

ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД И ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ

С.А. МАТЯКУБОВА, Д.Т. РУЗМЕТОВА

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии, Республика Узбекистан, г. Ургенч

ФЕТАЛ СУВНИНГ ТУЗИЛИШГА КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ ВА ҚУИДАЛАРИ ХЎЖАЛИКЛАРНИ ҚЎЛЛАБ-ҚУВАТЛАШТИРИШ ТАРТИБИ

С.А. МАТЯКУБОВА, Д.Т. РУЗМЕТОВА

Тошкент Тиббиёт Академиясининг Урганч филиали, Ўзбекистон Республикаси, Урганч ш.

PECULIARITIES OF CLINICAL FLOW IN PREMATURE EXTRACTION OF NEAR FETAL WATER AND THE PRINCIPLES OF MAINTAINING PREGNANT WOMEN

S.A. MATYAKUBOVA, D.T. RUZMETOVA

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Urgench

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) – это осложнение беременности, характеризующееся нарушением целостности оболочек плодного пузыря и излитием околоплодных вод (до начала родовой деятельности) недоношенном сроке беременности, составляющее от 34 до 56% всех преждевременных родов [7, 12].

ПРПО тесно связан с перинатальной инфекцией, повышая в 10 раз риск неонатального сепсиса, высокой перинатальной и младенческой смертностью, а так же риском гнойно-септических осложнений матери [3, 11].

Часто воды отходят одномоментно в большом количестве, и диагностика ПРПО не представляет труда, но в 47% случаев, когда возникают микротрещины или боковые разрывы без массивного излития, врачи сомневаются в правильной постановке диагноза, что грозит гипердиагностикой и необоснованной госпитализацией или наоборот инфекционными осложнениями при позднем обнаружении [2].

Около 10% всех беременностей и 40% недоношенных осложняются ПРПО. 20–25% беременных женщин обращаются в женскую консультацию с подозрением на ПРПО. 25–38% [3] из всех недоношенных родов провоцируются ПРПО. 18–20% всех перинатальных смертей – это результат ПРПО [6].

Причины, вызывающие ПРПО, до конца не изучены, и нельзя с точностью ответить на вопрос какой именно из факторов риска приведет к этой патологии. Единственное о чём можно с точностью утверждать это то, что чаще всего с ПРПО обращаются женщины, имевшие преждевременное излитие вод при предыдущей беременности, не доношенной до срока. Риск рецидива в этом случае составляет 16-32% [1, 9].

В норме плодный пузырь разрывается в первой фазе родов. Одновременно с созреванием шейки матки размягчаются и плодные оболочки, выделяется большое количество ферментов, которые ответственны за нормальное и своевременное отслоение плаценты. Но при разных патологиче-

ских состояниях этот механизм несколько изменяется, что и приводит к преждевременному излитию вод [5]. Произойти это может на любом сроке беременности, чем и обусловлены 40% всех преждевременных родов. Доказано, что 4–12% преждевременных родов с ПРПО сопровождаются преждевременной отслойкой плаценты, а это чревато профузным кровотечением и выраженной гипоксией плода [10].

Целью данной статьи явилось изучение особенностей клинического течения при преждевременном излитии околоплодных вод на основе литературных данных и собственного практического опыта.

Клиническая картина ПРПО зависит от степени повреждения оболочек. Если имел место разрыв плодного пузыря, то женщина отмечает выделение большого количества жидкости, не связанного с мочеиспусканием; может уменьшиться высота стояния дна матки за счёт потери значительного количества амниотической жидкости; очень быстро начинается родовая деятельность [4, 8].

Но в большинстве случаев такие разрывы происходят при отсутствии явных факторов риска и уже через час клинические проявления значительно уменьшаются, что сильно усложняет первичную диагностику и требует дополнительных методов, а опоздание с диагностикой и своевременно начатым лечением на 24 часа многократно повышает вероятность перинатальной заболеваемости и смертности [2, 11].

Спустя сутки, а то и ранее развивается хориоамнионит – одно из самых грозных осложнений ПРПО, признаки которого также косвенно говорят о том, что имеет место быть разрыв плодных оболочек [5, 9]. Характерными признаками этого состояния являются повышение температуры тела (выше 38, 38,6±0,1), лихорадкой, тахикардией у матери (выше 100 уд\мин; 114±0,2) и плода (выше 160 уд\мин; 168,3±0,3), при пальпации отмечается болезненность матки, а при обследовании - гнойные выделения из шейки матки.

В периферической крови отмечается сдвиг лейкоцитарной и нейтрофильной формы в лево (лейкоциты свыше $18 \cdot 10^9$; $19,3 \pm 0,2$), однако эти показатели являются косвенными и не имеют прогностическую ценность для установления наличия инфекции, необходимо наблюдение за этим показателем в течение 1-2 суток. Обязательным показанием к родоразрешению является наличие хориоамнионита, который так же не может быть противопоказанием к кесаревому сечению, что подтверждается и другими авторами [6, 12].

Развитие осложнений, а так же их тяжесть зависят от срока беременности в котором произошло излитие околоплодных вод, и от тактики ведения беременной. Так, по данным многих исследователей и согласно собственного опыта ПРПО на ранних сроках увеличивает смертность новорождённых детей в 4 раза [3, 5].

От правильности и своевременности постановки правильного диагноза зависит коррекция состояния беременной и нормальное родоразрешение. Так при полном разрыве плодных оболочек диагностика не затруднена. Излитие большого количества прозрачной жидкости без запаха является достоверным клиническим симптомом. Однако при субклинических разрывах, когда околоплодная жидкость выделяется в очень маленьком количестве и, смешиваясь с влагалищным секретом, оставаясь незамеченной, диагностировать ПРПО сложно, что подтверждается многими авторами [6, 10].

Для диагностики ПРПО используются только осмотр в зеркалах, измерение Рн влагалища и микроскопия мазка, однако эти методы не всегда точны и зачастую являются ошибочными [10, 12]. Кроме этого, при малейшем подозрении на ПРПО, целесообразно избегать влагалищного исследования (кроме случаев с активной родовой деятельностью), так как диагностически этот метод бесполезен и способствует распространению инфекции [4, 8, 15].

Для определения уровня амниотической жидкости и целесообразности пролонгирования беременности необходимо использовать ультразвуковое исследование. Так же УЗИ даёт возможность диагностировать продолжительность латентного периода. Однако данное исследование не во всех случаях может выявлять факт разрыва, а только определяет уровень амниотической жидкости, который может изменяться и при других патологиях, а при микротрещинах с незначительной потерей околоплодных вод вообще неинформативен, что так же подтверждается и другими авторами [7, 9, 11].

Амниоцентез с использованием красителя индиго кармина, является «золотым стандартом» в диагностике преждевременного разрыва плодных оболочек [1, 14].

Определение РН влагалища так же не даёт достоверного результата, его информативность снижается по мере увеличения времени, прошедшего с момента разрыва плодных оболочек [3, 8].

В сомнительных ситуациях рекомендуется проведение теста ПАМГ-1. Если он оказался положительным, но нет никаких клинических признаков излития околоплодных вод, то ПРПО имеет место в 99,9%, а такая пациентка подлежит госпитализации и проведению всего комплекса лечебных мероприятий [4, 7, 11]. В случае, если тест оказался отрицательным, можно быть уверенными в том, что повреждения пузыря нет [1, 12].

При составлении принципов ведения беременных с ПРПО следует иметь четкое представление в вопросах по акушерской ситуации, о месте и времени родоразрешения и необходимости профилактики инфекционных осложнений и/или респираторного дистрессиндрома [6, 13].

При лечении ПРПО при недоношенной беременности единого алгоритма не существует. Все очень индивидуально и зависит от срока гестации, состояния плода на момент разрыва плодных оболочек и степени зрелости шейки матки [2, 8].

При ПРПО преимущественно используется выжидательная тактика. Однако необходимо четко знать, когда дальнейшее пролонгирование невозможно и увеличивается риск развития инфекционных осложнений [1, 5, 16].

В гестационном сроке меньше 22 недель пролонгирование беременности нецелесообразно из-за высокого риска септических осложнений и неблагоприятного прогноза для плода [4], 22-24 недели также крайне неблагоприятный прогноз для плода. В гестационном сроке свыше 34 недель, при отсутствии противопоказаний, рекомендуется выжидательная тактика [5, 9, 11].

В связи с вышеизложенным следует заключить, что, противопоказаниями для выбора выжидательной тактики являются [7, 9]:

- Хориоамнионит
- Осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения: эклампсия и преэклампсия, кровотечение, отслойка или предлежание плаценты.
- Декомпенсированные состояния матери и плода.
- Развивающаяся активная родовая активность

Выжидательная тактика ведения – общие принципы [3, 6, 10]:

- Влагалищный осмотр не проводится из-за высокого риска инфицирования.
- Длительность выжидательной тактики определяется состоянием матери и плода.
- 32-34 недели пограничный срок.

–Тактика ведения определяется степенью зрелости лёгких плода.

Таким образом, в заключении можно сказать, что чем меньше срок беременности, тем выше риск неонатальных осложнений. Чем дольше латентный период, тем выше вероятность развития эндометрита. Снизить риск развития ПРПО можно своевременным лечением вагинальной инфекции и отказом от вредных привычек.

Литература:

1. Акушерство: национальное руководство/ Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
2. Баев О.Р., Васильченко О.Н., Кан Н.Е., Клименченко Н.И., Митрохин С.Д., Тетрашвили Н.К., Ходжаева З.С., Шмаков Р.Г., Дегтярев Д.Н., Тютюнник В.Л., Адамян Л.В. Преждевременный разрыв плодных оболочек (преждевременное излитие вод) // Акушерство и гинекология. - 2013. - № 9. - С. 123-134.
3. Болотских В.М. Новые подходы к ведению беременности и родов, осложнённых преждевременным излитием околоплодных вод при доношенном сроке // Материалы Всероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». - М.: Медиабюро Status Praesens, 2010 - 32 с.
4. Болотских В.М., Милютин Ю.П. Преждевременное излитие околоплодных вод: иммунологические и биохимические аспекты проблемы, вопросы диагностики и тактики ведения // Журнал акушерства и женских болезней. - 2011. - № 4. - С. 104-116.
5. Кан Н.Е., Санникова М.В., Амирасланов Э.Ю., Тютюнник В.Л. Клинические предикторы прогнозирования преждевременного разрыва плодных оболочек // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. -2013. - Т. 12, № 3. - С. 12-18.
6. Каримова У.А., Олимова Л.И. Современное представление об этиопатогенезе и ведении женщин с дородовым разрывом плодных оболочек // Вестник Педагогического университета. - 2014. - № 5 (60). -С. 134-141.
7. Косимова Ш. О., Асранкулова Д. Б., Сатимова Ш. М., Назирова З. М., Усманова Г. А. Диагностика преждевременного разрыва плодных оболочек у беременных // Молодой ученый. - 2015. - №23. - С. 363-365.

8. Косимова Н. И. Значение урогенитальной инфекции в проблеме невынашивания беременности //Проблемы биологии и медицины. – 2012. – Т. 1. – С. 71.
9. Макаров О.В., Кафарская Л.И., Козлов П.В. Микробиологический анализ условно патогенной флоры при беременности, осложненной преждевременным разрывом плодных оболочек // Материалы 8 Российского Форума «Мать и дитя». 2006, с.116.
- 10.Наврузова Ш. И., Саъдуллоева И. К. Особенности цитокинового статуса у детей с врожденным дефектом межжелудочковой перегородки сердца //Проблемы биологии и медицины. – 2012. – Т. 1. – С. 85.
- 11.Мардонова З., Косимова Н. И. Анализ проведения медикаментозного аборта //Проблемы биологии и медицины. – 2012. – Т. 1. – С. 68.
- 12.Менухова Ю.Н. Сравнительная оценка клинических и микробиологических методов диагностики и эффективности лечения бактериального вагиноза//диссертация.-2014.-С. 30-31 . Радзинский В.Е. профилактика послеродовых инфекций у женщин с бактериальным вагинозом// Гинекология. -2012. - №11. С.4-6.
- 13.Хамдамов И. Б., Хамидова Н. Р. Контрацепция у женщин преклимактерического возраста //Проблемы биологии и медицины. – 2012. – Т. 1. – С. 138.
- 14.ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 80: premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists // Obstet .Gynec. - 2007. - Vol. 109. -P. 1007-1019.
- 15.Ananth G.V. Preterm premature rupture of membranes, intrauterine infection; and oligohydramnios: risk factors for placental abruption;/Ananth C.V., Oyelese Y., Srinivas N // Obstet. Gynecol. Jul. 2004. - Vol.104, №1. - Pi 71-77.
- 16.Carroll S., Knowles S. Clinical practice guideline: preterm prelabour rupture of the membranes // Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Directorate of Strategy and Clinical Care, Health Service Executive. - 2013. - Version 1.0. Guideline № 24:19.