

УДК 618.346; 618.544; 618.5-07

**ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
АМНИОЦЕНТЕЗА ПРИ ПРОЛАБИРУЮЩЕМ
ПЛОДНОМ ПУЗЫРЕ В ПРАКТИКЕ
АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА**

Шаповалова Ольга Александровна – канд. мед. наук, профессор
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия*

Лебеденко Елена Сергеевна – канд. мед. наук
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия*

Солнцева Алина Витальевна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Мещерякова Анна Юрьевна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Шонус Татьяна Даниловна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Истягина Виктория Александровна
ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия

Сухомлинова Ксения Сергеевна
ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия

Изучены течение беременности и исходы родов у пациенток и плодов на фоне осложнения – пролабирующего плодного пузыря. Современные подходы позволяют добиться эффективного ведения пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью и клинически значимого пролонгирования беременности до сроков, обеспечивающих высокие шансы на выживание и относительно благоприятный прогноз для недоношенных новорожденных.

Ключевые слова: ПРОЛАБИРУЮЩИЙ ПЛОДНЫЙ ПУЗЫРЬ, БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ, АМНИОЦЕНТЕЗ, ХОРИОАМНИОНИТ

UDC 618.346; 618.544; 618.5-07

**DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE
OF AMNIOCENTESIS IN PROLABING
FETAL BLADDER IN OBSTETRICIAN'S
PRACTICE**

Shapovalova Olga Alexandrovna – MD, professor
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Lebedenko Elena Sergeevna – MD
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Solntseva Alina Vitalievna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Meshcheryakova Anna Yurievna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Shonus Tatyana Danilovna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Istyagina Victoria Alexandrovna
*SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Sukhomlinova Kseniya Sergeevna
*SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

The course of pregnancy and the outcome of childbirth in patients and fetuses against the background of a complication – a prolapsing fetal bladder were studied. The modern approaches make it possible to achieve clinically significant prolongation of pregnancy to terms that ensure high chances of survival and a relatively favorable prognosis for premature newborns.

Key words: PROLABING FETAL BLADDER, PREGNANCY, CHILDBIRTH, AMNIOCENTESIS, CHORIAMNIONITIS

Распространенность истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) при беременности составляет 0,8–1,0 %; наличие в анамнезе выкидыша во втором триместре беременности – 20 %, ранних преждевременных родов – 30 %. Патологическое состояние ИЦН возникает вследствие функциональных или структурных изменений шейки матки под влиянием различных этиологических факторов. Ключевой фактор формирования функциональной ИЦН – дефект синтеза коллагена, обеспечивающего до 85 % веса ткани шейки матки. Инфекционно-воспалительный процесс в ее полости – патогенетический фактор ИЦН, 80 % и более которой ассоциированы с интраамниальной инфекцией. В результате барьерная функция цервикальной слизи при укорочении шейки матки и расширении цервикального канала нарушается.

Факторы риска ИЦН: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, особенности течения настоящей беременности, соматические и инфекционно-воспалительные заболевания, а также дисбиотические состояния влагалища, гормональные нарушения, аномалии развития матки, врожденное укорочение шейки и приобретенные ее деформации, наследственность, дисплазия соединительной ткани, в том числе синдромы Элерса – Данло и Марфана. Патогенез ИЦН включает механическую несостоятельность шейки, приводящую к поздним выкидышам на 16–22 нед, и инфекционный компонент, что обуславливает развитие преждевременных родов в более поздние сроки.

Современное ведение пациенток с ИЦН при пролабирующем плодном пузыре основано на ранней комплексной диагностике, дифференциальной тактике лечения и строгом ежедневном мониторинге за состоянием беременной и плода. При развитии такого осложнения, как преждевременный разрыв плодных оболочек, ключевой элемент – диагностика, включающая иммунохроматографические экспресс-тесты для определения подтекания околоплодных вод, т. е. плацентарного α -микроглобулина-1 (РАМГ-1)

AmniSure – специфичного белка амниотической жидкости, а также инсулиноподобного фактора роста-1 (IGFBP-1) AmniFluid – одного из маркеров околоплодных вод. При подозрении на хориоамнионит, одно из грозных осложнений пролабирующего плодного пузыря с развитием воспалительного поражения плодных оболочек, амниотической жидкости, децидуальной ткани и плода, вызванного полимикробными ассоциациями, предпочтение отдают инвазивным методам диагностики.

Диагностический амниоцентез по праву считают золотым стандартом диагностики при осложнениях беременности, связанных с пролабированием плодного пузыря и истмико-цервикальной недостаточностью. Основные показания к проведению этой процедуры – случаи, предусматривающие точную и быструю диагностику состояния амниотической среды. Амниоцентез незаменим при подозрении на интраамниотическую инфекцию. Он позволяет не только подтвердить факт инфицирования, но и идентифицировать конкретного возбудителя, что критически важно для выбора оптимальной антибактериальной терапии. Особую ценность процедура представляет при необходимости оценки степени зрелости легких плода, когда требуется принять решение о возможности досрочного родоразрешения. Биохимический анализ амниотической жидкости предоставляет наиболее точные данные о содержании сурфактанта. В сложных клинических ситуациях, связанных с пролабированием плодных оболочек, амниоцентез – ведущий метод дифференциальной диагностики, что позволяет отличить истинное подтекание околоплодных вод от других видов влагалищных выделений. Процедура особенно важна при принятии решения о возможности наложения экстренного серкляжа – данные о наличии или отсутствии инфекции в амниотической жидкости напрямую влияют на выбор тактики ведения пациентки. При этом амниоцентез обеспечивает качественную и количественную оценку воспалительного процесса за счет высокого уровня лейкоцитов и сниженного показателя глюкозы в амниотической жидко-

сти, что помогает выявить субклинический, так называемый скрытый хориоамнионит, клинические проявления которого отсутствуют либо проявляются слабо. Обнаружение специфических маркеров, таких как интерлейкин-6, уровень которого выше 11,3 нг/мл, является достоверным признаком хориоамнионита.

Несмотря на инвазивный характер процедуры и определенный риск осложнений (около 0,5–1,0 % случаев), диагностическая ценность амниоцентеза значительно превосходит существующие неинвазивные альтернативы. Современные методики его проведения под ультразвуковым контролем позволяют минимизировать потенциальные риски, а получаемые результаты обеспечивают информацией, необходимой врачу для принятия обоснованных клинических решений в сложных акушерских ситуациях. Процедуру выполняют исключительно в условиях стационара, где имеется возможность оказания экстренной помощи при развитии осложнений.

Клинический случай № 1

Пациентка N., 34 года, настоящая беременность – вторая, наступила самостоятельно без прегравидарной подготовки. Обратилась на акушерский приемный покой перинатального центра ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (ККБ № 2) с жалобами на обильные слизистые выделения из половых путей. Госпитализирована в отделение патологии беременных № 2.

Диагноз при поступлении. Беременность – 22 нед 2 дня, истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), скорректированная акушерским пессарием. Пролабирующий плодный пузырь. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА). Хронический цистит, ремиссия. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Анемия первой степени.

Анамнез жизни

В детстве пациентка росла и развивалась согласно возрасту, соматических заболеваний выявлено не было. С 2019 г. у пациентки хронический

цистит, лечилась амбулаторно препаратами фосфомицин, трометалол, обострений не наблюдала.

Течение беременности

Пациентка состояла на учете в женской консультации с 9 нед беременности, протекающей с осложнениями на ранних сроках. В 7 нед проходила стационарное лечение по поводу угрожающего самопроизвольного аборта. Получала дротаверин, транексамовую кислоту, дидрогестерон. В сроке гестации 10 нед в течение 5 дней отмечала повышение температуры тела до 37,2 °С, кашель, насморк лечила самостоятельно народными средствами. В сроке 19 нед проходила стационарное лечение по поводу угрожающего самопроизвольного аборта. В ходе дообследования диагностирован бактериальный вагиноз. В период стационарного лечения установлен акушерский пессарий, проведено лечение препаратами: дротаверин, цефтриаксон, микронизированный прогестерон.

Данные соматического статуса при госпитализации:

Результаты объективного исследования: рост – 160 см, вес – 65 кг, индекс массы тела (ИМТ) – 25,4 кг/м². Температура тела – 36,7 °С. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 80 уд./мин. Артериальное давление (АД) на правой руке – 116/75 мм рт. ст., на левой руке – 115/72 мм рт. ст., частота дыхательных движений (ЧДД) – 16 в минуту. Аускультативно – в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. По данным внутреннего акушерского исследования в зеркалах: влажная часть шейки матки покрыта неизменной слизистой. Она сформирована акушерским пессарием, пролабирует нижний полюс плодного пузыря, выделения молочного цвета. Произведен забор материала для мазка на микрофлору, бактериального посева из цервикального канала. В день госпитализации по данным ультразвукового исследования патологии плода выявлено не было.

При общеклиническом обследовании выявлена анемия первой степени: гемоглобин – 10,8 г/дл, лейкоциты – 14,61 · 10⁹/л, эритроциты 3,34 · 10¹²/л,

гематокрит – 31,6 %, нейтрофилы – 79,3 %, лимфоциты – 15,6 %. По остальным лабораторным показателям отклонений не обнаружено.

На второй день стационарного лечения проведен иммунохроматографический экспресс-тест «АмниФлюд» для определения подтекания околоплодных вод. Получен отрицательный результат.

Пациентка консультирована консилиумом, принимая во внимание ИЦН в сроке гестации 22 нед 3 дня, отсутствие преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО), повышенные маркеры воспаления – лейкоцитоз – $14,22 \cdot 10^9/\text{л}$, С-реактивный белок (СРБ) – 20,1 мг/л, заподозрено наличие субклинического хориоамнионита. С целью его исключения показан диагностический трансабдоминальный амниоцентез. Назначена антибактериальная терапия амоксициллином сульбактамом в лечебном режиме.

Результаты диагностического трансабдоминального амниоцентеза: биохимия околоплодных вод – общий белок – 4,9 г/л, общий билирубин – 2,7 мкмоль/л, глюкоза – 1,95 ммоль/л, цитология мазка околоплодных вод – единичные воспалительные элементы. С учетом лейкоцитоза в амниотической жидкости снижение глюкозы подтверждает наличие субклинического хориоамнионита, показано продолжить антибактериальную терапию. В связи с произведенным во время беременности хирургическим вмешательством назначена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений препаратом эноксапарин натрия – 0,4 мл подкожно (п/к) один раз в день. Пациентка консультирована терапевтом, диагноз – хронический цистит, ремиссия. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Анемия первой степени. Назначены препараты железа – 100 мг два раза в день.

В ходе дообследования получен результат посева на микрофлору отделяемого цервикального канала: обильное количество *Enterococcus faecalis*, *escherichia coli*. Антибактериальная терапия продолжена в лечебном режиме.

На 10-й день маркеры воспаления нарастали (СРБ – 25,3 мг/л, лейкоцитоз – $13,59 \cdot 10^9/\text{л}$), осмотрена консилиумом, начата профилактика респираторного дистресс-синдрома (РДС) плода с 24 нед.

На 23-й день стационарного лечения закончен курс антибактериальной терапии, произведен контроль общего анализа крови: лейкоцитоз – $15,7 \cdot 10^9/\text{л}$, СРБ – 2,2 мг/л. На следующий день взят бактериальный посев на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам.

На 29-й день беременная стала предъявлять жалобы на озноб. Объективный статус: температура тела – $38,1 \text{ }^\circ\text{C}$; частота сердечных сокращений (ЧСС) – 77 уд./мин; АД – 100/62 мм рт. ст. Назначено дообследование. Пациентка осмотрена консилиумом. С учетом срока гестации 26 нед 2 дня, хориоамнионита беременной предложено оперативное родоразрешение, от которого она категорически отказалась. По согласованию с клиническим фармакологом назначена антибактериальная терапия – пиперациллин/тазобактам – 4,5; один флакон три раза в день, контроль клинко-лабораторных обследований ежедневно. На четвертый день новой схемы антибактериальной терапии отмечено снижение маркеров воспаления. После их стабилизации (СРБ – 4,4 мг/л, лейкоциты – $8,13 \cdot 10^9/\text{л}$) антибактериальная терапия отменена, продолжены тромбопрофилактика, контроль клинко-лабораторный, а также за состоянием плода.

На 59-й день пребывания в стационаре беременная стала предъявлять жалобы на схватки, с этой целью осмотрена дежурным врачом: интенсивные схватки через 5 мин по 20–25 с, шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева – 4,0 см, края растяжимы, плодный пузырь цел, предлежит головка плода. Беременная переведена в родильное отделение с диагнозом: роды первые преждевременные в сроке 30 нед 4 дня, первый период, латентная фаза. Состояние после амниоцентеза, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА). Хронический цистит, ремиссия. ГЭРБ. Анемия первой степени. Составлен консервативный план родов.

Родоразрешение

В сроке гестации 30 нед 4 дня пациентка родила живого недоношенного ребенка мужского пола массой – 1600 г, длиной – 43 см. Состояние новорожденного по шкале Апгар на первой минуте – 5 баллов, на пятой минуте – 6 баллов.

Послеродовый период

Состояние ребенка при рождении тяжелое за счет дыхательных расстройств, предполагающих респираторную поддержку, неврологическую симптоматику в виде синдрома угнетения центральной нервной системы (ЦНС) на фоне недоношенности. В результате ребенок переведен в реанимационное отделение. В отделении реанимации новорожденных проведены исследования: клинико-лабораторное (лейкоцитоз – 13,74, нейтрофилез – 28,6, с нейтрофильным сдвигом влево до миелоцитов, СРБ – в норме, лактат крови – 5,3 ммоль/л), нейросонография, эхокардиография, рентгенография органов грудной полости, консультация невролога. По результатам микробиологического исследования отделяемого трахеи выявлено обильное количество *Escherichia coli*. По данным полимеразной цепной реакции (ПЦР-исследования) на инфекции обнаружен ДНК цитомегаловируса человека в крови, в моче и в слюне. Новорожденному выставлен диагноз: врожденная пневмония, тяжелое течение на фоне респираторного дистресс-синдрома. Гипоксически – ишемическое поражение центральной нервной системы второй степени, синдром угнетения. Недоношенность – 30 нед 6 дней. Неонатальная желтуха. Функционирующее овальное окно. Открытый артериальный проток. Ребенку введен курс сурф – 200 мг/кг. Проведена комбинированная антибактериальная терапия препаратом ампициллин сульбактам – 75 мг на 1 кг веса в сутки каждые 12 ч – 6 дней, гентамицин – по 2,5 мг на 1 кг веса каждые 18 ч внутривенно капельно – 6 дней. Терапия заменена на цефоперазон + сульбактам – 80 мг/кг/сут – 10 дней. На следующем этапе добавлен ванкомицин – 15–30 мг/кг/сут внут-

ривенно на 14 дней; на 24-е сут назначен линезолид на 10 дней, цефепим + сульбактам – 100 мг/кг/сут на 19 дней. Проводили противогрибковую терапию: флуконазол – 10 мг/кг/сут в течение 10 дней, со сменой терапии на микафунгин – 4 мг/кг/сут внутривенно на 6 дней. Гемостатическая терапия в профилактическом режиме включала фитоменадион. Антицитомегаловирусный иммуноглобулин человека № 6 – 12 дней.

Нейротрофическая терапия: полипептиды коры головного мозга – 0,5 мг/кг/сут на 11 дней. Стимуляцию эритропоэза проводили препаратом эпоэтин бета – 250 МЕ/кг/сут. Лечение включало препарат железа и витамин Д, фототерапию, неинвазивную искусственную вентиляцию легких, энтеральное питание. С 11 сут переведен на самостоятельное дыхание.

На 45-е сут после лечения новорожденный выписан домой в удовлетворительном состоянии. На момент выписки ребенок весил 3030 г. Заключительный диагноз: недоношенность – 30 нед 6 дней. Постконцептуальный возраст – 37 нед. Церебральная ишемия второй степени, ранний восстановительный период в форме синдрома вегето-висцеральных дисфункций. Цитомегаловирусная инфекция, субклиническая форма. Функционирующее овальное окно. Бронхолегочная дисплазия, легкое течение.

У пациентки послеродовый период протекал гладко в условиях наблюдательного отделения, без осложнений. Родильницу N выписали домой в удовлетворительном состоянии на седьмые сутки. Новорожденный переведен в Федеральный перинатальный центр (ФПЦ).

Клинический случай № 2

Пациентка М., 41 год, настоящая беременность – седьмая, наступила без предгравидарной подготовки. Обратилась на акушерский приемный покой перинатального центра ККБ № 2 с жалобами на тянущие боли внизу живота, сохраняющиеся в течение двух суток. При поступлении жалоб не предъявляла, проведена цервикометрия (длина шейки матки: сомкнутая часть не определяется, внутренний зев: диаметр 25 мм, пролабирует плод-

ный пузырь, нарушение гемодинамики не выявлено). Пациентка госпитализирована в отделение патологии беременных.

Диагноз при поступлении. Беременность – 23 нед 2 дня, истмико-цервикальная недостаточность. Пролабирующий плодный пузырь. Гипертоническая болезнь первой стадии первой степени, риск 3. Ожирение 2-й ст., никотиновая зависимость. Носитель полиморфизма генов свертывающей крови: гетерозигота TGAB3, гомозигота F13, PAI-1. Резус-отрицательная кровь без учета антитела (АТ). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА). Узловой нетоксический зоб.

Анамнез жизни

В детстве росла и развивалась согласно возрасту, соматических заболеваний выявлено не было. В возрасте 20 лет и по настоящее время курит по 10 сигарет в сутки. С 2019 г. отмечала эпизодическое повышение артериального давления до 150/90 мм рт. ст., постоянную терапию не получала, к специалистам не обращалась.

Течение беременности

В 12 нед беременности в течение 4 дней отмечала повышение температуры тела до 37,3 °С, лечилась самостоятельно народными средствами. В 20 нед беременности диагностирована гипертоническая болезнь первой стадии, первой степени, риск 3. Консультирована кардиологом, который назначил препарат метилдопа в дозировке 500 мг три раза в сутки. В 21 нед консультирована гематологом: носитель полиморфизма генов свертывающей крови: гетерозигота TGAB3, гомозигота F13, PAI-1. В 23 нед пациентка находилась на стационарном лечении в Центральной районной больнице по месту жительства по поводу ИЦН, назначен микронизированный прогестерон.

Данные соматического статуса при настоящей госпитализации: рост – 162 см, вес – 95 кг, ИМТ – 36,2 кг/м². Температура тела – 36,6 °С. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 80 уд./мин, АД – 130/80 мм рт. ст.

на обеих руках, частота дыхательных движений (ЧДД) – 16 в минуту. По данным внутреннего акушерского исследования в зеркалах: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки покрыта неизменной слизистой. Шейка матки укорочена до 0,5 см, ее диаметр – 3,0 см, визуализируется плодный пузырь. По данным ультразвукового исследования патологии плода выявлено не было. При общеклиническом обследовании установлена анемия первой степени (гемоглобин – 10,8 г/дл), по остальным лабораторным показателям отклонений не выявлено. На следующий день пациентка осмотрена консилиумом специалистов: с учетом ИЦН в сроке гестации 23 нед 3 дня отсутствие преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО), повышение маркеров воспаления (СРБ – 16,5 мг/л), не исключен субклинический хориоамнионит, для исключения которого показан диагностический трансабдоминальный амниоцентез.

По данным диагностического трансабдоминального амниоцентеза в околоплодных водах (ОПВ) уровень глюкозы – 1,2 моль/л, СРБ – 16,5 мг/л, что подтверждает диагноз – субклинический хориоамнионит. В этой клинической ситуации наложение швов на шейку матки противопоказано. По согласованию с клиническим фармакологом показана антибактериальная терапия препаратом клиндамицин – 600 мг три раза в день внутривенно.

Пациентка консультирована терапевтом, выставлен диагноз – гипертоническая болезнь первой стадии, риск 3. Латентный дефицит железа (уровень гемоглобина – 106 г/л). Назначены препараты железа (1 таблетка два раза в день), метилдопа – 250 мг (1–2 таблетки три раза в день) под контролем АД. Консультирована гематологом, выставлен диагноз: носитель полиморфизма генов свертывающей системы крови: гетерозигота ITGB3, гомозигота F13, PAI-1. С целью профилактики преэклампсии назначена ацетилсалициловая кислота – 150 мг в сутки на ночь до 36 нед беременности. С учетом высокого риска венозных тромбоэмболических осложнений рекомендована антикоагулянтная терапия: эноксапарин

натрия – 6000 анти-Ха ед. (0,6 мл) подкожным введением в течение 6 нед. Произведено УЗИ органов брюшной полости. Выявлены УЗ-признаки холепатии, диффузные изменения в поджелудочной железе. Консультирована эндокринологом – диагностирован гестационный сахарный диабет, рекомендована диетотерапия.

На восьмой день стационарного лечения беременная предъявляла жалобы на жидкие выделения из половых путей. Произведен забор на кристаллы околоплодных вод, получен отрицательный результат. По данным ультразвуковой диагностики индекс амниотической жидкости (ИАЖ) составлял 5 см, маловодие, проведена наружная гистерография (НГ). С учетом пролабирующего плодного пузыря высокий риск экстремально ранних преждевременных родов. Назначена профилактика РДС плода.

На 45-е сутки госпитализации беременная предъявляла жалобы на жидкие выделения из половых путей. При осмотре шейки матки в зеркалах: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки покрыта неизменной слизистой. Шейка матки укорочена до 0,5 см, наружный зев зияет, плодный пузырь не визуализируется. Результат проведенного теста «АмниФлюид» отрицательный, мазка на кристаллы околоплодных вод – отрицательный. На основании клинико-лабораторных данных, обследования в КЦПД, консультаций смежных специалистов можно сформулировать диагноз:

На 46-й день пребывания у беременной отмечено нарастание маркеров воспаления: СРБ – 32,4 мг/л, лейкоциты – $12,92 \cdot 10^9$ /л. По согласованию с клиническим фармакологом начата антибактериальная терапия препаратом ампициллин + сульбактам 1,5 г + 0,9%-й раствор натрия хлорида – 20 мл внутривенно 4 раза в день. На 50-й день пребывания в стационаре беременной М. проведено УЗИ плода. УЗ-признаки прогрессирующей беременности – 30 нед. К сроку гестации – крупный плод (предполагаемый вес плода (ПВП) – 1613 г), маловодие (индекс амниотической жидкости

(ИАЖ) – 3 см.) Признаки ИЦН. Миома матки. Результат проведенного нитразинового теста на околоплодные воды – отрицательный, теста «АмниФлюд» – отрицательный, мазка на кристаллы околоплодных вод – отрицательный. Принимая во внимание ИЦН, пролабирующий плодный пузырь, маловодие, проведенный курс РДС плода в 24 нед, высокий риск преждевременных родов, решено назначить повторный курс РДС плода. По результатам доплерометрии на 53-й день пребывания диагностированы ангидрамнион, нарушение гемодинамики в маточных артериях. Беременная жалоб не предъявляла. Результат мазка на кристаллы околоплодных вод – отрицательный и теста «АмниФлюд» – отрицательный. К лечению добавлена инфузионная терапия.

Беременная М. предъявляла жалобы на незначительные, нерегулярные, тянущие боли внизу живота. Осмотрена дежурным врачом, по результатам внутреннего акушерского исследования влагалище и влагалищная часть шейки матки покрыты неизменной слизистой. Шейка матки укорочена до 0,5 см, наружный зев зияет, плодный пузырь не визуализируется, выделения – слизистые, умеренные. Назначена инфузия спазмолитиков. Беременная отметила уменьшение болей. В динамике боли возобновились. Результаты осмотра: шейка матки сглажена, открытие маточного зева – 5 см, плодный пузырь цел, предлежащая часть – головка, мыс не достижим, экзостозов нет, своды свободны. Составлен консервативный план родов. Рекомендовано продолжить антибактериальную терапию в родах.

Родоразрешение

Роды велись в условиях длительной эпидуральной анестезии. В сроке гестации 30 нед 6 дней пациентка родила живого недоношенного мальчика массой – 1550 г, длиной – 42 см. Состояние новорожденного по шкале Апгар на первой минуте – 6 баллов, на пятой минуте – 6 баллов.

Послеродовый период

Состояние ребенка при рождении оценено как тяжелое за счет дыхательных расстройств, предусматривающих респираторную поддержку, и неврологической симптоматики в виде синдрома угнетения ЦНС на фоне недоношенности. Ребенок переведен в реанимационное отделение. В отделении реанимации новорожденному проведены исследования: клинико-лабораторное (лейкоцитоз – $55,47 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилез – $43 \cdot 10^9/\text{л}$ с нейтрофильным сдвигом влево до миелоцитов, СРБ – в норме, лактат крови – $3,7 \text{ ммоль/л}$), нейросонография, эхокардиография, рентгенография органов грудной полости, консультация невролога. По результатам микробиологического исследования отделяемого трахеи роста не выявлено. По данным полимеразной цепной реакции (ПЦР) на TORCH в крови инфекция не обнаружена. Выставлен диагноз: врожденная пневмония, тяжелое течение на фоне РДС новорожденного. Гипоксически – ишемическое поражение центральной нервной системы 1-й ст., синдром угнетения. Недоношенность – 30 нед 6 дней. Функционирующее овальное окно. Открытый артериальный проток. Проведена антибактериальная терапия препаратом ампициллин сульбактам – 75 мг на 1 кг веса в сутки каждые 12 ч – 6 дней, гентамицин – по 2,5 мг на 1 кг веса каждые 18 ч внутривенно капельно – 6 дней. Далее терапию сменили на цефоперазон + сульбактам – 80 мг/кг/сут – 9 дней, на следующем этапе добавлен ванкомицин – 15–30 мг/кг/сут внутривенно – 5 дней; на 14-е сут назначен меропенем – 60 мг/кг/сут внутривенно – 18 дней, через 3 дня после начала новой схемы – линезолид – 30 мг/кг/сут на 10 дней. Противогрибковую терапию проводили флуконазолом. Гемостатическая терапия в профилактическом режиме фитоменадином однократная. Инфузионная терапия включала 10%-й раствор декстрозы, 10%-й раствор аминокислот и жировых эмульсий для парентерального питания. Стимуляцию эритропоеза проводили препаратом эпоэтин бета – 250 МЕ/кг/сут. Назначены холекальциферол, фототерапия, неинвазивная искусственная

вентиляция легких, энтеральное питание. На 9-е сут жизни ребенок переведен на самостоятельное дыхание.

На 38-е сут новорожденный выписан домой в удовлетворительном состоянии. На момент выписки ребенок весил 2705 г. Заключительный диагноз: недоношенность – 30 нед 6 дней. Постконцептуальный возраст составлял 35 нед. Церебральная вегето-висцеральная дисфункция. Функционирующее овальное окно. Ранняя анемия недоношенных легкой степени.

С учетом гладкого течения послеродового периода после купирования симптоматики хориоамнионита родильница выписана из наблюдательного отделения в удовлетворительном состоянии на четвертые сутки после родов.

Заключение

Анализ представленных клинических случаев демонстрирует сложность клинического ведения беременных с пролабирующим плодным пузырем. В обоих эпизодах заболевания удалось добиться клинически значимого пролонгирования беременности до 30–31 нед, преодолев критически важный рубеж в 28 нед, когда выживаемость новорожденных превышает 90 %, несмотря на крайне неблагоприятные исходные условия в виде пролабирующего плодного пузыря на 22–23 нед. Выбранная тактика позволила максимально эффективно использовать период 24–28 нед для проведения двух курсов кортикостероидов с целью профилактики РДС плода. Это обеспечило жизнеспособность детей, возможность более эффективной респираторной поддержки и благоприятных условий для последующего выхаживания. В приведенных случаях доказана исключительная диагностическая ценность амниоцентеза как метод верификации внутриутробной инфекции. Полученные данные, определяющие выбор рациональной тактики ведения, в итоге способствовали относительно благоприятным перинатальным исходам. Процедура – обязательный компонент обследования при пролабирующем плодном пузыре с подозрением на субклинический хориоамнионит.

Применение современных протоколов, включающих раннюю госпитализацию, подобранную адекватную антибактериальную терапию, персонализированный подход, междисциплинарное взаимодействие специалистов, комбинированные методы диагностики и лечения, позволило минимизировать перинатальные потери с точки зрения баланса рисков. Они обусловлены развитием материнских септических осложнений на фоне относительной стабилизации воспалительного процесса к моменту родов.

Список литературы

1. *Попов А. А.* Хирургические методики предотвращения и коррекции невынашивания беременности / *А. А. Федоров, В. С. Вроцкая [и др.]* // *Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга.* – 2017. – № 2. – С. 80–83.
2. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю Акушерство и гинекология : приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. № 1130н. – URL: http://perinatcentr.ru/files/N_1130.pdf.
3. Преждевременные роды, ВОЗ, 2018
4. Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24+0 Weeks of Gestation: Green-top Guideline No. 73, 2019.
5. Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns (Number 797 (Replaces Committee Opinion No. 782)), 2020.
6. Клинические аспекты роли некоторых типов коллагена шейки матки человека / *Ю. В. Григорьева, Г. Н. Суворова, А. В. Бормотов [и др.]* // *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье.* – 2018.
7. Истмико-цервикальная недостаточность, ассоциированная с цервиковагинальными инфекциями: особенности течения беременности и перинатальные исходы / *В. Ф. Долгушина, Е. С. Алиханова, И. В. Курносенко, Т. В. Надвикова* // *Уральский медицинский журнал.* – 2021;
8. *Амельхина И. В.* Длительная угроза прерывания беременности. Ближайшие и отдаленные результаты развития детей: автореф. дис...канд. мед. наук / *И. В. Амельхина,* 2007.
9. Акушерство: национальное руководство / под ред. *Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского.* – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 15–28.