

© В. І. Пирогова, А. Г. Місюра

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ ПЕРЕБІГУ ПЕРЕДЧАСНОГО РОЗРИВУ ПЛОДОВИХ
ОБОЛОНОК. ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ**

КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ ПЕРЕБІГУ ПЕРЕДЧАСНОГО РОЗРИВУ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК. ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ. Маніфестація клінічних сценаріїв передчасного розриву плодових оболонок і перинатальні перспективи залежать від терміну гестації, тривалості безводного періоду, особливостей перебігу даної вагітності. Позитивний прогноз доношування вагітності та перинатальні перспективи більш оптимістичні у випадку амніальної гідрореї.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ПЛОДОВЫХ ОБОЛОЧЕК. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ. Маніфестація клінічних сценаріїв преждевременного разрыва плодовых оболочек и перинатальные перспективы зависят от гестационного возраста, длительности безводного периода, особенностей течения данной беременности. Позитивный прогноз вынашивания беременности и перинатальные перспективы более благоприятны и оптимистичнее в случае амниальной гидрорреи.

CLINICAL WAYS OF THE COURSE OF MEMBRANES TEARING. PRENATAL ASPECTS. Manifestation of clinical ways of premature membranes tearing and prenatal perspectives depend on gestational age, duration of anhydrous period, features of motion of the present pregnancy. Positive prediction of nurturing a pregnancy and prenatal perspectives are more optimistic in case of hydorrhoea amnialis.

Ключові слова: передчасний розрив плодових оболонок, амніальна гідрорея, перинатальні аспекти.

Ключевые слова: преждевременный разрыв плодовых оболочек, амниальная гидроррея, перинатальные аспекты.

Key words: premature membranes tearing, hydorrhoea amnialis, prenatal aspects.

ВСТУП. Передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО) – це спонтанний їх розрив до початку пологової діяльності у строки вагітності від 22 до 42 тижнів. Дана акушерська патологія супроводжує 10–15 % своєчасних пологів та від 21 до 80 % передчасних пологів [1]. Клінічна картина ПРПО може проявитися двома сценаріями: 1 – несподіваним вилиттям великої кількості рідини з піхви з наступним відчуттям постійного неконтрольованого підтікання; 2 – періодичним підтіканням невеликої кількості рідини чи постійною вологістю в ділянці промежини [2].

Амніальна гідрорея зустрічається з частотою 0,2–1 % серед акушерських ускладнень. Її розвиток пов'язаний з високим надривом плодових оболонок на невеликій відстані [3]. Отвір в амніальному мішку настільки малий, що пропускає незначну кількість навколоплодових вод, періодично: при зміні положення тіла вагітної, рухах плода. Інше джерело амніальної гідрореї – вилиття «хибних» навколоплодових вод (hydorrhoea decidualis, choralis). При мікроскопічному дослідженні в них виявляються елементи плода. Вибір оптимальної тактики ведення випадку, індивідуальний підхід до вирішення питання пролонгування вагітності сприяє зменшенню акушерських ускладнень та покращенню перинатальних наслідків.

Для ідентифікації навколоплідних вод застосовують різноманітні діагностичні тести: біологічні, імуноферментні, ультразвукову сонографію, амніоскопію. Біологічні тести характеризуються малою специфічністю і низькою чутливістю (13–77 %). Швидкі імуноферментні тести основані на присутності специфічної молекули, яка у високій концентрації міститься в амніотичній рідині (діамін оксидаза, фібронектин пло-

довий, плацентарний α -1 мікроглобулін, білок-1, який зв'язує інсуліноподібні фактори росту). Для верифікації діагнозу ПРПО обов'язковим є визначення кількості амніотичної рідини ультрасонографічним методом: якщо показник індексу амніотичної рідини (вимірювання глибини найбільшої вільної ділянки навколоплідних вод у 4 квадрантах амніотичної порожнини) в межах норми (середнє значення складає від 16,2+/-5,3 см) – діагноз передчасного розриву плодових оболонок є сумнівним. Метод дозволяє виявити неспроможність плодових оболонок нижнього полюса (специфічність – 71 %) [4].

Мета роботи – оцінити особливості перебігу вагітності та перинатальні наслідки при різних сценаріях передчасного розриву плодових оболонок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Під спостереженням перебували 48 пацієнок у віці від 17 до 38 років з ПРПО у різних термінах гестації. Нами свідомо обрано гестаційний термін 24 – 36+6 тижнів. Діагноз ПРПО ставився на основі «тесту папороті», нітразинового тесту, визначення рН піхвового вмісту, індексу амніотичної рідини (IAP), швидкого імуноферментного тесту Actim PROM. IAP визначали при ультразвуковому дослідженні (апарат ультрасонодіагностики Siemens). IAP менше 5 см підтверджував маловоддя, IAP більший 24 см – достовірною ознакою багатоводдя, верхня межа норми IAP 18–20 см. Швидкий імуноферментний тест Actim PROM виявляє у піхвових виділеннях білок, який зв'язує інсуліноподібні фактори росту. Ведення вагітних здійснювалося згідно з чинними нормативними документами (накази № 620, № 782).

Пацієнти отримували антибіотикопрофілактику, профілактику респіраторного дистрес-синдрому пло-

да (дексаметазон по схемі), токолітичну терапію (β -адреноміметиками, тривалий токоліз не застосовували), місцево – санація піхви, відповідно до виділеної флори, метаболічну, симптоматичну терапію.

З появою клініко-лабораторних ознак хоріоамніоніту вагітних розроджували, метод розродження визначався акушерською ситуацією. Післяродовий період перебігав без ускладнень, з застосуванням антимікробної, антианемічної, симптоматичної терапії.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Серед 48 вагітних, яким встановлено за результатами обстеження діагноз ПРПО, у шести пацієнток (12,5 %) мав місце високий надрив плодових оболонок (II група), який викликав певні труднощі в діагностиці: негативні результати біологічних тестів, показники ІАП коливалися на нижній межі норми: $6,8+/-2,7$ см (при поступленні), через 3 дні – $7,2+/-2,3$ см, через 7 днів – $7,8+/-3,1$ см. Діагноз амніальної гідрореї остаточно встановлено за результатами тестування системою Actim PROM. Даний тест виявився «позитивним» у 100 % випадків серед пацієнтів другої групи. Серед 42 вагітних з явними водянистими виділеннями з піхви (I група), нормальними показниками ІАП та позитивним «тестом папороті» систему Actim PROM застосовано у 16 (38,1 %) пацієнток у I–II добу поступлення в стаціонар, у них мало місце: багатоводдя при попередній ультрасонографії – 7 вагітних (36,8%), багатоплідна вагітність – 4 випадки (9,5 %), 5 пацієнток виявили бажання у додаткових методах обстеження.

За термінами гестації пацієнтки були розподілені: 24-27+6 тижнів – 16,6 % – у I та II групах; 28-33+6 тижнів – 18 (42,9 %) і 2 (33,3 %) відповідно; 34-36+6 – 40,5 % (I) та 50 % (II). Вагітних юного віку (до 18 років) у першій групі було 4 (9,5 %), у другій не було, першовагітних після 30 років анкетовано, відповідно, 11,9 % та 16,6 %.

В анамнезі, серед 48 пацієнтів, порушення менструального циклу відмічали 17 вагітних (35,4 %), урогенітальні інфекції перенесли 12 (25 %), звичне невиношування діагностовано у 8 (16,6 %), аномалії пологової діяльності у попередніх пологах зазначили 5 (10,4 %) пацієнток, перинатальні втрати були у 3 (6,25 %).

Ускладнений перебіг гестаційного процесу при даній вагітності мав місце у всіх проаналізованих випадках: загроза самовільного викидня 42,9 % (I група), 50 % (II група); дисбіоз піхви (бактеріальний вагіноз, вульвовагінальний кандидоз) діагностований у кожній третій пацієнтки з I групи та у всіх вагітних з II групи. В той же час у пацієнтів з амніальною гідрореєю не виявлено хронічної урогенітальної інфекції (хламідіоз, токсоплазмоз, ЦМВІ тощо), в I групі цей показник становив 38,1 % вагітних.

Вагітність у групі з ПРПО в середньому вдалося пролонгувати на $12,4\pm 5,2$ днів, в групі з високим надривом плодових оболонок – на $18,3\pm 4,1$ днів. Хоріо-

амніоніт діагностовано у 6 випадках з I групи. Варіанти завершення вагітності, відповідно по групах: передчасні пологи 73,8 % та 50 %; термінові пологи – 26,2 % та 50 %; оперативним розродженням завершено 5 (11,9 %) випадків з I групи. Показаннями до операції кесаревого розтину були: дистрес плода (3 випадки), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (2).

Всі немовлята народилися живими (52 дитини). Середня маса дітей у I групі склала 1860 ± 420 г, з оцінкою по шкалі Апгар $5,6\pm 1,2 / 6,3\pm 1,5$ бали, у 6 (14,3 %) недоношених діагностовано внутрішньоутробну пневмонію, у 8 (19,1 %) петехіальну висипку на шкірі, 33 (78,6 %) немовлят переведено на II етап, 9 дітей виписано додому на 6 ± 3 добу. У групі вагітних з амніальною гідрореєю перинатальні наслідки виявилися наступними: середня маса дітей склала 2230 ± 570 г, з оцінкою по шкалі Апгар $6,2\pm 1,4 / 6,8\pm 1,7$ бали, в одному (16,6 %) випадку діагностовано внутрішньоутробну пневмонію, патології шкіри не виявлено, на II етап переведено дві дитини (33,3 %) у зв'язку з недоношеністю, 4 дітей виписано додому на 5 ± 2 добу.

ВИСНОВКИ. Маніфестація клінічних сценаріїв ПРПО (власне ПРПО, амніальна гідрорея, «хибні» навколоплодові води) і перинатальні перспективи залежать від терміну гестації, тривалості безводного періоду, акушерсько-гінекологічного та соматичного анамнезу, особливостей перебігу даної вагітності. За даними Т. М. Дріня, у жінок з ПРПО, незважаючи на проведення лікувально-профілактичних заходів, стан плода поступово погіршується, а після 72 годин безводного проміжку компенсаторні можливості плода виснажуються і виникають значні порушення у фетоплацентарному комплексі, негативно впливаючи на перинатальні наслідки [5]. Позитивний прогноз доношування вагітності та перинатальні перспективи більш оптимістичні у випадку амніальної гідрореї (високий надрив плодових оболонок). ПРПО при недоношеній вагітності та тривалому безводному періоді збільшує ймовірність розвитку внутрішньоутробної пневмонії та інших інфекційних ускладнень у новонароджених. Адекватна оцінка клінічної ситуації, індивідуальний підхід, раціональне ведення вагітності мінімізує ризик ускладнень при ПРПО, покращує перинатальний прогноз, постнатальну адаптацію і розвиток немовлят.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Аналіз результатів дослідження свідчить про необхідність розробки та застосування комплексу діагностичних заходів, спрямованих на ретельний контроль за перебігом вагітності, станом плода та новонародженого при передчасному розриві плодових оболонок. Пошук додаткових пояснень по етіогенезу морфофункціональних змін фетоплацентарного комплексу при ПРПО, перспективи доношування вагітності створюють підґрунтя для продовження наших наукових досліджень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кулаков В. И. Преждевременные роды / В. И. Кулаков, Л. Е. Мурашко. – М. : Медицина, 2002. – 176 с.
2. Малиновский М. С. Оперативное акушерство / М. С. Малиновский. – М. : Медицина, 1974. – 416 с.
3. Амниальная гидроррея. Особенности ведения беременности и родов / Э. Б. Яковлева, Т. Н. Степанюк, Н. О. Снижко [и др.] // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2006. – С. 780–782.
4. Пирогова В. І. Шляхи оптимізації діагностики загрози передчасних пологів / В. І. Пирогова, С. О. Шурпак, О. Є. Ошуркевич // Медичинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – № 7. – С. 18–24.
5. Дрінь Т. М. Деякі особливості клінічного ведення жінок з передчасним розривом амніональних оболонок і недоношеною вагітністю / Т. М. Дрінь // Галицький лікар. вісн. – 2000. – Т. 7, № 4. – С. 94–96.

Отримано 27.03.15