Передчасний розрив навколоплідних оболонок у разі недоношеної вагітності: що нового в тактиці ведення та родорозрішення?

Чечуга С.Б.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, Україна

Обґрунтування. Передчасний розрив навколоплідних оболонок (ПРНО) при недоношеній вагітності – це спонтанний їх розрив до початку пологової діяльності в терміні 22-37 тижнів. Основними ускладненнями ПРНО для матері та плода є інфекція, передчасні пологи, асфіксія плода в пологах, збільшення частоти кесаревих розтинів. За тривалого безводного проміжку (>3 тижні) спостерігаються деформації кінцівок, обличчя та легень.

Мета. Охарактеризувати особливості ведення вагітних із ПРНО.

Матеріали та методи. Аналіз літературних джерел на цю тему.

Результати та їх обговорення. Факторами ризику ПРНО виступають гінекологічна й екстрагенітальна патологія в матері, генетична схильність, несприятливі фактори довкілля й інфекції. Профілактика ПРНО включає виявлення та лікування інфекцій сечостатевої системи, відмову від шкідливих звичок, скринінгове обстеження на бактеріурію та бактеріологічний посів на β -гемолітичний стрептокок (БГС) на 35-37-му тижні вагітності. Із 22-го до 34-го тижня вагітних із ПРНО госпіталізують до закладу третинного рівня, із 35-го тижня допомога може надаватися в закладах вторинного рівня. Алгоритм дій є таким: 1) збір анамнезу; 2) встановлення гестаційного терміну; 3) встановлення орієнтовного терміну ПРНО; 4) загальне фізикальне обстеження; 5) зовнішнє акушерське обстеження; 6) кардіотокограма (КТГ), проведення тестів рухів плода (ТРП), ультразвукове дослідження (УЗД); 7) загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, визначення С-реактивного білка; 8) бактеріоскопічне дослідження виділень із піхви; 9) забір навколоплідних вод для мікробіологічного дослідження, дослідження ректогенітального мазка на БГС; 10) санація піхви розчином антисептика декаметоксину після забору піхвових виділень і навколоплідних вод. Менеджмент ПРНО передбачає активну або очікувальну тактику. Очікувальна тактика включає моніторинг стану плода та матері (термометрія та пульсометрія, кількість лейкоцитів і С-реактивного білка, бактеріоскопія виділень із піхви, КТГ, ТРП, УЗД). Антибіотикопрофілактика (напівсинтетичні

пеніциліни + макроліди, резерв – цефалоспорины II покоління) при ПРНО достовірно подовжує латентну фазу пологів, знижує частоту інфекцій матері та новонародженого, зменшує необхідність у використанні сурфактанта й оксигенотерапії. За наявності хоріоамніоніту родорозрішення має бути проведене впродовж <12 годин. У разі ПРНО в терміні 24-34 тижні призначається курс кортикостероїдів. Основне показання до токолізу при ПРНО – затримка пологів протягом 48 годин для проведення стероїдної профілактики. Загалом тактика ведення вагітності при ПРНО в терміні 24-34 тижні включає спостереження за станом матері та плода, стероїдну профілактику, токолітичну терапію й застосування магнію сульфату. Очікувальної тактики доцільно дотримуватися до 34-го тижня. У жінок із ПРНО без протипоказань до продовження вагітності очікувальна тактика супроводжується кращими результатами для матері та плода. Ознаки інфекції або інші ускладнення вагітності є показаннями до припинення очікувальної тактики та розродження відповідно до клінічної ситуації. У терміні 34-37 тижнів очікувальної тактики дотримуються впродовж 24 годин. Антибіотикопрофілактика призначається через 18 годин безводного проміжку, а при виявленні БГС – одразу після ПРНО. За відсутності пологової діяльності проводяться внутрішнє акушерське обстеження з вирішенням тактики розродження, підготовка шийки матки, індукція пологової діяльності та санація піхви розчином декаметоксину. Кесарів розтин показаний у разі ПРНО в терміні 26-32 тижні та незрілості пологових шляхів.

Висновки. 1. Госпіталізація та розродження вагітних із ПРНО при недоношеній вагітності проводяться в закладах II-III рівня. 2. Рутинне використання антибіотиків у разі ПРНО подовжує латентну фазу пологів і знижує частоту неонатального сепсису. 3. Очікувальна тактика у вагітних із ПРНО у терміні 24-34 тижні супроводжується хорошими наслідками для матері та дитини. 4. Вагітним із ПРНО в терміні 24-34 тижні варто проводити профілактику респіраторного дистрес-синдрому кортикостероїдами.

Ключові слова: передчасний розрив навколоплідних оболонок, антибіотикопрофілактика, кортикостероїди, очікувальна тактика.

Premature rupture of the amniotic membrane: what's new in its management and delivery tactics?

Chechuga S.B.

Pyrógov Vinnytsia National Medical University, Vinnytsia, Ukraine

Background. Premature rupture of the amniotic membranes (PRAM) is a spontaneous rupture before the onset of labor at 22-37 weeks. The main complications of PRAM for mother and fetus include infection, premature birth, asphyxia of the fetus during labor, and the increased frequency

of cesarean sections. Deformations of extremities, face and lungs are observed in case of a long oligohydramnion (>3 weeks).

Objective. To describe the features of the management of pregnant women with PRAM.

Materials and methods. Analysis of literature sources on this topic.

Results and discussion. Gynecological and extragenital pathology of mother, genetic predisposition, adverse environmental factors and infections are risk factors for PRAM. Prevention of PRAM includes detection and treatment of urogenital infections, quitting of smoking and alcohol intake, screening for bacteriuria and bacteriological culture for β -hemolytic streptococcus (BHS) at 35-37 weeks of pregnancy. From 22 to 34 weeks of pregnancy, pregnant women with PRAM are hospitalized to the tertiary level hospitals, since 35 weeks care can be provided in secondary level hospitals. The management algorithm is the following: 1) history taking; 2) establishment of gestational age; 3) establishment of the approximate time of PRAM; 4) general physical examination; 5) external obstetric examination; 6) cardiotocogram (CTG), tests of fetal movements (TFM), ultrasonography (US); 7) blood test with leukocyte formula, determination of C-reactive protein; 8) bacterioscopic examination of vaginal discharge; 9) collection of amniotic fluid for microbiological examination, study of rectogenital smear for BHS; 10) sanitation of the vagina with a solution of antiseptic decamethoxine after collection of vaginal secretions and amniotic fluid. PRAM management involves active or waiting tactics. Waiting tactic includes monitoring of the fetus and mother (thermometry and pulsometry, the number of leukocytes and C-reactive protein, bacterioscopy of vaginal discharge, CTG, TFM, US). Antibiotic prophylaxis (semi-synthetic penicillins + macrolides, reserve – second-generation cephalosporins) in PRAM significantly prolongs the latent phase of delivery, reduces the incidence of infections in both mother and newborn, reduces the need for surfactant and oxygen therapy. In the presence of chorioamnionitis, delivery should be performed within <12 hours.

In case of PRAM in the term of 24-34 weeks the course of corticosteroids is administered. Delivery delay for 48 hours for steroid prophylaxis is the main indication for tocolysis in PRAM. In general, the tactics of pregnancy management in PRAM at 24-34 weeks include monitoring of the mother and fetus, steroid prophylaxis, tocolytic therapy and the use of magnesium sulfate. Waiting tactic should be followed until 34 weeks. In women with PRAM without contraindications to prolonging pregnancy, the waiting tactic is accompanied by better results for both mother and fetus. Signs of infection or other complications of pregnancy indicate the need for termination of the waiting tactic and delivery management according to the clinical situation. Within 34-37 weeks, the waiting tactic is followed for 24 hours. Antibiotic prophylaxis is prescribed after 18 hours of anhydrous interval, and in case of BHS – immediately after PRAM. In the absence of active labor process, an internal obstetric examination is performed to decide the tactics of delivery. Other procedures include cervix preparation, induction of labor and washing of the vagina with decamethoxine solution. Cesarean section is indicated for PRAM at 26-32 weeks and immaturity of the birth canal.

Conclusions. 1. Hospitalization and delivery in women with PRAM is carried out in hospitals of secondary and tertiary level. 2. Routine use of antibiotics in PRAM prolongs the latent phase of delivery and reduces the incidence of neonatal sepsis. 3. Waiting tactic in pregnant women with PRAM in the period of 24-34 weeks is accompanied by good outcomes for both mother and child. 4. Pregnant women with PRAM in 24-34 weeks should be treated with corticosteroids to prevent acute respiratory distress syndrome in neonates.

Key words: premature rupture of amniotic membranes, antibiotic prophylaxis, corticosteroids, expectant tactics.

Преждевременный разрыв околоплодных оболочек при недоношенной беременности: что нового в тактике ведения и родоразрешения?

Чечуга С.Б.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г. Винница, Украина

Обоснование. Преждевременный разрыв околоплодных оболочек (ПРОО) при недоношенной беременности – это спонтанный их разрыв до начала родовой деятельности в сроке 22-37 недель. Основными осложнениями ПРОО для матери и плода является инфекция, преждевременные роды, асфиксия плода в родах, увеличение частоты кесаревых сечений. При длительном безводном промежутке (>3 недели) наблюдаются деформации конечностей, лица и легких.

Цель. Охарактеризовать особенности ведения беременных с ПРОО.

Материалы и методы. Анализ литературных источников на эту тему.

Результаты и их обсуждение. Факторами риска ПРОО выступают гинекологическая и экстрагенитальная патология у матери, генетическая предрасположенность, неблагоприятные факторы окружающей среды и инфекции. Профилактика ПРОО включает выявление и лечение инфекций моче

половой системы, отказ от вредных привычек, скрининговое обследование на бактериурию и бактериологический посев на β -гемолитический стрептококк (БГС) на 35-37-й неделе беременности. С 22-й по 34-ю недели беременности беременных с ПРОО госпитализируют в заведение третичного уровня, с 35-й недели помощь может предоставляться в учреждениях вторичного уровня. Алгоритм действий таков: 1) сбор анамнеза; 2) установление термина гестации; 3) установление ориентировочного срока ПРОО; 4) общее физикальное обследование; 5) внешнее акушерское обследование; 6) кардиотокограмма (КТГ), проведение тестов движений плода (ТДП), ультразвуковое исследование (УЗИ); 7) общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, определение С-реактивного белка; 8) бактериоскопическое исследование выделений из влагалища; 9) забор околоплодных вод для microbiологического исследования, исследование ректогенитального мазка на БГС; 10) санация влагалища раствором антисептика декаметоксина после забора

влагалищных выделений и околоплодных вод. Менеджмент ПРОО предполагает активную или выжидательную тактику. Выжидательная тактика включает мониторинг состояния плода и матери (термометрия и пульсометрия, количество лейкоцитов и С-реактивного белка, бактериоскопия выделений из влагалища, КТГ, ТДП, УЗИ). Антибиотикопрофилактика (полусинтетические пенициллины + макролиды, резерв – цефалоспорины II поколения) при ПРОО достоверно удлиняет латентную фазу родов, снижает частоту инфекций матери и новорожденного, уменьшает необходимость в использовании сурфактанта и оксигенотерапии. При наличии хориоамнионита родоразрешение должно быть проведено в течение <12 часов. При ПРОО в сроке 24-34 недели назначается курс кортикостероидов. Основное показание к токолизису при ПРОО – задержка родов в течение 48 часов для проведения стероидной профилактики. В общем тактика ведения беременности при ПРОО в термине 24-34 недели включает наблюдение за состоянием матери и плода, стероидную профилактику, токолитическую терапию и применение магния сульфата. Выжидательной тактики целесообразно придерживаться до 34-й недели. У женщин с ПРОО без противопоказаний к продолжению беременности выжидательная тактика сопровождается лучшими результатами для матери и плода. Признаки инфекции либо другие осложнения беременности являются

показаниями к прекращению выжидательной тактики и проведению родоразрешения в соответствии с клинической ситуацией. В сроке 34-37 недель выжидательной тактики придерживаются в течение 24 часов. Антибиотикопрофилактика назначается через 18 часов безводного промежутка, а при обнаружении БГС – сразу после ПРОО. При отсутствии родовой деятельности проводятся внутреннее акушерское обследование с принятием решения касательно тактики родоразрешения, подготовка шейки матки, индукция родовой деятельности и санация влагалища раствором декаметоксина. Кесарево сечение показано при ПРОО в термине 26-32 недели и незрелости родовых путей.

Выводы. 1. Госпитализация и родоразрешение беременных с ПРОО при недоношенной беременности проводятся в учреждениях II-III уровня. 2. Рутинное использование антибиотиков при ПРОО удлиняет латентную фазу родов и снижает частоту неонатального сепсиса. 3. Выжидательная тактика у беременных с ПРОО в термине 24-34 недели сопровождается хорошими последствиями для матери и ребенка. 4. Беременным с ПРОО в сроке 24-34 недели следует проводить профилактику респираторного дистресс-синдрома с помощью кортикостероидов.

Ключевые слова: преждевременный разрыв околоплодных оболочек, антибиотикопрофилактика, кортикостероиды, выжидательная тактика.