

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С МНОГОПЛОДИЕМ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД В 22–28 НЕДЕЛЬ

© Владимир Васильевич Ветров, Дмитрий Олегович Иванов, Виталий Анатольевич Резник, Лариса Андреевна Романова, Ксения Алексеевна Шандренко

Санкт-петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Литовская, 2

Ключевые слова: беременность, преждевременное излитие околоплодных вод, эфферентная терапия.

Введение. Многоплодие с преждевременным излитием околоплодных вод (ПИОВ) служит одной из причин очень ранних преждевременных родов (ОРПР) с высокой перинатальной и младенческой смертностью. Поэтому очень актуальным при этой патологии является пролонгирование беременности. Этой цели служит использование методов детоксикационной, эфферентной терапии (ЭТ) в виде плазмафереза (ПА) и фотомодификации крови (ФК) [1].

Целью исследования явилось изучение исходов беременности у женщин с многоплодием и ПИОВ при включении в курс терапии методов детоксикации.

Материал исследования. Наблюдали восемь женщин с многоплодием (все — после ЭКО), поступивших в перинатальный центр (ПЦ) в сроки 22–26 недель беременности: с ПИОВ первого плода при двойне (монохориальная — 1) — шесть человек, в том числе после позднего выкидыша первого плода — одна, после рождения первого плода из тройни — одна. В традиционный курс лечения по протоколу (антибиотики, профилактика СДР и др.) были включены методы ЭТ в виде ежедневных сеансов ФК с облучением крови ультрафиолетовыми и лазерными лучами (чередовали, на курс всего было 12–15 сеансов). Помимо этого, 4 пациенткам (в том числе обе беременные после рождения первых плодов) с проявлениями умеренной воспалительной реакции организма, в целях ее купирования, дополнительно проводили курсы малообъемного мембранного плазмафереза (МПА; эксфузия за сеанс 500–600 мл плазмы) из 3–5 процедур через день-два с плазмозамещением кристаллоидами и аутоплазмой (АП), обработанной с помощью методики гепаринкриопреципитации. Двум пациенткам было выполнено по 1 операции гемосорбции в объеме 1 объема циркулирующей крови. Осложнений при ЭТ не было. Средние количественные

данные клинических показателей составили: срок беременности при поступлении — 24,6 недель, продолжительность безводного периода к родам — 29,4 дней, срок беременности в родах 28,8 недель, Кесарево сечение было в восьми (100,0%) случаях. В послеродовом периоде проявления системного воспалительного ответа организма в основной группе были у 1 пациентки (12,5%), материнской смертности не было. Анте-интранатальной гибели детей не было. Родилось 15 детей (у одной пациентки с двойней до поступления в ПЦ был поздний выкидыш, у одной с тройней были ранее преждевременные роды первым плодом). Средняя масса тела у всех родившимися живыми детей составила 1216,6 гр, средние показатели оценки по шкале Апгар составили на 1-й минуте — 3,9 баллов, на 5 минуте — 5,7 баллов. Все дети с момента рождения лечились в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, средний срок пребывания в отделении составил 12,2 суток. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) с рождения проводилась у 9 из 15 (60,0%), средняя длительность ИВЛ у этих детей составила 6,8 суток. Умер 1 ребенок из 15 (6,7%), в первые сутки жизни от полиорганной недостаточности на фоне фето-фетального синдрома. Остальных детей перевели на второй этап выхаживания, в отделении патологии новорожденные провели в среднем 45,3 дня, все выписаны живыми и успешно развиваются.

Вывод: Безопасные методы ЭТ у беременных с многоплодием и ПИОВ в 22–28 недель беременности способствуют пролонгированию беременности и благоприятным исходам для 93,3% детей и поэтому должны быть включены в клинический протокол лечения беременных с этой патологией.

Список литературы.

1. Ветров В.В., Иванов Д.О. Плод как пациент трансфузиолога. СПб., 2016. 112 с.