

УДК 618.34-007.251-07

© А. Г. Місюра, С. О. Шурпяк, 2012.

ДІАГНОСТИКА ПЕРЕДЧАСНОГО РОЗРИВУ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК ПРИ НЕДОНОШЕНІЙ ВАГІТНОСТІ: РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ

А. Г. Місюра, С. О. Шурпяк

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО (зав. – професор В. І. Пирогова), Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів.

DIAGNOSTICS OF PREMATURE BREAK OF FRUIT SHELLS IS AT NEDONOSHENIY PREGNANCY: REALITIES AND PROSPECTS

A. G. Misiura, S. O. Shurpyak

SUMMARY

Early confirmation of premature break of fruit shells optimizes the plan of supervision and obstetric tactic rapid immunoferment tests, improves the indexes of postnatal development of prematurely born children.

ДІАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

А. Г. Мисюра, С. А. Шурпяк

РЕЗЮМЕ

Раннее подтверждение преждевременного разрыва плодных оболочек быстрыми иммуноферментными тестами оптимизирует план наблюдения и акушерскую тактику, улучшает показатели постнатального развития недоношенных детей.

Ключові слова: передчасний розрив плодових оболонок, недоношена вагітність, діагностичні тести, перинатальні наслідки.

Передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО) – акушерська патологія, що супроводжує 10-15% своєчасних пологів та від 21,0% до 80,0% передчасних пологів, виступає незалежним фактором перинатальної патології та смертності. У сьогоднішній ПРПО набуває актуальності не тільки у медичному аспекті, а призводить до виникнення економічних, етичних та моральних проблем. Частота і важкість перинатальних наслідків ПРПО залежать, насамперед, від терміну вагітності, у якому відбувся розрив оболонок [1].

Особливості онтогенезу обумовлюють наявність хибних та істинних навколоплодових вод (М.С. Маліновський, 1974). Клінічним проявом ПРПО може бути несподіване вилиття великої кількості рідини з піхви з наступним відчуттям постійного неконтрольованого підтікання або періодичне підтікання невеликої кількості рідини чи постійна вологість в ділянці промежини. Несвоєчасне виявлення розриву плодового міхура у пацієнтки може призвести до серйозних наслідків: інфекційні, неінфекційні ускладнення з одного боку, з іншого – помилковий діагноз ПРПО передбачає непотрібні втручання (госпіталізація в стаціонар, призначення антибіотиків, кортикостероїдів, родозбудження) [2, 3].

Для ідентифікації навколоплідних вод застосовують різноманітні діагностичні тести: біологічні, імуноферментні, ультразвукову сонографію (УЗС), амніоскопію. Принцип дії біологічних тестів оснований на алкалізації або підлужуванні, характеризуються малою специфічністю і низькою чутливістю (13-77%). Інша група тестів для *in vitro* діагностики навколоплодових вод у піхвових виділеннях основана на присутності специфічної молекули, яка у високій концентрації міститься в амніотичній рідині (діамін оксидаза, фібронектин плодовий, плацентарний α -1 мікроглобулін, білок-1, який зв'язує інсуліноподібні фактори росту). Ультрасонографія – якщо виявлена достатня кількість амніотичної рідини, діагноз передчасного розриву плодових оболонок є сумнівним.

Метод дозволяє виявити неспроможність плодових оболонок нижнього полюсу (специфічність – 71%). У разі виявлення маловоддя та за умови хоча б одного позитивного тесту на навколоплодові води встановлюється діагноз ПРПО [3, 4].

Мета: оцінити перинатальні наслідки у випадку ПРПО при передчасних пологах; удосконалити клінічне спостереження та розродження жінок з ПРПО при недоношеній вагітності.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Перинатальні наслідки оцінювали у 34 дітей, які народилися у матерів з ПРПО при недоношеній вагітності у термінах 22-34 тижнів. Вік вагітних коливався від 15 до 37 років. Тривалість безводного проміжку становила від $12,3 \pm 1,7$ до $131,0 \pm 5,2$ годин. За допомогою спеціально адаптованих анкет з'ясували анамнестичні дані (порядок вагітності, пологів, репродуктивні втрати). Визначали частоту профілактичного призначення стероїдів, враховували особливості акушерської тактики і методи ведення пологів, застосування індукції пологової діяльності, антибіотикопрофілактики. Діагноз ПРПО підтверджено біологічними та швидкими імуноферментними тестами, УЗС.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ускладнений перебіг гестаційного процесу мав місце у всіх проаналізованих випадках: загроза переривання вагітності (73,1%), ГРВІ (25,7%), багатоводдя (13,4%), маловоддя (9,7%), кольпіт (17,2%), перинатальні інфекції (14,6%) у стадії ремісії. Хоріоамніоніт діагностовано у 4 випадках. Очікувана тактика обрана в 64,5% вагітних. Профілактика синдрому дихальних розладів у плода проведена у 91,2% жінок, антибіотикопрофілактика застосована у 100,0%. Оперативним розродженням завершено 8 вагітностей: показаннями до операції кесаревого розтину були: дистрес плоду (25,0%), ніжне передлежання (25,0%), рубець на матці (12,5%), вагітність внаслідок допоміжних репродуктивних технологій (37,5%). Народжено 34 дитини з середньою масою 1618 ± 252 г, з оцінкою за шкалою Апгар $5,4 \pm 0,6 / 6,2 \pm 0,7$ бали. Постнатальні наслідки народження недоношених дітей, матері яких мали ПРПО, були наступними: гіпоксично-ішемічна енцефалопатія – 70,5%; гіпотрофія – 26,4%; респіраторний дистрес-синдром – 91,2%; вроджена пневмонія – 14,7%, вад розвитку – 8,8%. 31 немовля переведено на II етап, з них померло протягом півріччя 17,6%.

За даними Т.М. Дрiня (2000), у жінок з ПРПО, незважаючи на проведення лікувально-профілактичних заходів, стан плоду поступово погіршується, а після 72 годин безводного проміжку компенсаторні можливості плоду виснажуються і виникають значні

порушення у фетоплацентарному комплексі, негативно впливаючи на перинатальні наслідки [3, 4, 5]. У ході даної роботи використовували швидкий імуноферментний тест, що виявляє у піхвових виділеннях білок, який зв'язує інсуліноподібні фактори росту (Actim PROM). Даний тест оцінено «позитивно» у 100,0% випадків у першу добу поступлення в стаціонар. У кожної п'ятої пацієнтки, що скаржилася на відчуття вологості у промежині, підтвердження ПРПО біологічними тестами та клінічно відбулося лише на 3 добу, що суттєво змінило показники захворюваності новонароджених.

ВИСНОВОК

Для поліпшення перинатальних наслідків акушерська тактика у разі ПРПО при недоношеній вагітності обирається індивідуально з врахуванням гестаційного терміну, репродуктивного анамнезу, тривалості безводного періоду. Раннє підтвердження факту розриву амніальних оболонок оптимізує план ведення вагітної та покращує подальший постнатальний розвиток недоношених дітей, їх фізичний та психологічний стан.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кулаков В. И. Преждевременные роды / В. И. Кулаков, Л. Е. Мурашко. – М., Медицина, 2002. – 176 с.
2. Сидельникова В. М. Преждевременные роды и недоношенный ребенок / В. М. Сидельникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 304 с.
3. Дрiнь Т. М. Деякі особливості клінічного ведення жінок з передчасним розривом амніональних оболонок і недоношеною вагітністю / Т. М. Дрiнь // Галицький лікар. вісн. – 2000. – Т. 7, № 4. – С. 94–96.
4. Молчанов Д. Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности: какую тактику выбрать? / Д. Молчанов // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – №3. – С. 40–43.
5. Пирогова В. І. Шляхи оптимізації діагностики загрози передчасних пологів / В. І. Пирогова, С. О. Шурпяк, О. Є. Ошуркевич // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – № 7. – С. 18–24.