

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2012 • Том 6 • № 1

**Вопросы патогенеза и терапии
заболеваний шейки матки,
ассоциированных
с папилломавирусной инфекцией**

ПРОБЛЕМА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Петров С.Н.

15 декабря 2011 года администрацией и сотрудниками ФГБУ «НЦАГИП им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России при поддержке компании AmniSure International был проведен телемост, посвященный актуальной проблеме преждевременного разрыва плодных оболочек и преждевременных родов.

Телемост проходил под председательством директора ФГУ «НЦАГИП им. акад. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, академика РАМН Г.Т. Сухих. В качестве докладчиков в телемосте принимали участие проф., д.м.н. З.С. Ходжаева – руководитель 1-го акушерского отделения патологии беременности НЦАГИП, член международного научного комитета по изучению гипертензивных состояний во время беременности (ISSHP), член международной рабочей группы по изучению преждевременных родов (Prebic), и д.м.н., проф. О.Р. Баев – руководитель родильного отделения, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Европейский взгляд на проблему представил проф. Жан Карло Ди Ренцо – директор Центра Перинатологии и Репродуктивной медицины, руководитель Департамента гинекологии и акушерства, декан Факультета акушерства и родовспоможения в Университете Перуджии в Италии. Проф. Ди Ренцо входит в состав редколлегии нескольких международных журналов и в настоящее время является главным редактором журнала «Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine». Он опубликовал более 1000 научных работ и 65 монографий. Научные интересы проф. Ди Ренцо включают изучение роли простагландинов в процессе родов, проблемы преждевременных родов, исследование созревания легочной ткани новорожденных, а также организация процесса родоразрешения и гинекологическая эндокринология.

Журнал «Акушерство, гинекология и репродукция» публикует краткие тезисы выступлений, прозвучавших в ходе телемоста, на основе материалов, любезно предоставленных компанией AmniSure International.

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) – это нарушение целостности оболочек плода и излитие околоплодных вод до начала родовой деятельности независимо от срока беременности. ПРПО возникает в 38% преждевременных родов. Ключевым моментом, определяющим успех терапии, по словам проф. Ди Ренцо, является своевременная

диагностика преждевременного разрыва плодных оболочек.

ПРПО при доношенной и недоношенной беременности: Повод ли это для беспокойства?

- **Преждевременный разрыв плодных оболочек при доношенной беременности**
 - 10% беременных¹
 - Повышенный риск инфицирования матери и плода во время беременности²
- **Преждевременный разрыв плодных оболочек при недоношенной беременности**
 - 3% беременных¹
 - 18-20% случаев причина перинатальной смертности в США³⁻⁸
 - 30% всех преждевременных родов³⁻⁹

SUMMARY
Premature rupture of the membranes affects over 120,000 pregnancies annually in the United States and is associated with significant maternal, fetal, and neonatal risk. Management of PROM requires an accurate diagnosis and evaluation of the risks and benefits of continued pregnancy or expeditious delivery. An understand-

190 Mercer Treatment of Preterm PROM
Mercer Obstet Gynecol 101:178-193, 2003

При ПРПО оправдана следующая тактика:

- Подтвердить диагноз ПРПО;
- Уточнить срок беременности и предполагаемую массу плода: при сроке беременности до 34 недель и риске рождения ребенка массой менее 1500 г показан перевод беременной в стационар 3 уровня;
- Определить состояния матери и плода;
- Провести исследование для выявления интраамниальной инфекции;
- Оценить наличие противопоказаний для выжидательной тактики;
- Выбрать тактику ведения и/или способ родоразрешения с учетом срока беременности, состояния матери и плода, его предлежания, готовности родовых путей;
- Приступить к профилактике РДС плода;
- Провести профилактику инфицирования плода в родах стрептококком гр В у носительниц и необследованных.

Принципами выжидательной тактики ведения являются тщательное динамическое наблюдение за состоянием беременной и плода (каждые 4 часа), забор отделяемого из цервикального канала для посева на флору и чувствительность к антибиотикам (В-гемолитический стрептококк) при первом осмотре в зеркалах, а также оценка состояния плода (УЗИ, доплерометрия, КТГ).



Важным аспектом при недоношенной беременности является профилактика респираторного дистресс-синдрома новорожденного. Под влиянием глюкокортикоидов происходит ускоренное созревание легких за счет ускоренного синтеза сурфактанта. Оптимальная длительность воздействия глюкокортикоидов – 48 часов. Их профилактическое действие продолжается 7 дней.

Токोलитики при угрозе преждевременных родов показаны на период не более 48 ч, т.е. на период, достаточный для перевода беременной в перинатальный центр и проведения курса глюкокортикоидов.

Противопоказаниями к выжидательной тактике принято считать хориоамнионит, осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения и регулярную родовую деятельность.

Пролонгирование беременности на сроке до 22 недель нецелесообразно из-за неблагоприятного прогноза для плода (ниже срока жизнеспособности) и высокой частоты гнойно-септических осложнений у матери. В этом случае рекомендуется прерывание беременности. При сроке беременности 22-24 недели прогноз также неблагоприятен. Родители должны быть осведомлены, что дети, родившиеся на сроке до 24 недель, вряд ли выживут, а те, кто выживут – вряд ли будут здоровыми.

Среди основных факторов риска ПРПО: различают материнские и маточно-плацентарные факторы.

Трудность прогнозирования и предупреждения ПРПО заключается в том, что во многих случаях ПРПО происходит на фоне отсутствия явных факторов риска. Через 1 час после излития вод клинические проявления ПРПО значительно уменьшаются. Между тем, запаздывание с постановкой диагноза ПРПО на 24 часа значительно повышает вероятность пренатальной заболеваемости и смертности.

Перед решением вопроса о тактике ведения беременности, прежде всего, необходимо удостовериться в наличии разрыва плодного пузыря, что часто бывает сложно при отсутствии обильного подтекания вод и при наличии воспалительного процесса во влагалище. Своевременное и точное определение разрыва пузыря очень важно для постановки правильного диагноза.

Традиционные методы

Клиническое руководство - EU

"Исследования теста кристаллизации, нитразинового теста и/или УЗИ показали, что они являются не более информативными, чем осмотр в зеркалах, и что ни один из этих методов исследования не является таким точным, как тест, основанный на биохимических маркерах.

В соответствии с этим, считается, что применение этих методов в современной практике малоинформативно.

Европейская ассоциация перинатальной медицины (EAPM):

2011 Рекомендации по диагностике преждевременного разрыва плодных оболочек

Di Renzo GC, Cabero Roura L, Facchinetti F. & the EAPM Study Group. "Birth date": Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth. The Journal of Maternal Fetal & Neonatal Medicine, March 2011. #22

Однако традиционные методы диагностики дают до 20% ложноположительных результатов. Среди существующих тестов самыми информативными себя зарекомендовали ПСИФР-1 и ПАМГ-1.

Поиск точного теста - Выводы

Биомаркеры и традиционные методы – Действительная точность

Тесты, основанные на биомаркерах	Чувствительность (%)	Специфичность (%)
ПАМГ-1 ^{2,3}	94-100	99-100
IGFBP-1 ^{4,5}	71-81	71-88
IFN ⁶	71	Нет данных

Традиционные методы	Чувствительность (%)	Специфичность (%)
Микроскопия ^{6,4,9}	50-63	71-86
Нитразин (pH) ^{7,9}	72-88	64-68
Осмотр, ИАЖ, микроскопия ⁴	85	79
Осмотр, ИАЖ, нитразин ³	72	98

Традиционные методы	Отрицательная прогностическая значимость (%)
Осмотр, нитразин, микроскопия ¹⁰	55

При этом чувствительность ПСИФР-1 составляет 74-97%, тогда как чувствительность теста Амнишур (Amnisure), разработанного компанией Amnisure International (США) и основанного на определении гликопротеина ПАМГ-1, составляет 97-100%. Таким образом, тест Амнишур по точности приравнивается к амниоцентезу с индигокармином. Более того, классические методы диагностики уже через час после излития вод неинформативны, а тест Амнишур еще 12 часов после разрыва способен выявлять следы белка. На его результат не влияют примеси крови, спермы и наличие инфекционного процесса.

Поэтому для диагностики преждевременных родов с разрывом пузыря оправданно применять тест Амнишур на определение подтекания околоплодных вод. Механизм действия теста основан на определении концентрации ПАМГ-1, синтезируемого децидуальными оболочками, во влагалищном отделяемом. Его концентрация в амниотической жидкости (АЖ) составляет 2000-25000 нг/мл, тогда как базальная концентрация во влагалище – всего 0,05-0,2 нг/мл. Тест реагирует уже на следы белка в концентрации 5 нг/мл и обладает чувствительностью 99% и специфичностью

РАМГ-1 и IGFBP-1- 6 сравнительных исследований¹⁻⁶

- Во всех сделан вывод о том, что тест РАМГ-1 по точности превосходит тест IGFBP-1 в диагностике ПРПО

87-100%. Благодаря этому тест позволяет диагностировать даже высокие боковые разрывы при отсутствии явных признаков подтекания и спустя 12 часов.

Также при ПРПО могут иметь диагностическое значение ОАК, ОАМ, УЗИ, УЗД, КТГ (начиная с 32-33 недели), контроль качества и количества выделений.

При ПРПО у беременных в доношенном сроке предпочтительна активная или активно-выжидательная тактика. При готовности к родам показано родовозбуждение через 4-8 часов после излития вод. Активно-выжидательная тактика выбирается при неготовности к родам – до достижения зрелости шейки матки или до 24 часов.

Антибиотикопрофилактику следует начинать сразу после постановки диагноза ДИВ и продолжать до рождения ребенка (в случае задержки родов она может быть ограничена 7-10 сут).

**Поиск точного теста
Постановка теста РАМГ-1****Procedure**

Шаг 1: Введите тампон во влагалище на глубину 5-7 см и удерживайте в течение 1 минуты.

Шаг 2: Поместите тампон в пробирку с растворителем на 1 мин.

Шаг 3: Поместите тест-полоску в пробирку.

Шаг 4: Достаньте тест-полоску из пробирки при появлении 2х линий или через 10 мин.

Интерпретация результата

1 линия в тестовой зоне означает отсутствие разрыва

2 линии означают **разрыв плодных оболочек!**



При ДИВ и сроке 34 недели длительная (более 12–24 ч) выжидательная тактика не показана, так как она повышает риск внутриматочной инфекции и компрессии пуповины без улучшения исходов для плода. При пограничном сроке беременности (32-34 недели) выбор тактики зависит от степени зрелости легких плода. Кесарево сечение до 28 недель проводится индивидуально, с согласия родителей. При «очень ранних преждевременных родах» – выполняется истмико-корпоральный разрез. Кесарево сечение на сроке до 36 недель выполняется по акушерским показаниям, например, при тазовом предлежании плода, плацентарной недостаточности, многоплодной беременности и т.д.

Доклады, прозвучавшие в ходе телемоста, были с большим интересом восприняты аудиторией – практикующими акушерами-гинекологами в четырнадцати регионах России.

Подписной купон Бесплатная подписка

на журнал «Акушерство, гинекология и репродукция»

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Адрес* _____

Контактный телефон** _____

Номер основного документа, удостоверяющего личность (паспорт, военный билет), кем и когда выдан _____

Данным письмом я разрешаю учредителю издания ООО «Ирбис» и его правопреемникам, уполномоченным представителям, агентам, подрядчикам и иным третьим лицам, связанным с ним договорными отношениями, осуществлять обработку вышеуказанных персональных данных с целью проведения с помощью средств связи рассылок информационных материалов, приглашений на семинары и другие мероприятия, распространения иной информации и рекламы. Обработка данных может осуществляться с использованием средств автоматизации и иными способами. Данное согласие действует со дня подписания до момента отзыва. Согласие может быть отозвано в любое время в письменной форме.

Дата _____ Подпись _____

125 190, Москва, Ленинградский проспект, д. 80 корп. 66, офис 401, ООО «ИРБИС»

* адрес, на который удобно получать почтовую корреспонденцию

** лучше указывать мобильный телефон (как правило, входящие вызовы – бесплатно)