

УДК 618.544; 618.36-007.274	UDC 618.544; 618.36-007.274
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК, С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ И ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	MANAGEMENT OF PREGNANCY WITH PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES IN PREGNANT WOMEN WITH PLACENTA PREVIA AND ACCRETA. CLINICAL CASE
Шаповалова Ольга Александровна – канд. мед. наук, профессор <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар</i>	Shapovalova Olga Aleksandrovna – MD, professor <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»; SBEA HE «Kuban state medical university», Krasnodar</i>
Лебеденко Елена Сергеевна – канд. мед. наук <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар</i>	Lebedenko Elena Sergeevna – MD <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»; SBEA HE «Kuban state medical university», Krasnodar</i>
Котелевская Надежда Александровна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар</i>	Kotelevskaya Nadezhda Aleksandrovna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar</i>
Аникина Татьяна Анатольевна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар</i>	Anikina Tatyana Anatolevna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar</i>
Солнцева Алина Витальевна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар</i>	Solntseva Alina Vitalievna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar</i>
Русина Кристина Алексеевна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар</i>	Rusina Kristina Alekseevna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar</i>
В статье представлен клинический случай ведения беременности и родов у пациентки на фоне преждевременного разрыва плодных оболочек, с предлежанием и вращением плаценты, длительным течением безводного периода. Рассмотрены особенности родоразрешения и течения послеоперационного периода. Обоснован эффективный вариант лечения и ведения пациенток с преждевременным разрывом плодных оболочек – применение внутривенных антибактериальных препаратов и мониторинг контроля за витальными функциями беременной, а также воспалительных маркеров крови и внутриутробного состояния плода.	The article presents a clinical case of pregnancy and labor management in a patient with premature rupture of membranes, placenta previa and accreta, and a long anhydrous period. The features of labor and the course of the postoperative period are considered. An effective treatment option and management of patients with premature rupture of membranes is substantiated - the use of intravenous antibacterial drugs and monitoring of the vital functions of the pregnant woman, as well as inflammatory markers of the blood and the intrauterine state of the fetus.
Ключевые слова: ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК, РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ ПЛОДА, ПРЕДЛЕЖАНИЕ, ВРАСТАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ, БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ	Key words: PREMATURE RUPTURE OF THE MEMBRANES, FETAL RDS, PLACENTA PREVIA, PLACENTA ACCRETA, PREGNANCY, CHILDBIRTH

Введение

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) – наиболее распространенное осложнение в акушерстве, поэтому эта патология становится причиной перинатальных заболеваний. Уровень распространенности преждевременных родов (ПР) в Российской Федерации остается стабильным на протяжении последних 10 лет и в 2020 г. составлял 59,9 тыс. чел. от общего количества родов. Преждевременные роды – причина неонатальной смертности в 70 % случаев, младенческой смертности в 36 % и отдаленных неврологических последствий у детей в 25–50 % случаев [1, 2]. Состояние ПРПО представляет серьезную угрозу для здоровья ребенка и матери, предполагает необходимость комплексной медицинской помощи. Родоразрешение беременных с предлежанием и вращением плаценты характеризуется риском грозных осложнений для матери и плода: обширная кровопотеря и развитие полиорганной недостаточности, удаление органа, недоношенность, респираторный дистресс-синдром (РДС) плода [3, 4].

В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост частоты случаев вращающейся плаценты, что обусловлено увеличением оперативных родоразрешений. По данным за 2020 г. частота предлежания плаценты с кровотечением и без составила 1,66 и 4,33 соответственно (на 1000 родов) [5].

Мультидисциплинарный подход, использование высоких технологий в условиях перинатального центра третьего уровня позволяют снизить перинатальные потери, оказать высококвалифицированную помощь пациенткам с повышенным риском массивной кровопотери. Появляется возможность выполнения органосохраняющего объема операции при родоразрешении и полноценной реабилитации в послеоперационном периоде [6, 7].

Цель – исследование возможности длительного пролонгирования беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек у пациентки с вращением плаценты и обоснование эффективности мультидисциплинар-

ного подхода в стационаре третьей группы. От пациентки получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию описания клинического случая.

Клинический случай

Пациентка С., 34 года, состояла на диспансерном учете в женской консультации с 8 нед гестации. Настоящая беременность – шестая, наступила самостоятельно без прегравидарной подготовки. В акушерском анамнезе пациентки три аборта и два родоразрешения путем кесарева сечения в доношенном сроке беременности. Первая операция была выполнена пациентке в родах в связи со слабостью родовой деятельности, вторая операция – планово при наличии рубца на матке. Инфекционный, аллергологический, гемотрансфузионный, онкологический, тромботический анамнез (личный, семейный) не отягощен. В личном анамнезе пациентки вредная привычка – курение.

С 8 нед беременности по рекомендации гинеколога пациентка принимала микронизированный прогестерон, проводили спазмолитическую терапию. Беременность протекала с угрозой самопроизвольного аборта в сроке беременности 8–9 нед, 16 и 21 нед. Впервые предлежание плаценты с высоким риском формирования вставания плаценты диагностировано по ультразвуковому исследованию (УЗИ) в сроке гестации 12–13 нед.

В сроке гестации 26 нед пациентка поступила в акушерский стационар второго уровня по месту жительства с жалобами на жидкие выделения с примесью крови из половых путей, выставлен диагноз: «Угрожающие ранние преждевременные роды», проведены магнезиальная и гемостатическая терапия, профилактика респираторного дистресс-синдрома (РДС) плода. Согласно приказу о маршрутизации беременных после ее завершения пациентка была переведена в Перинатальный центр третьего уровня г. Краснодара. В приемном покое проводили микроскопическое исследование выделений из половых путей, где были обнаружены кристаллы околоплодных

вод. В условиях отделения патологии беременных осуществляли антибактериальную терапию препаратом ампициллин сульбактам – 1,5 г 4 раза в течение 10 дн. По окончании лечения взяли контрольный посев из цервикального канала, в котором обнаружили золотистый стафилококк в умеренном количестве с чувствительностью к клиндамицину, линезолиду и цефотаксиму. Провели смену антибактериальной терапии на препарат цефтриаксон сульбактам в дозировке – 1,5 г два раза в сутки в течение двух дней. Проводили магниезальную, гемостатическую, противоанемическую и токолитическую терапию препаратом нифедипин в дозировке – 20 мг 4 раза в сутки.

Пациентка обследована в динамике, по результатам анализа крови: С-реактивный белок – 7,1 мг/л, лейкоциты крови – 13,87 тыс., гемоглобин – 109 г/л. Урогенитальный мазок первой степени чистоты. По результатам бактериального посева из цервикального канала – *Klebsiella pneumoniae* в обильном количестве, посев мочи – *Klebsiella pneumoniae* – 10;3 КОЕ/мл.

По данным УЗИ: признаки предлежания и вращения плаценты (мио-метрий четко не визуализируется на протяжении 106 мм, гиперваскуляризация пузырно-маточной зоны определяется на протяжении 110 мм), предполагаемая масса плода – 1100–1250 г. Срок беременности – 27 нед 4 дня. Принято решение проводить выжидательную тактику ведения беременности в стационаре с применением антибактериальной терапии по согласованию с клиническим фармакологом по результатам бактериального посева (клиндамицин – 600 мг три раза в сутки в течение 10 дн), магниезальной терапии с целью нейропротекции плода, лечения препаратами железа, ежедневным контролем лабораторных и витальных функций беременной, а также состояния плода.

Наблюдение пациентки в стационаре включало:

– мониторинг каждые 4 ч с отметкой в истории болезни: температуры тела, частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления (АД) пациентки, ЧСС плода, тонуса матки, наличия схваток, характера

выделений из половых путей, смены подкладных, измерение высоты дна матки, окружности живота и санитарной обработки палаты;

– общеклинические исследования: контроль общего анализа крови (ОАК) и С-реактивного белка (СРБ) не реже одного раза в два дня, периодический контроль общего анализа мочи (ОАМ), коагулограмма не реже одного раза в 10 дн, посевы цервикального канала и мочи;

– мониторинг состояния плода: ультразвуковая оценка индекса амниотической жидкости (ИАЖ) и доплерометрия маточно-плацентарно-плодового кровотока (ДМ) – не реже одного раза в три дня, фетометрия – каждые 2 нед, контроль КТГ ежедневно с 28 нед гестации.

Данные мониторинга в стационаре

Витальные функции беременной и внутриутробное состояние плода в норме в течение периода наблюдения и терапии. При оценке динамики индекса амниотической жидкости зарегистрировано однократное повышение числа околоплодных вод до уровня начального многоводия. В процессе остальных исследований диагностировано нормальное количество околоплодных вод. На фоне проводимой антибактериальной терапии определяли снижение воспалительных маркеров крови (СРБ – 4,8 нг/мл, лейкоциты крови – 12,49 тыс.).

Однократно пациентка пожаловалась на сукровичные выделения из половых путей. По результатам ультразвукового исследования: в структуре верхней трети плацентарной ткани визуализируется гипэхогенное неоднородное образование размерами 34 × 24 × 30 мм без кровотока, по передней стенке заоболочечно, в верхней трети такое же образование размерами 30 × 14 мм аваскулярное, субхориально визуализируется анэхогенное образование 69 × 12 мм неправильной формы с гиперэхогенным флотирующим включением (гематомы в стадии организации?), в водах множественная крупнодисперсная взвесь, нарушение гемодинамики не выявлено. Осмотрена консилиумом для решения дальнейшей тактики ведения беременности.

Пациентка более жалоб не предъявляла, на подкладной мажущие темные штрихи. С учетом отсутствия продолжающегося кровотечения, удовлетворительного состояния беременной и плода на этом этапе продолжена выжидательная тактика.

По данным урогенитального мазка, взятого в динамике: смешанная флора с преобладанием кокковой. Повторный контроль бактериального посева из цервикального канала: *Klebsiella pneumoniae* обильное количество, *Enterococcus faecalis* в обильном количестве, СРБ – 3,8 нг/мл, лейкоциты крови – 9,86 тыс. По согласованию с клиническим фармакологом решено начать повторный курс антибактериальной терапии препаратом цефотаксим + сульбактам – 1,5 г два раза в сутки в течение 7 дн.

В сроке гестации 32 нед проведен повторный курс профилактики РДС плода. В динамике пациентка обследована, при ежедневном контроле отмечено стойкое нарастание воспалительных маркеров крови: лейкоцитоз – 14,63 тыс., далее – 15,27 тыс.). Учитывая преждевременный разрыв плодных оболочек у беременной с длительным безводным периодом (47 сут 19 ч) в сроке гестации 33 нед, нарастающие маркеры воспаления крови, проведен курс респираторного дистресс-синдрома (РДС), решено завершить беременность путем операции кесарево сечение. По согласованию с клиническим фармакологом антибиотики назначены в профилактическом режиме препаратом цефазолин натрия.

Родоразрешение

Плановое родоразрешение выполнено под регионарной длительной эпидуральной анестезией (ДЭА) в сроке 33 нед 3 дня с участием мультидисциплинарной бригады: акушеры-гинекологи, реаниматологи, сосудистый хирург, врач-трансфузиолог и неонатологи. После проведения нижнесрединной лапаротомии с иссечением послеоперационного кожного рубца при донном кесаревом сечении извлечен мальчик весом – 2500 г, длиной – 47 см

и оценкой по шкале Апгар 6–7 баллов с признаками недоношенности. Интраоперационно при осмотре выявлены повышенная васкуляризация верхушки задней стенки мочевого пузыря, грыжевое выпячивание размерами 10×15 см. Далее выполнена метропластика. Дополнительный гемостаз плацентарной площадки, сосудов в предпузырной клетчатке. Перевязка восходящих ветвей маточных артерий. Хирургическая стерилизация. Кровопотеря составила 2500 мл (31,2 мл/кг), ее восполняли с использованием аппарата Cell-Saver, реинфузия – 1000 мл аутоэритроцитов. Дополнительно проводили гемотрансфузию донорских компонентов крови (эритроцитсодержащих сред – 696 мл). Общий объем инфузии: кристаллоидов – 1100 мл, коллоидов – 1000 мл. Длительность операции – 2 ч 15 мин. После ее завершения пациентка переведена в отделение анестезиологии и реанимации. На вторые сутки послеоперационного периода пациентка была переведена в послеродовое отделение. Дообследована, лабораторно: СРБ – 126 мг/л, лейкоцитоз – 15 тыс.

Принимая во внимание незначительно повышенные маркеры воспаления крови, удовлетворительное состояние родильницы, отсутствие гипертермического синдрома, проведенные курсы антибактериальной терапии, согласно данным бактериальных посевов, по согласованию с клиническим фармакологом на этом этапе решено воздержаться от повторного курса антибактериальной терапии. В динамике отмечено снижение уровня лейкоцитов – 9,69 тыс. и СРБ – 102 нг/мл. На 6-е сут СРБ крови составил 40,6 нг/мл. Посев цервикального канала – *Enterococcus faecalis* единичные колонии. На 8-е сут осмотрена, течение послеоперационного периода гладкое, родильница выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Протокол гистологического исследования: фрагмент миометрия – миометрий, гравидарный эндометрий, плацента – фиброз стромы опорных ворсин, терминальный ангиоматоз, «афункциональные зоны», очаговые

межворсинчатые кровоизлияния, плодные оболочки с дистрофическими изменениями, рассеянной лимфоцитарной инфильтрацией. Заключение: хроническая плацентарная недостаточность, субкомпенсированная, очаговый серозный хориоамнионит.

Исходы для плода

В результате кесарева сечения родился мальчик весом 2500 г, длиной 47 см, с оценкой по шкале Апгар 6–7 баллов и признаками недоношенности. При рождении состояние тяжелое за счет дыхательных расстройств (потребовалась респираторная поддержка), неврологической симптоматики в виде синдрома угнетения центральной нервной системы (ЦНС) на фоне недоношенности. Проводили неинвазивную СРАР-терапию (Continuous Positive Airway Pressure). Кормление осуществляли через зонд по 3,0 мл № 8 СГМ + смесь, инфузионную терапию с дотацией жира и белка.

При подозрении на врожденную пневмонию начата антибактериальная терапия: ампициллин сульбактам – 75 мг/кг/сут внутривенно на два введения гентамицина – 2,5 мг/кг каждые 12 ч. Данные нейросонографии: без патологии, УЗИ органов брюшной полости (ОБП) – без патологии. Эхокардиография: функционирующее овальное окно. Рентгенография легких: легочный рисунок диффузно усилен, местами сниженной структурности, справа нитевидно подчеркнута междолевая щель. При посеве на микрофлору из зева и крови ее роста не выявлено.

Выставлен заключительный диагноз: Врожденная пневмония, тяжелое течение. Респираторный дистресс-синдром. Гипоксически-ишемическое поражение (ГИП) центральной нервной системы, синдром угнетения. Недоношенность – 33 нед один день. Функционирующее овальное окно. На 8-е сут ребенок переведен на долечивание в специальное учреждение на второй этап выхаживания в отделение патологии новорожденных детей филиала Перинатального центра (ОПН ФПЦ).

Обсуждение

Уникальность клинических случаев заключается в длительности успешного пролонгирования беременности при ПРПО в сроке ранних преждевременных родов. При консервативном подходе риск внутриутробной гибели плода составляет 31 % [6, 8]. Склеивание плодных оболочек с последующим накоплением околоплодных вод встречается с частотой – от 2,8 до 13 %. При пролонгировании беременности в 38 % случаев развивается хориоамнионит, в 11 % – эндометрит и в 1 % – сепсис [9]. Представляет опасность для пациенток с ПРПО присоединение интеркуррентной инфекции, поскольку беременность является фактором риска тяжелого течения вирусных инфекций и развития осложнений, сопровождающихся высоким уровнем летальности [10, 11]. Протокол ACOG предусматривает амбулаторное наблюдение в сроках до жизнеспособности плода и указывает на ограниченность доказательной базы относительно целесообразности применения антибиотиков и кортикостероидов пациенток с преждевременным разрывом плодных оболочек [12, 13].

Сочетание ПРПО с предлежанием и вращением плаценты у пациентки с двумя рубцами на матке выделяет этот случай в особую категорию, повышая как перинатальные, так и акушерские риски. С учетом сочетанного акушерского и перинатального рисков выбрана выжидательная тактика в условиях стационара.

Вопрос об оптимальном сроке родоразрешения при ПРПО остается спорным [14]. Британский протокол при отсутствии противопоказаний рекомендует пролонгировать беременность, осложненную ПРПО, до 37 нед [15]. Исходы для новорожденных ассоциированы с развитием: респираторного дистресса, бронхо-пульмональной дисплазии, внутрижелудочковых кровоизлияний, ретинопатии недоношенных, некротического энтероколита, персистирующего боталлова шунта, перивентрикулярной лейкомаляции и сепсиса новорожденных [16]. Поскольку ранние преждевременные

роды (ПР) ассоциированы с неблагоприятными неонатальными исходами, а пролонгирование беременности при ПРПО не повышает риск неонатального сепсиса, то для таких пациенток ранее 34-й нед предпочтительна выжидательно-консервативная тактика. Пролонгирование беременности у пациентки с вращением плаценты повышает риск кровотечения и экстренной операции с массивной кровопотерей в третьем триместре [17].

Согласно Британскому протоколу пациенткам с предлежанием плаценты и эпизодами вагинальных кровотечений либо иными факторами риска преждевременных родов рекомендовано выполнять родоразрешение между 34+0 и 36+6 неделями беременности. Клиническими отечественными рекомендациями родоразрешение у женщин с ПРПО и вращением плаценты, наличием хотя бы одного эпизода влагалищного кровотечения предусмотрено проводить в плановом порядке при сроке беременности 34+0, учитывая высокий риск преждевременных родов [18].

Заключение

Пролонгирование беременности, осложнившейся сверххранним ПРПО с сочетанной акушерской патологией, возможно в условиях перинатального центра третьего уровня. Реализация мультидисциплинарного подхода, использование высоких технологий позволяют снизить перинатальные потери в группе перинатального риска, оказать высококвалифицированную помощь пациенткам с повышенным риском массивной кровопотери с возможностью выполнения органосохраняющего объема операции при родоразрешении и полноценной реабилитацией в послеоперационном периоде [6, 7].

Список литературы

1. Преждевременные роды: клинические рекомендации (протокол лечения) / Г. Т. Сухих, В. Н. Серов, Л. В. Адамян, О. С. Филиппов, О. Р. Баев, Н. И. Клименченко [и др.] – М.: Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2013. – 20 с.
2. Преждевременные роды: клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. – 01.01.2025.
3. Thomson A. J. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Care of women presenting with suspected preterm prelabour rupture of membranes from 24+0 weeks of gestation / A. J. Thomson // BJOG. – 2019; 126: e152–166.
4. Development and practical implementation of organ preservation surgery in case of placenta accreta in patients with a scar on the uterus / G. M. Savelieva M. A. Kurtser, I. Y. Breslav, O. A. Latyshkevich, A. M. Grigoriyan, A. M. Shtabnitsky, O. B. Panina, L. G. Sichinava, V. B. Evteev, D. S. Spiridonov // Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhraneniia i Istor Med. – 2019. – Aug; 27(Special Issue): 693–698. Russian.
5. Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и вращение плаценты) : клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2023.
6. Пенжоян Г. А. Служба родовспоможения в крупном городе / Г. А. Пенжоян // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 3. – С. 37.
7. Пенжоян Г. А. Эффективность современных перинатальных технологий, внедряемых в краевом перинатальном центре / Г. А. Пенжоян // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 2. – С. 26.
8. Баринов С. В. Способ остановки послеродового кровотечения путем наложения гемостатического наружно-маточного сборочного надплацентарного шва / С. В. Баринов, Ю. И. Турская // Российский вестник акушера-гинеколога. 2017.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric Care Consensus No. 7: Placenta Accreta Spectrum // Obstet. Gynecol. – 2018; 132(6): e259–e275. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002983
10. Хирургическая тактика при вращении плаценты с различной глубиной инвазии / Р. Г. Шмаков, М. М. Пирогова, О. Н. Васильченко, В. Д. Чупрынин, Л. С. Ежова // Акушерство и гинекология. – 2020; 1: С. 78–82.
11. Effect of coitus on recurrent preterm birth / N. P. Yost, J. Owen, V. Berghella, E. Thom, M. Swain, G. A. Dildy [et al.] // Obstet Gynecol. – 2006; 107(4): 793–7.
12. Курцер М. А. Временная баллонная окклюзия общих подвздошных артерий при осуществлении органосохраняющих операций у пациенток с вращением плаценты / М. А. Курцер, А. М. Григорьян, И. Ю. Бреслав // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2018–2020. – Т. 6, № 4. – С. 31–37.
13. Kayem G. Management of placenta previa and accreta / G. Kayem, H. Keita // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). – 2014. – Vol. 43, N 10. – P. 1142–1160.
14. Савельева Г. М. Акушерство: национальное руководство / Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1088 с.
15. Преждевременные роды: клинические рекомендации (протокол лечения). Письмо Минздрава России от 17 декабря 2013 г. N 15-4\10\2-9480.

16. Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour / *V. Flenady, H. E. Reinebrant, H. G. Liley, E. G. Tambimuttu, D. N. M Papatsonis* // Cochrane database Syst Rev. – 2014; (6).
17. A systematic review and meta-analysis of cesarean delivery and other uterine surgery as risk factors for placenta accrete / *B. De Mucio [et al.]* // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2019. – Vol. 147, N 3. – P. 281–291.
18. Maternal outcome after conservative management of placenta percreta at caesarean section: a report of three cases and a review of the literature / *S. Pather [et al.]* // Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. – 2014. Vol. 54, N 1. – P. 84–87.