

□ Случай из практики

Н. В. Волчок, А. В. Федосеенко, О. Г. Дражина

СОХРАНЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД В ГЕСТАЦИОННОМ СРОКЕ 16–17 НЕДЕЛЬ

*УЗ «Городской клинический родильный дом № 2» г. Минска
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»*

В статье описан случай сохранения беременности при излитии околоплодных вод в сроке 16–17 недель. Данные представляют интерес в плане ведения и исхода беременности.

Преждевременное излитие околоплодных вод является опасным в плане дальнейшего развития беременности, неблагоприятных исходов, возможного инфицирования матери и плода. Сохранение беременности при излитии околоплодных вод в 16–17 недель гестации до срока жизнеспособности плода и далее возможно в условиях стационара третьего уровня оказания помощи матери и ребенку при адекватной комплексной терапии и тщательном клиническом наблюдении за беременной. Обязательно проведение антибиотикотерапии (несколько курсов с учетом результатов посевов), контроль лабораторных показателей, ультразвуковые исследования в динамике.

Ключевые слова: беременность, преждевременное излитие околоплодных вод.

N. V. Volchok, A. V. Fedoseenko, O. G. Drajina

THE PREGNANCY OUTCOME IN THE CASE OF PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AT 16–17 WEEKS GESTATION

The article presents the case of premature rupture of membranes at 16–17 weeks gestation. This case provides data in regards of prenatal care, management and pregnancy outcome.

Key words: pregnancy, premature rupture of membranes.

Преждевременное излитие околоплодных вод является опасным в плане дальнейшего развития беременности, возможного инфицирования матери и плода. Сохранение беременности с излитием вод в сроки до 22 недель представляет интерес в плане ведения таких женщин и исходов. Учитывая, что родильный дом № 2 г. Минска является перинатальным центром третьего уровня с разработанными алгоритмами ведения беременных с излитием вод в сроки после 22 недель и большим опытом выживания недоношенных детей с весом более 500 г, была предпринята попытка сохранения беременности в сроке 16–17 недель.

Пациентка К., 33 года. Настоящая беременность третья, самостоятельная, двойня диамниотическая, дихориальная. Акушерский анамнез отягощен (первая беременность закончилась вакуум-аспирацией, вторая – медицинским абортom в сроке 8 недель). Гинекологический анамнез не отягощен. Соматический анамнез не отягощен. Женщина встала на учет по беременности в 7 недель в женской консультации.

Первая госпитализация беременной была в гинекологическое отделение родильного дома № 2 г. Минска в экстренном порядке с диагнозом «Начавшийся выкидыш в сроке 8–9 недель, полип цервикального канала, двойня диамниотическая, дихориальная, резус-отрицательная принадлежность крови, возрастная первородящая, ОАА». Было проведено обследование согласно клиническим протоколам наблюдения беременных, рожениц, родильниц, принятых в Республике Беларусь в 2012 году. Данные анали-

зов без изменений, бактериальный посев из цервикального канала роста не дал. Данные ультразвукового исследования: матка расположена правильно, контур матки четкий, края ровные, тело матки имеет длину 68 мм, толщину 63 мм, ширину 80 мм, в полости матки определяется первое плодное яйцо размерами 38–40–45 мм, желточный мешок диаметром 4,4 мм, КТР эмбриона 15 мм (соответствует 8 неделям беременности), сердцебиение определяется, второе плодное яйцо размерами 20–18–17 мм, желточный мешок диаметром 3,9 мм, КТР эмбриона 13 мм (соответствует 7 неделям 5 дням беременности), сердцебиение определяется, правый яичник размерами 35–21–24 мм, с желтым телом, левый яичник размерами 35–25–27 мм, с желтым телом; заключение: беременность 8 недель, двойня диамниотическая, дихориальная.

Была назначена сохраняющая терапия (спазмолитические препараты, гестагены), прием фолиевой кислоты. Учитывая наличие кровянистых выделений из половых путей при поступлении, резус-положительную принадлежность крови у супруга, внутримышечно был введен анти-RhO-(D)-иммуноглобулин 150 мг. При исчезновении симптомов угрозы прерывания беременности был удален полип цервикального канала. Через две недели пациентка в удовлетворительном состоянии была выписана домой. В рекомендациях было указано соблюдение режима работы и отдыха; продолжение приема гестагенов (дюфастона по 10 мг 2 раза в сутки) до 20 недель беременности, фолиевой кислоты (по 1 мг в сутки) до 12 недель

беременности, йодомарина по 200 мкг в сутки до срока родов; проведение профилактики плацентарной недостаточности; измерение ультразвуковой длины шейки матки с 14–16 недель беременности каждые 3 недели для своевременного установления диагноза и коррекции истмико-цервикальной недостаточности; госпитализация в критические сроки прерывания беременности.

Следующая госпитализация в гинекологическое отделение роддома была в экстренном порядке, пациентка обратилась самостоятельно в приемный покой гинекологии с жалобами на жидкие выделения из половых путей. При осмотре: шейка матки чистая, выделения светлые, скудные, тест на околоплодные воды положительный, по данным влагищного исследования шейка матки длиной 2 см, плотная, отклонена кзади, закрыта, матка соответствует 17–18 неделям беременности, размягчена. Было выполнено ультразвуковое исследование: в полости матки визуализируется многоплодная беременность (два плода), первый плод слева, положение неустойчивое, сердцебиение определяется, ЧСС 149 уд/мин, БПР 33 мм, ОЖ 109 мм, ДБ 20 мм, предполагаемая масса плода 150 г, срок по фетометрии 16 недель 3 дня, плацента расположена по передней стенке на 20 мм выше внутреннего зева, толщина плаценты 16 мм, количество околоплодных вод нормальное; второй плод справа, положение неустойчивое, сердцебиение определяется, ЧСС 148 уд/мин, БПР 30 мм, ОЖ 87 мм, ДБ 16 мм, предполагаемая масса плода 110 г, срок по фетометрии 15 недель 1 день, плацента расположена по задней стенке нормально, толщина плаценты 16 мм, околоплодные воды отсутствуют, длина шейки матки 36 мм, область придатков без особенностей; заключение – беременность 16 недель 1 день, двойня диамниотическая, дихориальная, низкое прикрепление плаценты у первого плода, отсутствие околоплодных вод у второго плода.

Пациентке был выставлен диагноз «Начавшийся выкидыш в сроке беременности 16–17 недель, двойня диамниотическая, дихориальная, низкое прикрепление плаценты первого плода, отсутствие околоплодных вод у второго плода, резус-отрицательная принадлежность крови, возрастная первородящая, ОАА». Был создан консилиум, по решению которого пациентке, с подробным объяснением о возможных рисках и последствиях дальнейшего сохранения беременности, было предложено прерывание этой беременности, от которого она категорически отказалась (с записью в истории болезни).

Дальнейшее сохранение беременности проводилось под динамическим контролем общего анализа крови, белков острой фазы воспаления 1 раз в 3 дня, уровня прокальцитонина, биохимического анализа крови, коагулограммы, общего анализа мочи, мазка на флору, бактериального посева из цервикального канала, бактериального посева мочи 1 раз в 7 дней. В первом посеве из цервикального канала был вы-

сеян *Enterococcus faecalis* 10⁴, в первом посеве мочи – *Enterococcus faecalis* 10⁷. Учитывая чувствительность микроорганизмов, контрольные данные посевов из цервикального канала и мочи, было проведено три курса антибактериальной терапии. Пациентке была назначена магнезиальная терапия, гестагены (продолжался прием дюфастона), индометациновые свечи (по 100 мг 2 раза в сутки с общей курсовой дозой 1000 мг), профилактика плацентарной недостаточности курантилом (по 25 мг 3 раза в сутки) и актовегином (по 200 мг 3 раза в сутки), санация влагища свечами «Гексикон», свечи «Виферон» ректально по 2 свечи в сутки (суточная доза 2000000 ЕД) курсами по 10 дней через 10 дней.

По данным ежедневных врачебных обходов выделения из половых путей у пациентки прекратились через 3 дня после поступления стационар. Ультразвуковой контроль состояния плодов и количества околоплодных вод проводился 1 раз в 7 дней. Воды у второго плода появились в 20 недель: в полости матки визуализируется многоплодная беременность, первый плод слева, пол плода женский, положение неустойчивое, сердцебиение определяется, ЧСС 153 уд/мин, БПР 50 мм, ОЖ 156 мм, ДБ 31 мм, предполагаемая масса плода 350 г, срок по фетометрии 20 недель 1 день, врожденных пороков развития плода не выявлено, плацента расположена по передней стенке нормально, толщина плаценты 19 мм, количество околоплодных вод нормальное; второй плод справа, пол плода мужской, положение неустойчивое, сердцебиение определяется, ЧСС 155 уд/мин, БПР 45 мм, ОЖ 149 мм, ДБ 30 мм, предполагаемая масса плода 300 г, срок по фетометрии 19 недель 4 дня, плацента расположена по задней стенке нормально, толщина плаценты 19 мм, околоплодные воды определяются, максимальный вертикальный карман 17 мм, длина шейки матки 29 мм, область придатков без особенностей; данные доплерографии – ИР в правой маточной артерии 0,71 (норма), характер кривой скорости кровотока не изменен, ИР в левой маточной артерии 0,69 (норма), характер кривой скорости кровотока не изменен, ИР в артерии пуповины первого плода 0,51 (норма), характер кривой скорости кровотока не изменен, ИР в артерии пуповины второго плода 0,53 (норма), характер кривой скорости кровотока не изменен; заключение – беременность 20 недель 1 день, двойня диамниотическая, дихориальная, маловодие у второго плода (положительная динамика).

В 22 недели беременности пациентка в удовлетворительном состоянии была выписана домой под наблюдение врача женской консультации. Было рекомендовано: соблюдение режима труда и отдыха; продолжение приема гестагенов (утрожестана по 200 мг 2 раза в сутки во влагище) до 36 недель беременности, йодомарина по 200 мкг в сутки до срока родов; проведение профилактики плацентарной недостаточности; контроль бактериального посева из цервикального канала, мочи каждые 4 недели;

□ Случай из практики

ультразвуковой контроль состояния плодов, количество околоплодных вод каждые 10–14 дней; госпитализация в критические сроки прерывания беременности.

Через месяц по направлению врача женской консультации пациентка была госпитализирована в отделение патологии беременности роддома № 2 г. Минска с диагнозом «Угрожающие преждевременные роды в сроке беременности 26 недель, двойня диагностическая, дихориальная, маловодие у второго плода, резус-отрицательная принадлежность крови, возрастная первородящая, ОАА». Пациентка была клинически обследована, получала комплексное лечение по сохранению беременности (утрожестан, гинипрал по схеме), антибиотикотерапия по результатам посевов из цервикального канала (*Staphylococcus saprophyticus* 10⁴), прошла профилактику респираторного дистресс-синдрома (дексаметазон по схеме). На фоне проводимой терапии в 30 недель у пациентки развилась регулярная родовая деятельность, была проведена операция кесарева сечения в интересах плодов. Была извлечена первая девочка весом 1560 г, Апгар 6/ИВЛ, вторым мальчик весом 1200 г, Апгар 6/ИВЛ. Новорожденные получали лечение в отделении анестезиологии и реанимации с постом интенсивной терапии для недоношенных детей 6 недель (ИВЛ первого ребенка 9 дней, второго – 21 день) и 3 недели в педиатрическом отделении для недоношенных детей роддо-

ма № 2. В бакпосевах при рождении из зева у первой девочки был выделен *Staphylococcus saprophyticus*. Другие посевы у обоих детей (из зева, глаза, уха, пуповины), с материнской и плодовой поверхности плаценты роста не дали. Заключительный клинический диагноз «Бронхо-легочная дисплазия новорожденного, новая форма, среднетяжелое течение. Задержка психомоторного развития у недоношенного ребенка с мышечной дистонией. ХДН 0–1. Анемия недоношенного легкой степени. Малая аномалия развития сердца: открытое овальное отверстие со сбросом слева направо. СН 0». Дети были выписаны из роддома домой в постконцептуальном возрасте 39–40 недель, в удовлетворительном состоянии, на смешанном вскармливании, с весом 3170 г и 2830 г.

Полученные данные представляют интерес в плане ведения, проводимой терапии и исхода беременности.

Таким образом, сохранение беременности при излитии околоплодных вод в 16–17 недель гестации до срока жизнеспособности плода и далее возможно при адекватной комплексной терапии и тщательном клиническом наблюдении за беременной. Обязательно проведение антибиотикотерапии (несколько курсов с учетом результатов посевов), контроль лабораторных показателей и ультразвуковые исследования в динамике.

Поступила 1.04.2014 г.