK, Ash LK, Smeding C, Alwan MA. Predictors of Caesarean Delivery in Preterm Premature Rupture of Membranes. // *Open Access Maced J Med Sci*. – 2019 Apr 14. –№7(7). – P. 1124-1128. doi: 10.3889/oamjms.2019.250.