

Возможности пролонгирования беременности при преждевременном излитии околоплодных вод в сроке беременности менее 28 недель

**Е. В. Тархова, А. В. Шаклеин,
А. Н. Дробинская, Ю. В. Перегудова,
Н. М. Пасман**

*Городская клиническая больница № 1,
Новосибирск, Россия
Новосибирский государственный
университет, Новосибирск, Россия*

Преждевременные роды и рождение недоношенных детей является важнейшей проблемой, затрагивающей не только медицинские вопросы, но и социальные и экономические. В мире примерно каждый десятый ребенок рождается раньше срока (11,1 % по данным исследования «Born Too Soon» («Рожденные слишком рано»), проведенного в 2012 г.). При этом около 40 % преждевременных родов начинаются с преждевременного излития околоплодных вод. Из всех преждевременных родов около 5 % происходит на сроке до 28 недель, с 29 до 34 недели – от 33 до 42 %, по разным источникам, и 50–60 % преждевременных родов происходит при сроке 34–37 недель беременности. Чем раньше прерывается беременность, тем более неблагоприятны исходы для плода – как ближайшие, так и отдаленные. В настоящее время широко применяются токолитические средства, на фармацевтическом рынке появляются новые токолитики, однако частота преждевременных родов не имеет тенденции к снижению во всем мире.

После преждевременного разрыва плодных оболочек клиническая картина, а следовательно, и тактика врача определяется многими факторами: количеством околоплодных вод в матке, числом плодов, и главное, сроком беременности. Основные осложнения, возникающие при преждевременном излитии околоплодных вод, ведущие к неблагоприятным перинатальным исходам, – это восходящая инфекция и выпадение пельт пуповины.

В настоящее время тактика ведения недоношенной беременности при преждевременном излитии околоплодных вод может быть активной – родоразрешение – и консервативно-выжидательной. Активная тактика оправдана в тех случаях, когда риск возмож-

ных осложнений для матери и плода (инфицирование, отслойка плаценты, выпадение пуповины) выше, чем риск развития осложнений, связанных с рождением недоношенного незрелого ребенка. Цель же консервативно-выжидательной тактики – это пролонгирование беременности до максимальной морфофункциональной зрелости плода – обычно до срока 34 недель. Ясно, что при этом должен проводиться постоянный мониторинг состояния внутриутробного плода, количества околоплодных вод и оцениваться вероятность гнойно-септических осложнений – как для матери, так и для плода. С целью предупреждения респираторного дистресс-синдрома, внутрижелудочковых кровоизлияний и некротически-язвенного колита у новорожденных используются кортикостероиды – дексаметазон или бетаметазон в курсовой дозе 24 мг в обоих случаях. Для профилактики хориоамнионита и внутриутробного инфицирования плода проводится эмпирическая антибактериальная терапия с применением антибиотиков широкого спектра действия.

Цель исследования. Оценить возможности пролонгирования беременности недоношенного срока при преждевременном излитии вод на примере клинического случая.

Материалы и методы. Проведен проспективный анализ течения беременности, родов и постнатального исхода у беременной, поступившей в родильное отделение в сроке беременности 22–23 недели с клиникой угрозы очень ранних преждевременных родов и преждевременным излитием околоплодных вод при сроке беременности 23 недели.

Проведено общеклиническое обследование: сбор жалоб, анамнеза, обследование общего и акушерского статуса, клинико-лабораторный мониторинг (общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма, обследование на ВИЧ и сифилис в декретированные сроки, определение группы крови и резус-фактора, бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала, мазки на флору), инструментальные методы обследования (КТГ, УЗИ плода, доплерометрия МППК, измерение ИАЖ), консультация смежных специалистов (терапевт, офтальмолог, гематолог).

Клинический случай. Беременная С., 38 лет, поступила в родильное отделение переводом из гинекологической больницы

05.11.2015 с диагнозом: Беременность II, 22–23 недели. ОАГА. Роды 1. Бихориальная биамниотическая двойня. Продольное положение головное предлежание первого плода. ИЦН. Шов на шейке матки по Мак-Дональду. Пессарий Арабин. Угрожающие преждевременные роды. Первичный субклинический гипотиреоз, медикаментозная компенсация. Хронический пиелонефрит, ремиссия. Хроническая урогенитальная инфекция. Хроническая вторичная компенсированная плацентарная недостаточность.

Из анамнеза: менархе в 15 лет, менструальный цикл без нарушений. Контрацепция до 2014 г. – КОК («Ярина плюс»). В 2014 г. – самопроизвольный выкидыш в сроке 17–18 недель с выскабливанием полости матки, без осложнений.

Настоящая беременность наступила в естественном цикле. По УЗИ в 6–7 недель диагностирована дихориальная диамниотическая двойня. УЗИ-скрининг выполнен. В 13 недель выявлена низкая плацентация. При втором скрининге в 19–20 недель диагностирована ИЦН (длина цервикального канала 15 мм, внутренний зев воронкообразно расширен, пролабирование плодного пузыря). С диагнозом «угрожающий поздний самопроизвольный выкидыш» беременная госпитализирована в гинекологическую больницу. Проводилась магниезиальная терапия, антибактериальная терапия (амписид), токолитическая терапия. Произведен серкляж шейки матки по Мак-Дональду 28.10.2015, установлен пессарий.

В связи со сроком беременности 22–23 недели беременная 05.11.2016 переведена в родильный дом для дальнейшего пролонгирования беременности.

При осмотре шейка матки в пессарии, швы на шейке состоятельный. Наружный зев пропускает один поперечный палец. Плодный пузырь цел.

Назначена антибактериальная терапия (амписид 4,5 г/сут), магниезиальная терапия. Проведено УЗИ плодов, доплерометрия МППК – беременность 23–24 недели. Бихориальная биамниотическая двойня. Недиссоциированное развитие плодов. Пролабирование плодного пузыря до наружного зева. Нарушений МППК нет.

Произошло преждевременное излитие околоплодных вод 08.11.2015. Учитывая отсутствие признаков хориоамнионита (нормотермия, отсутствие воспалительных изменений в крови – лейкоциты $10,77 \times 10^9/\text{л}$, без

сдвига лейкоцитарной формулы, СРБ – 0,77) решено продолжить пролонгирование беременности в условиях родильного отделения.

Проводился клинико-лабораторный мониторинг: ежедневный контроль общего анализа крови с лейкоцитами и лейкоформулой, термометрия каждый час, контроль бакпосевов из цервикального канала через 10 дней, контроль доплерометрии МППК и индекса амниотической жидкости ежедневно, биофизический профиль плодов через 10 дней. С 26 недель дважды в сутки проводился КТГ-мониторинг. Дважды с перерывом в 6 недель проведена профилактика РДС плода бета-метазоном.

Уровень лейкоцитов за все время наблюдения от $8,3$ до $12,36 \times 10^9/\text{л}$, без сдвига лейкоцитарной формулы. ИАЖ 1 плода от 80 до 120 мм, II плода – от 130 до 170 мм. При УЗИ прирост плодов каждые 10 суток адекватный, развитие плодов недиссоциированное, нарушений МППК нет. За время наблюдения повышение температуры тела не отмечено. Из цервикального канала высевалась условно-патогенная флора в умеренном количестве, в разное время – *E. coli*, *Enterococcus faecalis et faecium*, *Staph. epidermidis*. В течение месяца роста флоры из цервикального канала не было. Антибактериальная терапия проводилась с перерывами курсами по 10 суток в соответствии с чувствительностью флоры: амписид – 4,5 г/сут, цефотакс – 4,0 г/сут, хеомоцилин – 500 мг/сут внутривенно.

На 74-е сутки пребывания в родильном доме при сроке беременности 33 недели (17.01.2016) развилась родовая деятельность. Учитывая срок беременности, высокий риск перинатальных потерь, а также рекомендации офтальмолога по исключению потужного периода (в анамнезе – отслойка сетчатки), проведено родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Извлечены живые недоношенные дети мужского пола с оценкой по Апгар 7/7 баллов, первый с массой 2 240 г и длиной 46 см, второй – 1 840 г и 44 см соответственно, с ЗВУР легкой степени. Операция проведена без технических сложностей. Общая кровопотеря 600 мл.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Проведен УЗИ-контроль на 6-е сутки, матка соответствует суткам послеродового периода. Проводился лабораторный мониторинг: в общем анализе крови не выявлено воспалительных изменений, лейкоциты

8,69 × 10⁹/л. Весь период наблюдения после родоразрешения – нормотермия.

Дети находились в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Дыхание самостоятельное, без дотации кислорода. На 7-е сутки в стабильном состоянии переведены на второй этап выхаживания в детскую больницу.

Выводы:

1. Консервативно-выжидательная тактика при преждевременном излитии вод в недоношенном сроке беременности оправдана в случае, если отсутствуют признаки активного воспалительного процесса в материнском организме, состояние внутриутробного плода удовлетворительное, его биофизический профиль соответствует сроку беременности, и нет показаний для экстренного родоразрешения (например, отслойка плаценты, выпадение пуповины и т. п.). При постоянном наблюдении и клинико-лабораторном мониторинге, а также мониторинге КТГ и УЗИ возможно пролонгирование беременности до сроков максимально возможной морфофункциональной зрелости плода.

2. На данном примере прослеживается, что исходы беременности для матери и ребенка (в данном случае для двойни) благоприятны, несмотря на длительное пролонгирование беременности – с 22 до 33 недель беременности.