

УДК 618.346.007.251

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ДОРОВОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ 22-34 НЕДЕЛИ

Дятлова Л.И.

Перинатальный центр Саратовской области, Саратов, e-mail: larisady@mail.ru

Опыт ведения пациенток с дородовым излитием околоплодных вод в 22-34 недели гестации позволил определить тактику ведения данной группы беременных. Определены основные правила выбора выжидательной и активной тактики ведения.

Ключевые слова: преждевременный разрыв мембран, тактика ведения беременных

DEFINITION MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN FOR PRETEM RUPTURE OF MEMBRANES AT GESTATIONAL AGE 22-34 WEEKS

Dyatlova L.I.

Perinatal Center Caratovskoy region, Saratov, e-mail: larisady@mail.ru

Experience in patients with premature rupture membranes in 22-34 weeks gestation possible to determine the management of this group of pregnant women. The basic rules for the selection of active and expectant management tactics.

Keywords: premature rupture of membranes, tactics pregnant

До наступления эры антибиотиков тактика ведения беременных с дородовым излитием околоплодных вод после 22 недель не вызывала сомнения. Было установлено, что при нарастании длительности безводного промежутка у пациенток появляются признаки инфицирования матери и плода, приводящих в конечном итоге к крайне неблагоприятным исходам. В результате сформировалось мнение, согласно которому длительность безводного промежутка должна не быть более 12 часов. До конца прошлого столетия считалось целесообразным активное ведение родов после отхождения околоплодных вод с применением схем родовозбуждения [1]. Однако катанестический анализ активной тактики ведения преждевременных родов показал рациональность более длительной выжидательной тактики для самопроизвольного развития родовой деятельности [4]. Согласно отечественным клиническим рекомендациям [2] выжидательная тактика ведения беременных с

преждевременным излитием околоплодных вод при недоношенной беременности является важным фактором снижения уровня инфекционно-воспалительных осложнений у матери и плода. Вместе с тем окончательно не решен вопрос, как долго можно пролонгировать беременность в условиях ПРОМ, чтобы снизить процент осложнений.

По данным литературы у 13-60% женщин с ПРОМ при недоношенной беременности имеет место внутриматочная инфекция и в 2-13% развивается послеродовой эндометрит. для этой группы женщин харак-

терно возрастание частоты преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, оперативного родоразрешения и послеродовых кровотечений [6].

Высокий уровень возможных осложнений диктует необходимость тщательного отбора пациенток для выжидательной тактики ведения беременности при ПРОМ (преждевременный разрыв околоплодных мембран).

Согласно клиническим рекомендациям «Научного центра акушерства, гинекологии, перинатологии имени академика В.И. Кулакова» противопоказаниями для выжидательной тактики являются: хориоамнионит; осложнения беременности, требующие немедленного родоразрешения (преэклампсия, эклампсия, отслойка плаценты, кровотечения при предлежании плаценты, декомпенсированные состояния матери и плода, выраженное маловодие, активная родовая деятельность, меконияльное окрашивание околоплодных вод [2]. Сорокина О.В. считает, что критериями исключения для выжидательной тактики являются: признаки хориоамнионита, тазовое и поперечное положение плода, многоплодная беременность, рубец на матке, множественная миома матки, хронические воспалительные заболевания (хронический пиелонефрит с обострением при беременности), тяжелая соматическая патология, хроническая плацентарная недостаточность с нарушением гемодинамики и/или гипотрофией плода, начавшаяся гипоксия плода [5]. Другие авторы рекомендуют не пролонгировать беременность в условиях ПРОМ при много-

плодной беременности, преждевременных родах, ранним излитием околоплодных вод или ранней амниотомии, наличия на момент обследования острых (и обострения хронических) инфекционно-воспалительных заболеваний, плановом (запланированном) кесаревом сечении, программированных родах, тяжелых осложнениях беременности и декомпенсированных соматических заболеваний, отказе от продолжении беременности [3].

В результате наших наблюдений мы сформировали противопоказания для пролонгирования беременности при дородовом излитии околоплодных вод в 22-34 недели:

1. Информированный отказ пациентки от пролонгирования беременности.

2. Тяжелые состояния матери, требующие немедленного родоразрешения: кровотечения, связанные с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, предлежанием плаценты; преэклампсия, эклампсия; признаки несостоятельности рубца на матке; тяжелая хирургическая и соматическая патология, в том числе острый пиелонефрит с нарушением оттока мочи.

3. Фетоплацентарная недостаточность с нарушением гемодинамики у плода II-III степени, синдром задержки развития плода II степени, острая гипоксия плода.

Двойня в сочетании с антенатальной гибелью одного из плодов. Меконияльное окрашивание околоплодных вод.

4. Отсутствие нижнего полюса плодного пузыря.

5. Регулярная родовая деятельность.

6. Выраженные структурные изменения в шейке матки (открытие маточного зева более 3 см.).

7. Признаки хориоамнионита: гипертермия у матери (температура выше 37,2°C), тахикардия у матери (пульс более 100/мин), стойкая тахикардия у плода (>160/мин), выделения из половых путей с гнилостным запахом, активация сократительной деятельности матки, нарастание лейкоцитоза крови, провоспалительных интерлейкинов, С-реактивного белка.

8. Выраженное маловодие (индекс амниотической жидкости меньше 3 см. в течение 3 дней).

Соблюдение вышеуказанных правил в определении тактики ведения беременных с ПРОМ в 22-34 недели гестации позволяют избежать серьезных осложнений для матери и плода.

Список литературы

1. Абрамченко В.В. Индукция родов и их регуляция простагландинами [Текст] / В.В. Абрамченко, Р.А. Абрамян, Л.Р. Абрамян. – СПб.: ЭЛБИ. – СПб, 2005. – 288 с.

2. Баев О.Р., Васильченко О.Н., Кан Н.Е. Преждевременный разрыв плодных оболочек, клиническое руководство – М., 2013. – 35 с.

3. Дмитриенко К.В. Родоразрешение женщин с преждевременным излитием околоплодных вод при доношенной беременности с учетом параметров воспалительного ответа: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Барнаул, 2014. – 24 с.

4. Ивченко Е.Н. Прогностические критерии постнатальных исходов при преждевременном разрыве оболочек (ПРПО) в 22-34 недели беременности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2006. – 36 с.; Радзинский В.Е. Акушерская агрессия [Текст] / В.Е. Радзинский. – М.: Медиабюро Status Praesens, 2011. – 688 с.

5. Сорокина О.В. Клинико-микробиологическое обоснование антибиотикопрофилактики при преждевременном излитии околоплодных вод при доношенной беременности: автореф. ... канд. мед. наук. – СПб., 2013. – 24 с.

6. Di Renzo G.C., Cabero Roura L., Facchinetti F. & the EAPM-Study Group on «Preterm Birth»: Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 2011; 24(5): 659–667.