

ЛИТЕРАТУРА

1. Биофизика: лабораторный практикум / Л. Ф. Добро, Н. М. Богатов. Краснодар: Кубан. гос. ун-т, 2009. – 98 с.
2. Медик, В.А. Токмачев, М.С. Математическая статистика в медицине / В.А. Медик, М.С. Токмачев. М.: Финансы и статистика, 2007. – 800 с.

ТАКТИКА НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК НА ФОНЕ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: ОБОСНОВАНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ

Ярыгина М. И.

Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет
им. Н.И. Лобачевского

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Кабатин Н. А.

Актуальность. Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) до 37 недели беременности составляет примерно одну треть случаев преждевременных родов и является наиболее часто встречаемым идентифицируемым фактором, связанным с преждевременными родами [1].

Цель. Представить информацию о безопасности выжидательной тактики ведения беременности у женщин с таким осложнением как преждевременный разрыв плодных оболочек в сроке недоношенной беременности, а также о результатах эффективного акушерского менеджмента данной категории пациенток.

Методы исследования. Анализ 407 женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек на сроке 24-36 недель, родивших в ГКБ 40 Областном перинатальном центре Нижнего Новгорода с 2022 по 2024 год, продемонстрировал применение выжидательной тактики с динамическим контролем состояния матери и плода. В рамках комплексной терапии использовался дексаметазон в дозе 24 мг для профилактики респираторного дистресс-синдрома и антибиотикопрофилактика на основе ампициллина-сульбактама (1500 мг с раствором натрия хлорида в/в каждые 6 часов в первые 48 часов) с однократной дозой азитромицина (1000 мг). Затем пациенты переходили на пероральный амоксициллин (500 мг трижды в день на 8 дней или до родов). Динамический мониторинг состояния матери включал контроль пульса, температуры и характера выделений, а состояние плода оценивалось по ЧСС,

нестрессовому тесту КТГ и УЗИ с оценкой величины МВК/ИАЖ. Результаты обработки данных с помощью статистических методов представлены в виде медианы с интерквартильным размахом и качественных показателей в абсолютных и относительных величинах. Для оценки различий между группами использован U-критерий Манна–Уитни.

Результаты и их обсуждение. Роды у пациенток с преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО) составили 2,4% от общего числа родов и 22% от преждевременных родов. Диагностика ПРПО распределилась следующим образом: 21,5% в период 24-28 недель, 36,5% в сроке 28–34 недели и 42% более 34 недель. Четырнадцать процентов женщин поступили с началом регулярной родовой деятельности, из них 77% – при излитии вод более 34-й недели. В первые 24-72 часа после ПРПО родовая деятельность развилась у 57% пациенток, 29% смогли продлить беременность на 5-68 дней (медиана 12 дней). Основные факторы, уменьшающие латентный период, включали критическое маловодие и неголовное предлежание плода. Частота клинического хориоамнионита была заметно ниже у женщин с антибиотикопрофилактикой азитромицином по сравнению со схемами амоксициллин и эритромицин. Хориоамнионит наблюдался у 19% беременных, из которых 2,7% случаев завершились послеродовым эндометритом. В 62% случаев хориоамнионит приводил к регулярной родовой деятельности, что требует осторожности при назначении токолитической терапии. Автономное развитие родовой деятельности было у 71% пациенток, причём основным показанием к родоразрешению при ПРПО стал клинический хориоамнионит, обнаруженный у 34% пациенток, родивших кесаревым сечением.

Выводы. Выжидательная тактика при преждевременном разрыве плодных оболочек (ПРПО) ориентирована на продление беременности, что способствует созреванию легких плода и снижает риск респираторного дистресс-синдрома. Антибиотикопрофилактика с применением ампициллин-сульбактама (1500 мг каждые 6 часов в первые 48 часов) и однократной дозой азитромицина (1000 мг) с последующим переходом на амоксициллин (500 мг трижды в день в течение 8 дней или до родов) снижает частоту клинического хориоамнионита. Для пациенток с ПРПО на сроке более 34 недель выжидательная тактика безопасна, за исключением случаев носительства гемолитического стрептококка. Тем не менее, для решения спорных вопросов необходимы дальнейшие исследования и накопление клинического опыта для улучшения перинатальных исходов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 376. – 1200 с