

Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности — что делать?

П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, А.Н. Панасенко, П.С. Горук

¹Республиканский центр медицинской генетики и пренатальной диагностики, г. Кривой Рог

²Городская больница № 7, г. Кривой Рог

Представлены результаты научных исследований последнего десятилетия, касающиеся риска развития осложнений беременности и родов у пациенток с преждевременным излитием околоплодных вод при недоношенной беременности.

Обзор литературы показывает, что активная тактика ведения женщин при беременности, осложненной несвоевременным излитием околоплодных вод при недоношенной беременности целесообразна сразу, как только будет достигнут гестационный возраст, превышающий 34 нед. Пролонгирование беременности дольше этого срока связано с высоким риском восходящей инфекции, в то время как риск осложнения для плода, обусловленного недоношенностью, после 34 нед резко снижается.

Следовательно, своевременная диагностика нарушения целостности плодных оболочек и избранная тактика, при которой будет соблюден баланс между максимальной степенью морфофункциональной зрелости плода и минимальным риском развития восходящей инфекции, позволяет акушерам оптимизировать ближайшие и отдаленные исходы преждевременных родов для матери, плода и новорожденного.

Ключевые слова: излитие околоплодных вод, недоношенная беременность, преждевременные роды, тактика ведения беременности.

Охрана здоровья материнства и детства является одной из важнейших проблем всех цивилизованных стран мира, так как непосредственно связана со здоровьем будущих поколений, сохранением генофонда нации, прогрессивным развитием общества. В существующих социально-экономических условиях состояние здоровья женщины остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем, являясь фактором национальной безопасности. Это вызвано тем, что неблагоприятная демографическая ситуация в нашей стране и большой процент потерь желаемых беременностей обуславливает не только медицинскую, но и социальную значимость данной проблемы.

Проблема излития околоплодных вод при недоношенной беременности остается одной из наиболее актуальных в акушерстве, так как является причиной неонатальной заболеваемости и смертности. Согласно исследованиям W.W. Vonpe и соавторов [1], S. Patriqk и соавторов [2] в 40% случаев излитие околоплодных вод связано с преждевременными родами и является причиной перинатальных потерь.

На долю недоношенных детей приходится 60–70% ранней неонатальной смертности и 50% неврологических заболеваний. Частота преждевременных родов в мире в последние годы колеблется от 5 до 10% и несмотря на появление новых технологий не имеет тенденции к снижению [3]. Мертворождение при преждевременных родах наблюдается в 8–13 раз чаще, чем при своевременных. Одним из механизмов, провоцирующих развитие родовой деятельности при недоношенной беременности, как указывалось выше, является преждевременное излитие околоплодных вод.

По данным Б.М. Венцовского и соавторов (2005 г.) [4], преждевременный разрыв плодных оболочек – это самопроизвольный их разрыв до начала родовой деятельности в сроке беременности от 22 до 42 нед, наблюдается в 10–15% случаев. В.М. Mercet и соавторы сообщают, что по данным американского колледжа акушеров-гинекологов, разрыв плодных оболочек при беременности до 37 нед осложняет 2–4% беременностей одним плодом и 7–20% при многоплодии [5].

A. Spinillo и соавторы [6, 7] считают, что разрыв оболочек при недоношенной беременности является основной причиной преждевременных родов и обуславливает приблизительно каждый пятый случай перинатальных потерь. Согласно обзору литературы. В.С. Орлова и соавторы [8] отмечают, что современные достижения медицины и материальная база здравоохранения в экономически развитых странах позволяет в условиях высокотехнически оснащенных отделений реанимации выхаживать недоношенных детей, благодаря чему ранняя неонатальная смертность их значительно снижается. Однако у выживших новорожденных из числа родившихся с экстремально низкой массой тела наблюдаются неблагоприятные отдаленные последствия, связанные с дефектами нервной системы (церебральный паралич, слепота, глухота), патологией органов дыхания (бронхиальная астма, инфекции нижних дыхательных путей, бронхолегочная дисплазия), нарушением психомоторного развития и проблемами обучения (гиперактивность, дефицит внимания) [9, 10].

Robetsis и соавторы [11] отмечают, что системе здравоохранения необходимы значительные расходы для обеспечения выживания плодов с низкой и экстремально низкой массой тела. Такие дети в течение всей жизни нуждаются в средствах для жизнеобеспечения. Кроме того, авторы [11], ссылаясь на годовые отчеты департамента здравоохранения за 2000 г. отмечают, что в США ежегодно около 12% беременностей заканчиваются преждевременными родами до 37 нед.

Существует еще много нерешенных проблем, касающихся преждевременных родов и преждевременного излития околоплодных вод при недоношенной беременности. С медицинской точки зрения это обусловлено полиэтиологическим характером данной патологии (в 40–50% случаев установить точную причину преждевременных родов не удается), наличии целого ряда дискуссионных вопросов, касающихся тактики ведения преждевременных родов, значительными трудностями выхаживания [12].

Как известно, плодовые оболочки выполняют функцию естественного защитного барьера, их повреждение при недоношенной беременности сопровождается риском развития осложнений для матери и плода, обусловленных, прежде всего восходящей инфекцией.

Преждевременное излитие вод при недоношенной беременности, заканчивающейся преждевременными родами, является причиной значительной части неонатальной заболеваемости и смертности. Три основные причины неонатальной смертности связаны с преждевременным излитием

вод при недоношенной беременности: недоношенность, сепсис и гипоплазия легких.

В.М. Мерсер и соавторы [5], изучая данную проблему, установили, что клинически диагностируемый хориоамнионит, который в послеродовой период у каждой десятой женщины продолжается в виде эндометрита, при преждевременном разрыве оболочек и недоношенной беременности развивается у 13–60% пациенток против 1% при доношенной беременности. Факторами, влияющими на развитие данной патологии, являются длительный безводный период, выраженное маловодие, многократное влагалищное исследование и срок глубоко недоношенной беременности.

Изучение механизма разрыва плодных оболочек на тканевом и клеточном уровнях позволило выявить в области разрыва плодных оболочек измененную зону, которая морфологически характеризовалась утолщением соединительного компонента, истончением слоя цитотрофобласта и децидуальной оболочки, а также разрушением связи между амнионом и хорионом [8].

Р.М. Мооге и другие [14] выявили, что на клеточном уровне в области разрыва оболочек обнаружены ферменты (фосфолипазы, эластазы, матрицы металлопротеиназ и/или других протеаз) и биологически активные вещества (эйкозаноиды, особенно простагландин класса E_2 , цитокины).

А.В. Sangey и соавторы [15] отмечают, что данные изменения аналогичны физиологическим, происходящим при разрыве оболочек в процессе своевременных родов, однако стимулы, провоцирующие разрыв оболочек при недоношенной и доношенной беременности, вероятнее всего, различны.

В.С. Орлова и соавторы [8] выделяют три группы факторов риска (материнские, маточно-плацентарные и плодовые) спонтанного разрыва оболочек при недоношенной беременности. К числу материнских факторов отнесены внебрачная беременность, низкий социально-экономический статус, вредные привычки (табак, наркотики), индекс массы тела менее 20 кг/м^2 , дефицит меди и аскорбиновой кислоты в рационе, анемия, длительное лечение стероидами, начавшиеся преждевременные роды, нарушение содержания сосудистого коллагена.

J.P. Lunkett и соавторы [16] придают большое значение преждевременному разрыву оболочек при недоношенной беременности в анамнезе. Повторение риска достигает 16–32% по сравнению с 4% в группе женщин с предшествующими неосложненными своевременными родами.

Значительная роль в отсутствии тенденции к снижению количества преждевременного излития вод, преждевременных родов принадлежит внедрению вспомогательных репродуктивных технологий: экстракорпоральное оплодотворение, интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов, стимуляции овуляции, в связи с чем увеличилось число случаев многоплодных беременностей, являющихся фактором риска преждевременного излития околоплодных вод.

Из числа маточно-плацентарных факторов наибольшее значение придают аномалиям развития матки (перегородка в полости), преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты (10–15%), укорочению шейки матки во II триместре до 2,5 см вследствие прогрессирующей истмико-цервикальной недостаточности или предшествующей конизации шейки матки, растяжению матки, обусловленному многоводием или многоплодием, хориоамниониту, многократным влагалищным бимануальным и трансвагинальным ультразвуковым исследованиям.

Нельзя забывать о стрессовой ситуации на работе и/или в семье, хроническом стрессе, депрессии [17].

А.Ф. Borgida и соавторы пишут, что ятрогенные причины преждевременного разрыва оболочек при недоношенной беременности встречаются редко и преимущественно в процессе инвазивных внутриматочных вмешательств.

В группу риска механического повреждения плодных оболочек во время выполнения диагностической или лечебной процедуры входят беременные, которым проводят амниоцентез, биопсию хориона, наложение швов на шейку матки при истмико-цервикальной недостаточности [18].

Динамика клинической картины после нарушения целостности оболочек определяется рядом обстоятельств, среди которых наибольшее значение имеют срок беременности, объем оставшихся в полости матки околоплодных вод и число плодов. При этом заболеваемость и смертность недоношенных детей при многоплодии в 4–11 раз выше, чем преждевременно родившихся детей при одноплодной беременности [19].

В случае преждевременного излития вод при доношенной беременности у 50% пациенток спонтанно начинаются роды в течение ближайших 12 ч, у 70% – в течение 24 ч, у 85% – в пределах 48 ч, 95% – в течение 72 ч в отсутствие какого-либо акушерского вмешательства.

У пациенток при сроке беременности от 28 до 37 нед, осложнившейся преждевременным излитием околоплодных вод, родовая деятельность спонтанно развивается в течение ближайших 24–28 ч в 50% случаев, у 70–90% женщин – в течение 7 дней [8].

J.S. Park и соавторы информируют, что в случае отхождения околоплодных вод до 28-й недели беременности родовая деятельность начинается еще позднее вне зависимости от срока беременности, маловодия и многоводия; хориоамнионит, отслойка плаценты, страдание плода ускоряют развитие родовой деятельности [20].

В большинстве случаев диагноз очевиден в связи с жидкими прозрачными выделениями из влагалища. Однако более важна ранняя и точная диагностика при недоношенной беременности, так как при разрыве оболочек с последующим излитием околоплодных вод требуются конкретные для каждого срока действия врача-акушера, которые позволяют свести к минимуму осложнения, вызывающие неблагоприятный перинатальный исход (выпадение пуповины и восходящая инфекция).

В случае подозрения на преждевременное излитие околоплодных вод желательно избегать влагалищного исследования, безусловно, кроме тех случаев, когда есть признаки активной родовой деятельности, так как исследование значительно повысит риск распространения инфекции и вряд ли определит тактику дальнейшего ведения беременности и родов.

В тех случаях, когда разрыв оболочек произошел достаточно давно, диагностика может быть затруднена. Для этого необходимо проведение следующих диагностических тестов после тщательного сбора анамнеза, а именно:

1. Предложить женщине чистую прокладку и оценить характер и количество выделений.

2. Осмотр влагалища и шейки произвести в зеркалах для визуальной оценки. Если жидкость вытекает из канала шейки матки или находится в заднем своде, это подтверждает диагноз.

3. Определение с помощью нитрозинового теста (желтый цвет нитразиновой полоски бумаги превращается в синий) и/или симптом арберизации слизи при ее высыхании – «тест папоротника» (Тест с нитрозином основан на изменении pH влагалищного содержимого, которое имеет кислую среду, а при подтекании – щелочную, однако инфекционные процессы во влагалище и шейке матки, изменяющие pH, могут давать ложноположительные результаты).

4. Наиболее точный метод диагностики – использование экспресс-тест-системы, основанной на определении иммунобиохимических маркеров: ПСИФ-1 – инсулиноподобного фактора роста, связывающего протеин-1 во влагалищном секрете (Aktim PROM, чувствительность 84,9%, специфичность

92,8%) и ПАМГ-1 – плацентарного α_1 -микроглобулина (Amni Sure, чувствительность – 98,8%, специфичность – 93,8%).

В последние годы этот метод используют в США и ряде других стран.

Концентрация гликопротеида (PAMG-1, placental alpha-micoglobulin 1) в околоплодных водах (2000–25000 мг/мл) значительно превышает его содержание в материнской крови (5–25 нг/мл) и в мочебно-влагалищных выделениях. При целых плодных оболочках (0,05–0,2 нг/мл) [8] этот тест может быть использован в любом сроке беременности (от 15 до 42 нед) и остается специфичным при смешивании со спермой, мочой, кровью или влагалищной инфекцией [21]. S. Lee и соавторы в проспективном исследовании выявляли у пациенток с признаками преждевременного разрыва оболочек при недоношенной беременности плацентарный α_1 -микроглобулин, подтверждающий наличие околоплодных вод [21]. По данным авторов, из 183 пациенток у 159 (87%) тест подтвердил правильность диагноза.

5. Проведение УЗИ – олигогидроамнион в сочетании с указанием на отхождение жидкости из влагалища подтверждает диагноз преждевременного отхождения вод.

Несмотря на значительный прогресс в диагностике преждевременного излития вод, целесообразно остановиться на анатомическом состоянии шейки матки. Во время нормальной беременности шейка матки остается плотной и закрытой, пока расслаблена гладкомышечная ткань миометрия. Шейка матки начинает размягчаться и укорачиваться лишь под воздействием сокращений матки непосредственно перед рождением.

Длину шейки матки оценивают при трансвагинальном УЗИ после опорожнения мочевого пузыря обычно в сроках после 16–20-й недели гестации. Считалось, что до этого длина шейки матки варьирует в значительных пределах и очень сложно определить границу между верхней частью матки и нижним маточным сегментом. J.D. Lams и соавторы [22] проспективно оценивали результаты трансвагинального УЗИ в прогнозировании преждевременных родов в когорте женщин относительно низкого риска. Результаты данных исследований свидетельствуют о том, что длина шейки матки четко коррелирует с риском преждевременных родов.

Высокий риск преждевременных родов отмечается у пациенток, длина шейки матки которых соответствовала показателям ниже десятого перцентиля для данного срока гестации (26 мм), однако чувствительность этого метода была крайне низкой. По их данным, беременные с показателем укорочения шейки матки менее 25-го, 50-го и 75-го перцентиля для данного срока беременности (30, 35 и 40 мм соответственно) имеют значительно более высокий риск преждевременных родов, чем беременные с длиной шейки матки, соответствующей численному значению больше 75-го перцентиля. Так, при сроке 24 нед относительный риск преждевременных родов (процентное соотношение количества преждевременных родов в основной группе к таковому в контрольной) составил 3,79; 2,35 и 1,98 соответственно, а при сроке 28 нед – 5,39; 3,52 и 2,8.

Как свидетельствуют результаты другого проспективного исследования, проведенного E. Gresco и соавторами в 2011 г. [23], при раннем ультразвуковом скрининге, включающем измерение длины шейки матки в сроке 11–13 нед у 5585 беременных, у 71 (1,3%) из которых впоследствии произошли преждевременные роды в сроке до 34 нед, оказалось, что среди последних при длине шейке матки менее 25 мм преждевременные роды наступили в 14,5%, при длине шейке матки 25–29 мм – в 2,4%, а при длине шейке матки более 30 мм – в 0,4% случаев. Чувствительность ультразвукового скрининга шейки матки составили 50%, при ложно-положительном результате – 10%.

Одним из новых предикторов угрозы наступления преждевременных родов является эхо маркер хориоамнионита (в том числе его субклинического течения) – «amniotic sludge» (дословно: «амниотический комок» – AS) в виде эхогенной взвеси детрита склеенных амниотических клеток, визуализируемой в области внутреннего зева шейки матки, что лучше всего выявляется при трансвагинальной эхографии.

По данным S. Tudorache и соавторов [24], при проведении пренатального ультразвукового скрининга в 18–23 нед AS был обнаружен у 1,7% (53/3182) беременных, имевших шейку матки длиной более 25 мм. У беременных, имевших AS, преждевременные роды до 28 нед наступили у 50%, до 34 нед – у 80% и до 37 нед – у 90% женщин, в то время, как среди беременных, не имеющих AS, преждевременные роды произошли соответственно в 1,8%, 9,1% и 13,7% случаев.

Слизь канала шейки матки выглядит прогностически более ценным материалом, так как изменение концентрации цитокинов в ней может свидетельствовать о локальной инвазии патогена без системной реакции. Были получены данные о том, что повышение уровней провоспалительных цитокинов в слизи канала шейки матки свидетельствуют о скором развитии преждевременных родов.

M. Lawge и соавторы [25], избрав 20 пг/мл пороговым уровнем ИЛ-6 в слизи канала шейки матки, прогнозировали преждевременные роды до 34 нед гестации при его превышении с чувствительностью и прогностической ценностью отрицательного результата в 100% случаев, специфичность составила 67%, а прогностическая ценность положительного результата – 47%.

При прогнозировании преждевременных родов в ближайшие 7 сут чувствительность составляла 100%, специфичность – 57%.

Данное сообщение основано на ретроспективном анализе историй родов 1500 женщин с преждевременным излитием околоплодных вод, находившихся на стационарном лечении в 7-й городской больнице в акушерском отделении. В нашем исследовании 1500 женщин с преждевременным излитием околоплодных вод за последние 12 лет распределились по возрасту следующим образом: 17–25 лет – 87 (5,8%) пациенток, 26–30 лет – 877 (58,4%), 31–35 лет – 493 (32,8%) женщины и 32–42 лет – 43 (2,8%) женщины. Наибольшая частота преждевременного излития вод по срокам беременности наблюдалась в 32–36 нед у 1072 (71,4%) пациенток, что наблюдалось более чем в 70%.

Н.В. Башмакова и соавторы [12] считают, что наиболее сложными с медицинской точки зрения представляются тактические аспекты ведения родов при преждевременном излитии околоплодных вод. Еще примерно 27–30 лет назад тактика ведения беременных с преждевременным излитием околоплодных вод заключалась в родовозбуждении и родоразрешении. Роды вели преимущественно через естественные родовые пути, в том числе с использованием оперативного извлечения недоношенного плода лишь в 3–3,5% случаев.

Выпадение пуповины на фоне инфекционного агента, вследствие преждевременного излития вод, повышает риск рождения мертвого плода. У 10–40% глубоко недоношенных новорожденных развивается респираторный дистресс-синдром – причина гибели в неонатальный период составляет 40–70% детей. Результаты исследования, проведенные M. Hallak и Bottoms [13], свидетельствуют, что еще 15 лет назад был развеян миф акушеров-гинекологов о том, что преждевременное излитие вод при недоношенной беременности способствует ускорению созревания легочной ткани. Авторы подобной зависимости не выявили.

После объективного подтверждения преждевременного излития околоплодных вод при недоношенной беременности врач-акушер родильного зала должен сделать выбор так-

тики ведения, руководствуясь при этом интересами как матери, так и плода. Вероятность развития родовой деятельности при преждевременном излитии околоплодных вод находится в прямой зависимости от гестационного срока: чем меньше срок, тем больше период до развития регулярной родовой деятельности (латентный период).

В пределах первых суток после преждевременного излития околоплодных вод спонтанные роды в 26% случаев начинаются при массе плода 500–1000 г, в 51% – при массе плода 1000–2500 г, в 81% – при массе плода более 2500 г. При сроке беременности 22–24 нед прогноз неблагоприятен. Родители должны быть осведомлены, что дети, родившиеся до 24-й недели, вряд ли выживут, а те, которые выживут, вряд ли будут здоровыми [26].

Основываясь на данных литературы и собственных исследований, мы считаем, что врачу-акушеру при ведении недоношенной беременности, осложненной преждевременным излитием околоплодных вод, следует помнить, что индукция родовой деятельности необходима лишь в тех случаях, когда риск инфекции превышает риск осложнений, связанных с рождением недоношенного плода. Из-за опасности осложнений, которым подвергается плод и мать при внутриамниотической инфекции, рекомендуется постоянно учитывать и противопоставления к выжидательному ведению беременности.

При сроке до 34 нед, при отсутствии противопоказаний, показана выжидательная тактика. Абсолютные противопоказания к пролонгированию беременности включают: хориоамнионит; осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения; преэклампсия/эклампсия; отслойка плаценты; кровотечение при предлежании плаценты; декомпенсированное состояние матери; декомпенсированные состояния плода.

При беременности менее 28 нед, в случае отсутствия признаков инфекции выжидательная тактика возможна. Пролонгирование беременности при сроке до 22 нед нецелесообразно из-за неблагоприятного прогноза для плода (ниже срока жизнеспособности и высокой частоты гнойно-септических осложнений у матери). Рекомендуется прерывание беременности.

При сроке беременности менее 28 нед и наличии показаний к родоразрешению прибегать к кесареву сечению целесообразно только в том случае, если в родовспомогательном учреждении есть возможность проведения адекватных реанимационных мероприятий и дальнейшей тактики интенсивной терапии недоношенных младенцев.

Срок беременности 34 нед расценивают как благоприятный для рождения плода ввиду низкой частоты осложнений, связанных с недоношенностью, поэтому считается относительно благоприятным для длительного сохранения беременности из-за высокого риска восходящей инфекции и отсутствия доказанной эффективности применения при этом сроке кортикостероидов с целью улучшения перинатальных исходов для плода [27].

R.J. Warner и соавторы [28] установили, что назначение кортикостероидов при отсутствии внутриамниотической инфекции позволяет почти в 2 раза снизить частоту респираторного дистресс-синдрома, внутрижелудочковых кровоизлияний и некротического колита у новорожденных без повышения риска материнской и неонатальной инфекции. Кортикостероиды назначают следующим образом: бетаметазон по 12 мг два раза или дексаметазон по 6 мг два раза в день на протяжении 2 сут (общая доза каждого препарата составляет 24 мг) при сроках беременности до 32 нед.

А при проведении профилактической терапии кортикостероидами в 32 и 34 нед беременности отмечена значительно меньшая эффективность и не доказана эффективность их применения после 34-й недели беременности. Эффектив-

ность от их применения достигается спустя 24–48 ч после приема первой дозы препарата и продолжается в течение лишь 7 дней.

В связи с тем что целесообразность повторных курсов не доказана, а применение препаратов кортикостероидного ряда может влиять на рост плода и, возможно, вызывать задержку развития нервной системы, повторные курсы допустимы только в тех случаях, если первый курс был завершен до 28–32 нед беременности [8].

Основными проблемами и ключевыми вопросами оптимальной тактики при преждевременных родах являются инфекции и применение адекватной антибактериальной терапии, активация сократительной деятельности матки и использование токолитических средств, определение способа родоразрешения, профилактика респираторного дистресс-синдрома плода глюкокортикоидами.

При сроке 32–34 нед беременности выбор тактики зависит от зрелости легких плода, которая может быть определена по результатам исследования выделяемого из канала шейки матки или материала, полученного в результате трансабдоминального амниоцентеза [26].

Зарубежные исследователи С.А. Combs и соавторы [29, 30] относятся к токолизу с осторожностью. Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности является относительным противопоказанием к применению токолитических препаратов ввиду отсутствия весомых доказательств их положительного влияния в перспективе на перинатальную смертность и заболеваемость. Исключением составляет ситуация при подтекании околоплодных вод при отсутствии хориоамнионита, когда необходимо отсрочить роды для профилактики РДС плода гликопротеидами.

Необходимо придерживаться в основном тактики назначения токолитика в течение не более 48 ч и лишь в том случае, если имеется активация сократительной деятельности матки. Опасность назначения токолитиков при преждевременном излитии околоплодных вод заключается в развитии достаточно редкого осложнения со стороны матери – отека легких. Профилактическое использование токолитиков неэффективно.

Без всякого сомнения можно утверждать, что преимуществом консервативно-выжидательной тактики (без влажного осмотра) в первую очередь является фактор времени, позволяющий устранить респираторное состояние беременной, провести профилактику респираторного дистресс-синдрома плода [31].

Пролонгирование беременности у пациенток с преждевременным излитием околоплодных вод, особенно в глубоко недоношенном сроке 26–28 нед, опасно развитием восходящей инфекции, в настоящее время успешно решается профилактическим (эмпирическим) назначением антибиотиков широкого спектра действия. Об этом свидетельствуют результаты и исследования Кенуон и соавторов [32], свидетельствующие о том, что применение антибиотиков позволило уменьшить число случаев досрочного родоразрешения в течение 48 ч после разрыва плодных оболочек на 30%, в течение 7 дней – на 20%. Назначение глюкокортикоидов для профилактики респираторного дистресс-синдрома плода и внутрижелудочковых кровоизлияний до 34 нед беременности и терапии сурфактантом необходимо и обосновано.

Получено доказательство положительного влияния антибактериальной терапии на снижение материнской и неонатальной инфекционной заболеваемости, потребности плода в кислороде, частоты респираторного дистресс-синдрома и выраженных мозговых нарушений [33].

Одним из сложных вопросов, возникающих у врача, вызывают пациентки с недоношенной беременностью и подтеканием околоплодных вод, у которых ранее были наложены

швы на шейку матки по поводу истмико-цервикальной недостаточности – так называемый в зарубежной литературе цервикальный серкляж. Имеются данные, свидетельствующие, что серкляж не повышает частоту преждевременного разрыва оболочек при недоношенном сроке, однако, если возможный разрыв оболочек не совершится в области серкляжа, решение о целесообразности удаления наложенных швов у таких беременных считается спорным.

С одной стороны, оставление швов может продлить сохранение беременности, с другой – они могут способствовать появлению очага инфекции [8]. Т.М. Jenkins и соавторы [34, 35] считают, что показаниями к удалению швов являются клинически выраженная внутриматочная инфекция, развившаяся родовая деятельность, кровотечение из влагалища или срок беременности более 34 нед, благоприятный для выживания новорожденного.

Антибиотикопрофилактику следует начинать сразу после установления диагноза – преждевременное излитие околоплодных вод – и продолжать до рождения плода (в случае задержки родов она может быть ограничена 7–10 сут). Назначают 0,5 г эритромицина per os через 6 ч до 10 сут. Чаще всего в практике методом выбора профилактики является ампициллин, который назначают per os по 0,5 г каждые 6 ч до 10 сут.

Если высевается β-гемолитический стрептококк, назначают пенициллин 1,5 г внутримышечно каждые 4 ч или его современные аналоги последнего поколения (уназин, амоксиклав, клавоцин). Однако при преждевременном излитии околоплодных вод не следует использовать коамоксилав из-за повышения риска некротизирующего энтероколита. Особого внимания заслуживают пациентки с клиникой хориоамнионита – температура тела матери 38 °С и выше; тахикардия плода (>160 уд/мин); тахикардия матери (>100 уд/мин), все три симптома не являются патогномичными; выделения из влагалища с гнилостным запахом; повышение тонуса матки (оба последних симптома являются поздними признаками инфекции).

Лейкоцитоз (>18×10⁹/мл) и нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы обладают низкой прогностической ценностью для подтверждения наличия инфекции (нужно эти показатели определять в динамике 1 раз в 1–2 сут). Таким пациенткам в лечебном плане рекомендуется выполнять приказ Минздрава Украины № 782 от 29.12.2005 г. (подготовленный профессором Б.М. Венцковским и другими) и назначать цефалоспорины III–IV поколения (цефиксим, цефотаксим, цефтриаксон, цефелим) и метронидазол (или орнидазол) за 30 мин до введения цефалоспоринов [4].

Подтвержденный диагноз хориоамнионита считается показанием к быстрому родоразрешению и не является противопоказанием к хирургическому родоразрешению по обычной методике [4, 26]. При отсутствии активной родовой деятельности и шансов быстрого рождения ребенка методом выбора является кесарево сечение.

Оперативное родоразрешение также проводят согласно приказу Минздрава № 782 [4], что сопровождают интенсивной антибактериальной терапией (2 антибиотика и метронидазол или орнидазол) в лечебном режиме не меньше 7 дней.

По мнению профессора Г.Т. Сухих и соавторов [26], при подозрении на хориоамнионит нужно начинать антибактериальную терапию: к вводимому препарату (например, ампициллину) следует добавлять второй препарат из другой группы, например, гентамицин в дозе 5 мг/кг внутривенно 1 раз в сутки. Кроме того, при подтверждении диагноза хориоамнионита после родоразрешения добавляют метрогил по 100 мг каждые 8 ч. Показания для отмены антибактериальной терапии – нормальная температура тела в течение 2 сут.

Анализ современных тенденций в ведении беременных с преждевременным излитием околоплодных вод при прежде-

временных родах показал их эффективность в снижении перинатальных потерь на протяжении последних лет. Удалось добиться почти полного отсутствия младенческой смертности среди новорожденных с массой тела 1500–2000 г и более.

Принимая во внимание неблагоприятные исходы для плода, снижение перинатальной патологии при преждевременных родах возможно за счет их профилактики, которая заключается в проведении ряда соответствующих мероприятий, к ним относятся: обследование вне беременности женщин группы риска относительно невынашивания беременности и перинатальных потерь, подготовки супружеской пары к следующей беременности.

Проведение исследований в период беременности с включением маркеров ранних проявлений внутриутробной инфекции (фибронектин, ИЛ-6 в слизи канала шейки матки, TNF, ИЛ-1р в крови и ряд других); своевременной диагностики истмико-цервикальной недостаточности, трансвагинальной ультрасонографии.

По данным К.N. Nicolaides (2011), перспективным подходом к эффективному прогнозированию преждевременных родов до 34 нед беременности является двухэтапный безвыборочный комбинированный пренатальный скрининг в 12 нед беременности (с учетом анамнеза, материнских факторов риска, биохимического теста показателя АФП в сыворотке крови и ультразвуковой оценке длины шейки матки) и в 22 нед беременности (с учетом клиники, анамнеза, УЗ оценки шейки матки), чувствительность прогнозирования преждевременных родов составила 72%, при ложноположительном результате (ЛПП) – 9,2%. Во время, как по отдельности чувствительность скрининга в I триместре составила 60%, при ЛПП – 10%, а во II триместре 60% и 10% соответственно [36].

Активная тактика ведения женщин при беременности, осложненной несвоевременным отхождением околоплодных вод при недоношенной беременности, целесообразна сразу, как только будет достигнут гестационный возраст, превышающий 34 нед. Пролонгирование беременности дольше этого срока связано с высоким риском восходящей инфекции, во время как риск осложнения для плода, обусловленного недоношенностью, после 34 нед резко снижается.

Следовательно, своевременная диагностика нарушения целостности плодных оболочек и избранная тактика, при которой будет соблюден баланс между максимальной степенью морфофункциональной зрелости плода и минимальным риском развития восходящей инфекции, позволяет акушерам оптимизировать ближайшие и отдаленные исходы преждевременных родов для матери, плода и новорожденного [8].

Передчасне вилиття навколоплідних вод у разі недоношеної вагітності – що робити?

П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, А.Н. Панасенко, П.С. Горук

Наведені результати наукових досліджень останнього десятиліття стосовно ризику розвитку ускладнень вагітності та пологів у пацієнток з передчасним вилиттям навколоплідних вод у разі недоношеної вагітності.

Огляд літератури свідчить, що активна тактика ведення жінок під час вагітності, ускладненої несвоечасним вилиттям навколоплідних вод у разі недоношеної вагітності, доцільна одразу, як тільки буде досягнуто гестаційного віку, що перевищує 34 тиж.

Пролонгування вагітності понад цей термін пов'язано із високим ризиком висхідної інфекції, в той час як ризик ускладнення для плода, зумовленого недоношеністю, після 34 тиж різко знижується.

Отже, своєчасна діагностика порушення цілості плодових оболонок і вибрана тактика, за якою буде дотримано баланс між максимальним ступенем морфофункциональної зрілості плода та мінімальним ризиком висхідної інфекції, дозволяє акушерам оп-

тимізувати найближчі та віддалені результати передчасних пологів для матері, плода та новонародженого.

Ключові слова: вилиття навколоплідних вод, недоношена вагітність, передчасні пологи, тактика ведення вагітності.

Premature amiorrhea in immature pregnancy – what should be done?

P.N. Veropotvelyan, N.P. Veropotvelyan, A.N. Panasenko, P.S. Goruk

The article gives the results of scientific investigations of the present century concerning the risk of development of pregnancy and delivery complications in patients with premature amiorrhea in immature pregnancy.

The overview of the literature shows that active tactics of follow-up in pregnancy complicated with premature amiorrhea in immature pregnancy is appropriate immediately as soon as the gestation term reaches the point of more than 34 weeks. The prolongation of pregnancy more than the period is associated with a high risk of a rising infection whereas the risk of complications for the fetus complicated with the prematurity is sharply reduced after 34 weeks.

Consequently, timely diagnostics of disturbances in fetal membrane integrity and the chosen tactics which will observe a balance between the maximal degree of morphofunctional maturity of the fetus and a minimal risk of a rising infection development may allow obstetrician to optimize the nearest and the furthest outcomes of premature delivery for the mother, the fetus and the new-born.

Key words: premature amiorrhea, immature pregnancy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Yvonne W.W., Gabriel J. JAMA. – 2003. – Vol. 290. – P. 2677–2684.
2. Patrick S., Rams M.D. Am. J. Obstetr. Gynecol. – 2005. – Vol. 192. – P. 1162–1166.
3. Клинические акушерские протоколы. Институт здоровья семьи. – М., 2007.
4. Венцовский Б.М., Голяновский О.В., Грищенко О.В., Дашкевич В.С., Друпп Ю.Г., Жилка Н.Я., Иркина Т.К., Каминский В.Г. и другие. – Приказ Минздрава Украины № 782 от 29.12.2005.
5. Mercer B.M., Coldenberg R.L., Meis P.J. et al. The Preterm prediction study; prediction of preterm premature rupture of membranes through clinical findings and ancillary testing. Am. J. Obstetr. Gynecol. – 2000; 183; 738–745.
6. Spinillo A., Montanari I., Sanpoo et al. Fetal growth and infant neuro developmental outcome after preterm premature rupture of membranes. Obstet. Gynec. 2004; 103; 1286–1293.
7. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics ACOG Practice Bulletin NO 80; premature rupture of membranes Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Obstet. Gynec. 2002; 100; 1405–1412.
8. Орлова В.С., Калашникова И.В., Набержнев Ю.И., Лысьий Н.И. Современный взгляд на проблему преждевременного излития вод при недоношенной беременности (факторы риска, диагностика, акушерская тактика» //Рос. Вестн. акуш.-гинеко., 2010, № 5. – С. 17–23.
9. Hemmiton B.E., Minino A.M., Martin J.A. et al. Annual summary of vital statistics 2005. Pediatrics 2007; 119; 345–360.
10. Han V.W., Shen T., Chung P. et al. Uncultivated as etiologic agents of intra-amniotic inflammation leading to preterm birth. Clin. Microbiol. 2009; 47; 1; 38–47.
11. Bobetsis V.A., Barros S.P., Offenbacher S. Exploring the relations pip between periodontal disease and pregnancy complications. J. Am. Dent. Assoc. 2006; 137; 7–13.
12. Башмакова Н.В., Мелкозеро-

- кер И.П., Каспарова А.Э и др. Преждевременные роды //Акуш. и гинеко., 2011, № 4. – С. 17–26.
23. Mercer B.M. Premature rupture of membranes. Obstet. Gynec. 2007; 109; 1007–1009.
24. Wagner R.J., Sorokin V., Thom E.A. et al. Single versus weekly courses of antenatal corticosteroids evaluation of safety and efficacy. Am. J. Obstet. Gynec. 2006; 195; 633–642.
25. Combs C.A., Cune M., Clark R., Fishman A. Aggressive tocolysis does not prolong pregnancy or reduce neonatal morbidity after preterm premature rupture of the membranes. Am. J. Obstet. Gynec. 2004; 190; 1723–1731.
26. Mercer B.M. Is there a role for tocolytic therapy during conservative management of preterm premature rupture of the membranes? Clin. Obstet. Gynec. 2007; 50; 487–496.
27. Lange M., Chen F.K., Wessel J. et al. Elevation of interleukin-6 levels in cervical secretions as a predictor of preterm delivery. Acta Obstet. Gynec. Scand 2003; 82; 4; 326–329.
28. Taylor Y., Garite T.Y. Obstetr. and Gynecol. 1994; 84; 615.
29. Kenyan S., Boulvain M., Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of the membranes: a systematic review. Obstet. Gynecol. 2004; 104; 1051–1057.
30. Kenyan S.L., Taylor D.J., Tarnow-Mardi W. Broad-spectrum antibiotics for preterm, prelabor rupture of fetal membrane: the ORACLEI randomized trial. Lancet 2001; 357; 979–988.
31. Jenkins T.M., Berghella V., Shlossman P.A. et al. Timing of cerclage removal after preterm premature rupture of membranes maternal and neonatal outcomes. Am. J. Obstet. Gynec. 2000; 183; 847–852.
32. Elrath T.E., Norwitz E.R., Lieberman E.S., Heffner L.J. Management of cervical cerclage and preterm premature rupture of the membranes: should the stitch be removed? Am. J. Obstet. Gynecol. 2000; 183; 840–846.
33. Bansil P. et al. Maternal and fetal outcomes among women with depression. J. Womens Hlth (Larchmt) 2010; 19 (2). – P. 329–334.
- ва О.А., Давыденко Н.Б., Русанов С.Ю. Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности //Акуш. и гинеко., 2008, № 5. – С. 24–27.
13. Haliak, Bottams S. Accelerated pulmonary maturation from preterm premature rupture of membranes: a myth. Am. J. Obstet. Gynec. 1993; 169; 1045–1049.
14. Moore R.M., Mansour J.M., Redine R.W. et al. The physiology of fetal membrane rupture: of physical properties. Placenta 2006; 27; 1037–1051.
15. Caughey A.B., Robinson J.N., Norwitz E.R. Contemporary diagnosis and management of preterm premature rupture membranes. Rev. Obstet. Gynec. 2008; 1; 11–12.
16. Plunkett J., Borecki I., Morgan T. et al. Population – based estimate of sibling risk for preterm birth, preterm premature rupture of membranes, placental abruption and pre-eclampsia. Am. J. Obstet. Gynec. 2006; 195; 6; 1557–1563.
17. Bargida A.F., Millis A.A., Feldman D.M. et al. Outcome of pregnancies complicated ruptured membranes after genetic amniocentesis. Obstet. Gynec. 2000; 183; 937–939.
18. Lackmam F., Capewell V., Richardson et al. The risks of spontaneous preterm delivery and perinatal mortality in relation to size at birth according to fetal versus neonatal growth standards. Am. J. Obstet. Gynecol. 2001; 184; 5; 946–953.
19. Park J.S., Yoon B.H., Romero R. et al. Th relationship preterm et al. The relationship preterm labor in preterm premature rupture of membranes. Am. J. Obstet. Gynec. 2001; 184; 459–462.
20. Lee S.E., Park J.S., Narwitz et al. Measurement of placental alpha-microglobulin-1 in cervicovaginal discharge to diagnose rupture of membranes. Obstet. Gynec. 2007; 109; 634–640.
21. Lams J.D., Goldenberg R.I., Meis P.J. et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. N. Engl. J. Med. 1996; 334; 567–572.
22. Сухих Г.Т., Вортанетова Н.В., Ходжиева З.С., Шифман Е.М., Век-