



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ АКУШЕРСТВА И
ПЕДИАТРИИ

Особенности тактики ведения преждевременных родов

к. м. н. Смолянинова В. В.

**280 ДНЕЙ
(10 ЛУННЫХ
МЕСЯЦЕВ)**

Не

рановато

ли?

22-36 нед.



Преждевременные роды по определению ВОЗ



Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, к преждевременным относятся роды с 22 до 37 недель беременности.

Выделяют:

- Очень ранние преждевременные роды (22-27 недель)
- Ранние (28-30 недель)
- Преждевременные роды (31-33 недели).
- Поздние преждевременные роды (34 -36 ,6 недель).

Клинические шифры, согласно МКБ-Х:



О 60 – преждевременные роды

О 42 - преждевременный разрыв плодных оболочек

О 42.0 - преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов в последующие 24 ч

О 42.1 - преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов после 24 ч безводного промежутка

О 42.2 - преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией

О 42.9 - преждевременный разрыв плодных оболочек,

Классификация



Спонтанные (70-80%)

Регулярная родовая деятельность при целом плодном пузыре (40-50%)

Излитие околоплодных вод при отсутствии регулярной родовой деятельности (25-40%)

Индукцированные (20-30 %)

Показания со стороны матери

Тяжелые ЭГЗ с декомпенсацией, угрожающие жизни, осложнения беременности (тяжелая преэклампсия/эклампсия, HELLP-синдром, внутрипеченочный холестаз беременных и др.)

Показания со стороны плода

Некурабельные ВПР, прогрессирующее ухудшение состояния, антенатальная гибель плода

Факторы риска преждевременных родов



**Относящиеся к прошлым беременностям
и/или к перенесённым операциям**

1 и > ПР в анамнезе
1 и > поздних выкидышей
2 и > медабортов
Высокий паритет (>4 родов)
Конизация/ампутации шейки матки

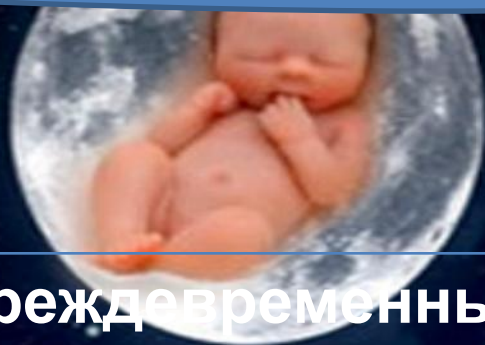
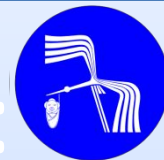
Относящиеся к данной беременности

Низкий социально экономический уровень жизни
Стрессовая ситуация на работе или в семье
Возраст <18 или >34 лет
Многоплодная/индуцированная беременность
Алкогольная/никотиновая/лекарственная зависимость
Пародонтит

**Способствующие развитию
преждевременных родов при данной
беременности**

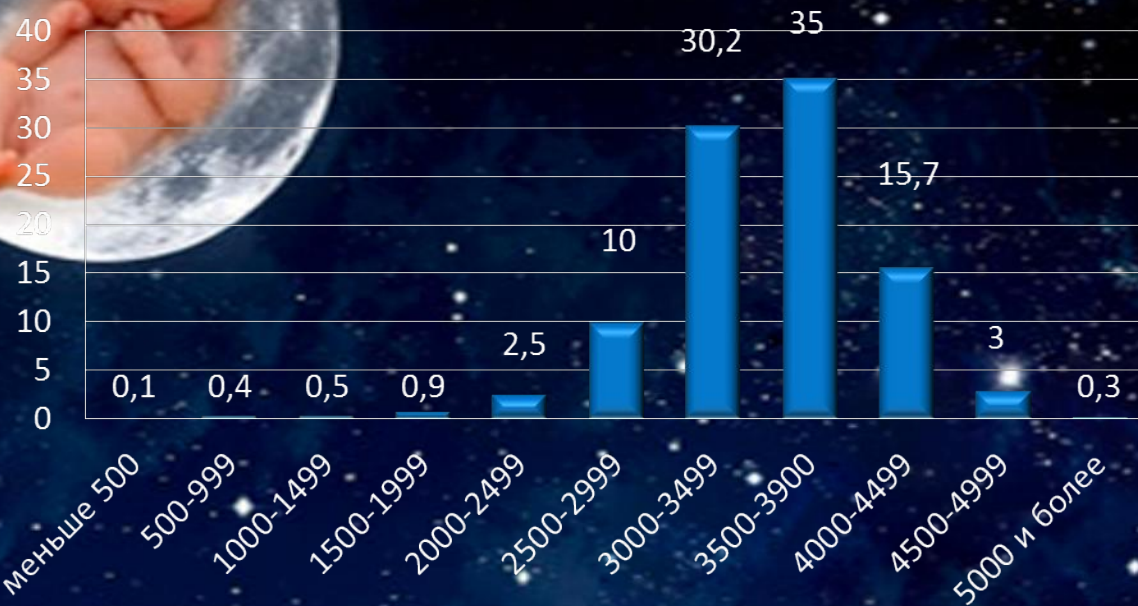
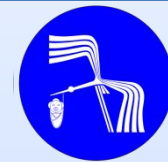
Цервико-вагинальная инфекция
Маточные кровотечения
Предлежания плаценты
ПОНРП
Многоводие
Инфекция мочевыводящих путей
Преждевременное «созревание» шейки матки
Сахарный диабет
Тяжёлая экстрагенитальная патология
Гипертермия
Хирургические вмешательства при данной беременности
Травмы

С точки зрения неонатологов:

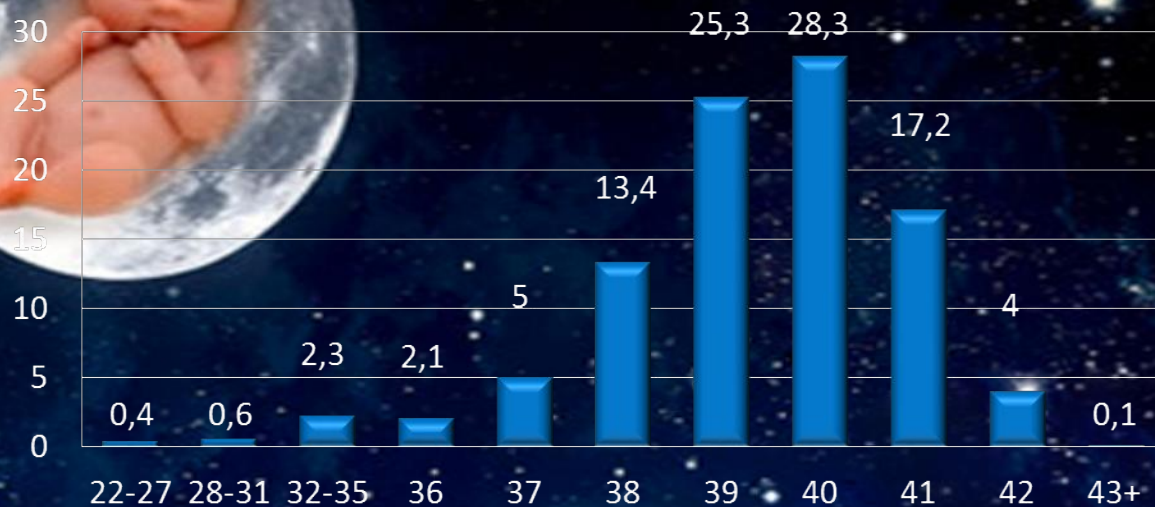
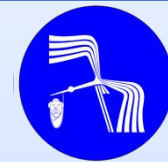


Преждевременные роды	<37 нед	5,4%
Низкий вес новорождённого	<2500 гр	4,4%
Очень низкий вес новорождённого	<1500 гр	0,5%
Экстремально низкий вес	<1000 гр	0,5%

Вес новорождённого в Европе



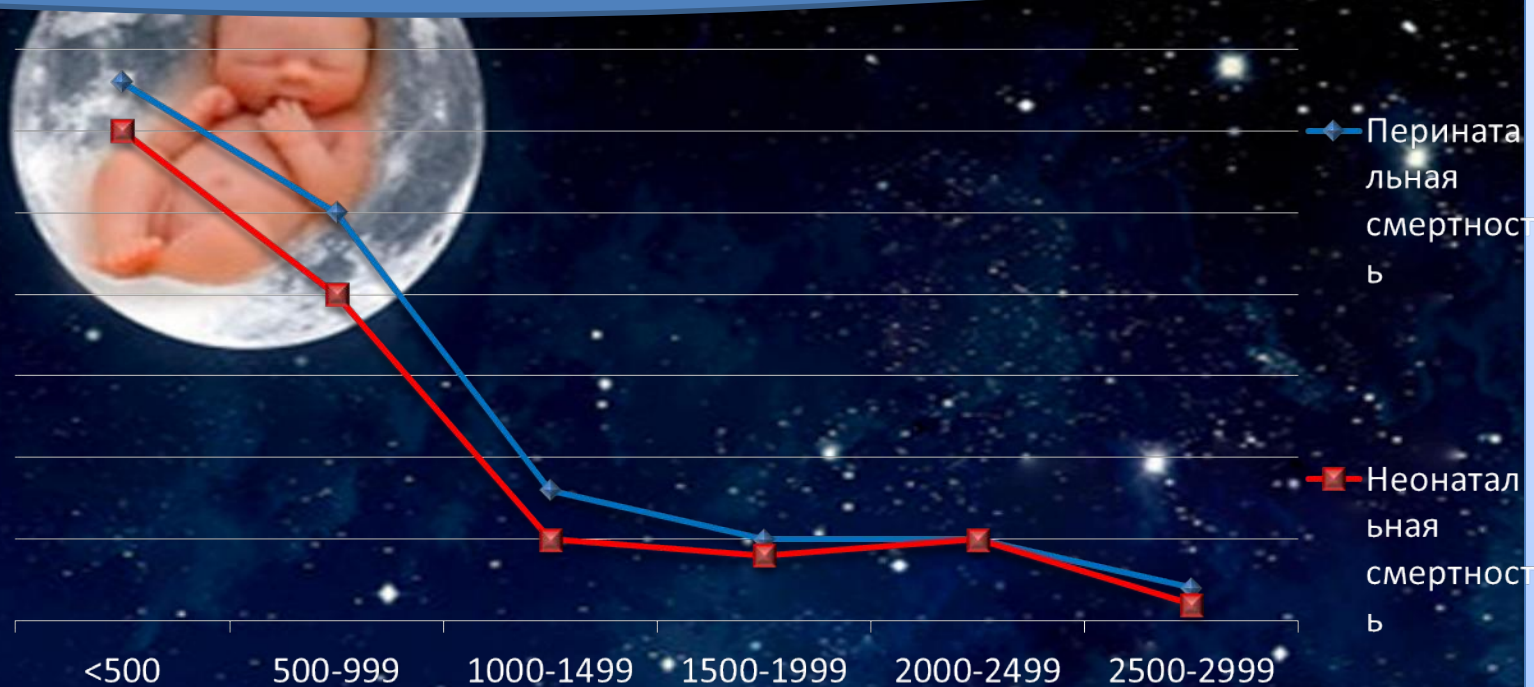
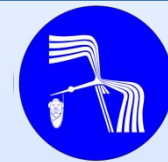
Срок беременности на момент родов



До 37 недель-5,4%

**Срок беременности
(недели)**

Недоношенность и смертность



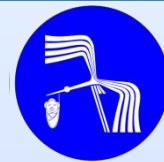
Причины



социально-
биологические
(немедицинские)

Медицинские

Социально-биологические причины



вредные привычки

низкий социально-экономический
уровень жизни будущей матери

вредные условия труда

неполноценное питание

состояние хронического
стресса

Медицинские причины



Инфекционный фактор

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез

Истмико-цервикальная недостаточность

Экстрагенитальная патология

Осложненное течение беременности

Профилактика преждевременных родов

1. Первичная профилактика (вне беременности)

Рекомендуется:

- ограничение повторных внутриматочных манипуляций (выскабливание полости матки)
- информирование общественности о повышенном риске преждевременного рождения детей, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий . Ограничение количества переносимых эмбрионов в зависимости от возраста пациентки и прогноза .

Не рекомендуется :

- рутинное применение поливитаминов до зачатия и на протяжении первых двух месяцев беременности
- назначение белково-энергетических пищевых добавок в период беременности
- дополнительный прием кальция во время беременности
- дополнительный прием антиоксидантов - витаминов С и Е ;
- постельный режим (Bed-rest) ;
- гидратация (усиленный питьевой режим, инфузионная терапия), используемая в целях нормализации фетоплацентарного кровотока для предотвращения преждевременных родов .

2. Вторичная профилактика (в период беременности)

Рекомендуется:

- внедрение антитабачных программ среди беременных
- назначение вагинального прогестерона в капсулах беременным с короткой шейкой матки (10-25 мм) или с преждевременными родами в анамнезе

Антибактериальная профилактика

1. Рекомендуется

- скрининг и лечение бессимптомной бактериурии, определяемой как наличие бактерий в посевах в количестве более 10⁵ КОЕ/мл
- Выбор препарата зависит от результатов посева (чувствительности к антибиотикам). Возможная схема лечения: ампициллин 500 мг* 4 раза в день per os в течение 3 дней;
- скрининг и лечение сифилиса.

Возможные схемы лечения:

- первичный, вторичный и ранний латентный: пенициллин 2,5 млн. ЕД (1,5 г) однократное внутримышечное введение;
- поздний латентный: пенициллин 2,5 млн. ЕД (1,5 г) трехкратное внутримышечное введение с интервалом в 1 неделю
- скрининг и лечение гонококковой инфекции в группе высокого риска по гонорее. Возможные схемы лечения: цефтриаксон 125 мг или цефиксим 400 мг однократное внутримышечное введение.
- при выявлении β -гемолитического стрептококка в микробиологических посевах

2. Не рекомендуется:

- назначение антибиотиков при целом плодном пузыре (даже при положительном фибронектиновом тесте)
- рутинный скрининг на патогенную и условно-патогенную флору нижних отделов половых путей у беременных из группы низкого риска преждевременных родов, а также антибактериальная терапия при колонизации
- Рекомендуется:
- скрининг и лечение бактериального вагиноза у беременных с преждевременными родами в анамнезе. Имеются данные о том, что лечение бактериального вагиноза, проведенное на сроке беременности менее 20 недель, может снизить риск преждевременных родов.

Возможные схемы лечения:

метронидазол 500 мг 2 раза в день per os в течение 7 или метронидазол 250 мг 3 раза в день per os в течение 7 дней или препараты клиндамицина 300 мг 2 раза в день per os 7 дней

Патогенез



- Теории:
 - 1. Падения уровня прогестерона-окситоциновой стимуляции
 - 2. Теория децидуальной активации.

Преждевременные роды



- В большинстве случаев точно установить механизм ПР не удастся.
- Принято считать, что только взаимодействие различных и многообразных факторов риска способно индуцировать переход матки из состояния покоя к началу сократительной деятельности.

Диагностика преждевременных родов



1. Сбор анамнеза

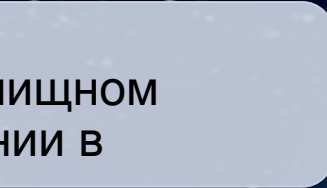


2. Регистрация маточной активности.

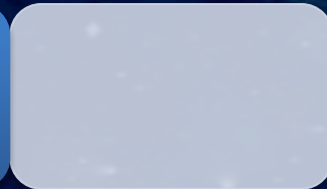


3. Изменение длины шейки матки.

- по УЗИ
- при влагалищном исследовании в динамике



4. Преждевременный разрыв плодных оболочек.





Диагностика

- регулярные схватки (не менее 4-х схваток за 20 минут наблюдения)
- и динамические изменения шейки матки (укорочение и сглаживание)
- **Н.В.** Изменения шейки матки являются более объективным показателем!

Дифференциальный диагноз



- со спастическим колитом,
- с острым аппендицитом,
- с пиелонефритом, мочекаменной болезнью, циститом,
- с некрозом миоматозного узла
- с несостоятельностью рубца на матке
- с ПОНРП

Прогнозирование начала наступления

ПР



Определение фибронектина в
шеечно-влагалищном секрете

на сроке беременности до 35 недель.

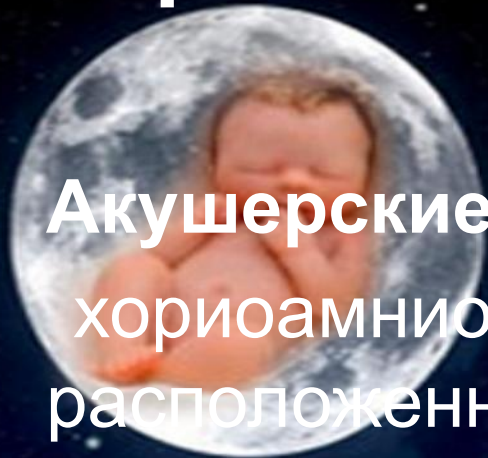
- В РФ данный тест пока еще не является доступным методом.

Акушерская тактика



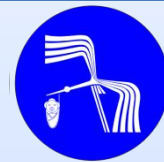
- 1. Определение характера сократительной активности матки.
- 2. Достоверные критерии ПРПО.
- 3. Оценка состояния плода.
- 4. При сформировавшемся представлении о сложившейся акушерской ситуации следует своевременно решить вопрос о времени и месте родоразрешения, о профилактике инфекционно-воспалительных осложнений и РДС новорожденного.

Противопоказания к проведению токолиза



- 1. Акушерские противопоказания:**
хориоамнионит; отслойка нормально или низко расположенной плаценты; состояния, когда пролонгирование беременности нецелесообразно.
- 2. Противопоказания со стороны плода:**
пороки развития плода, несовместимые с жизнью; атенатальная гибель плода

Токолиз



При регистрации маточной активности и при целом плодном пузыре:

- применение в-миметиков (гинипрал)
- применение «трактоцила» (атозибан) - конкурентный антагонист окситоцина.

Противопоказания для использования бета-миметиков:



- **сердечно-сосудистые заболевания матери; гипертиреоз; закрытоугольная форма глаукомы; ИЗСД; дистресс плода, не связанный с гипертонусом матки.**

Побочные эффекты: 1. Со стороны матери: Тошнота, рвота, головные боли, гипокалиемия, повышение уровня глюкозы крови, нервозность/беспокойство, тремор, тахикардия, одышка, боли в груди, отек легких. **2. Со стороны плода:** тахикардия, гипербилирубинемия, гипокальциемия.

Рекомендуемые схемы



Гинипрал

- 1. Острый токолиз:** 10 мкг (1 ампула по 2 мл) в 10 мл физ. р-ра (5-10 мин.), затем - инфузия со скоростью 0,3 мкг/мин (25мкг в 500мл физ.р-ра – 120кап/мин. или 50мкг в 500 мл физ.р-ра - 60 кап/мин.
- 2. Длительный токолиз** - рекомендуемая доза гинипрала – 0,075мкг/мин. (75мкг в 500мл физ.р-ра – 30 кап/мин.)
Максимальная суточная доза - 430 мкг.

Доза подбирается индивидуально!

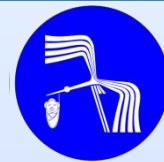
Токолиз



Контроль:

- ЧСС матери - каждые 15 мин;
- АД матери - каждые 15 мин;
- уровня глюкозы крови - каждые 4 часа;
- объема вводимой жидкости и диуреза;
- аускультация легких - каждые 4 часа;
- контроль за состоянием плода и сократительной активностью матки.

Атосибан



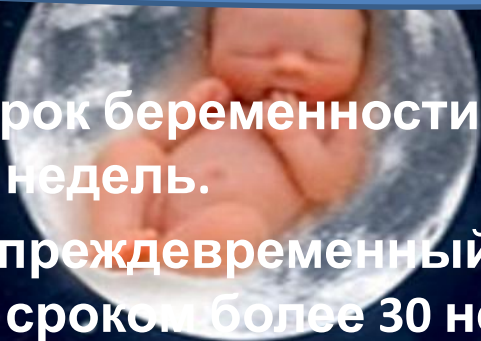
- конкурентный антагонист человеческого окситоцина на уровне рецепторов.

Показания:

- отмечающиеся регулярные маточные сокращения продолжительностью не меньше 30 с и частотой более 4 в течение 30 мин при дилатации шейки матки от 1 до 3 см.
- срок беременности от 24 до 33 полных недель.
- нормальная ЧСС у плода.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ к применению



- 
- срок беременности меньше 24 или больше 33 полных недель.
 - преждевременный разрыв оболочек при беременности сроком более 30 нед.
 - внутриутробная задержка роста и аномальная ЧСС плода.
 - эклампсия и тяжелая преэклампсия, которая требует немедленных родов.
 - внутриутробная смерть плода.
 - подозрение на внутриматочную инфекцию
 - предлежание плаценты.

Блокаторы кальциевых каналов



Нифедипин

Преимущества:

- меньшая частота побочных эффектов
- увеличение продолжительности пролонгирования беременности

Н.В. В России в качестве токолитического средства нифедипин не зарегистрирован!

Схемы применения нифедипина

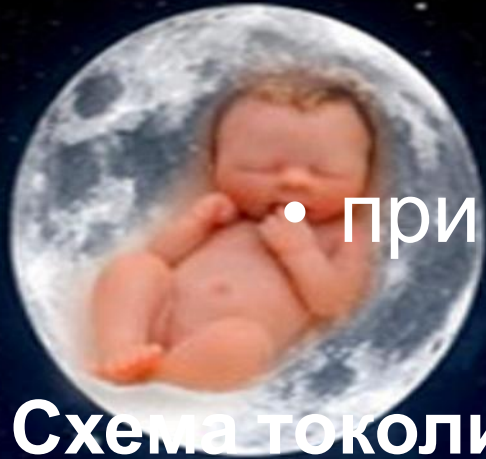


1. 20 мг per os; далее - если сокращения матки сохраняются — через 30 минут 20 мг повторно, затем по 20 мг каждые 3—8 часов в течение 48 часов по показаниям.

Максимальная доза — 160 мг/сут,

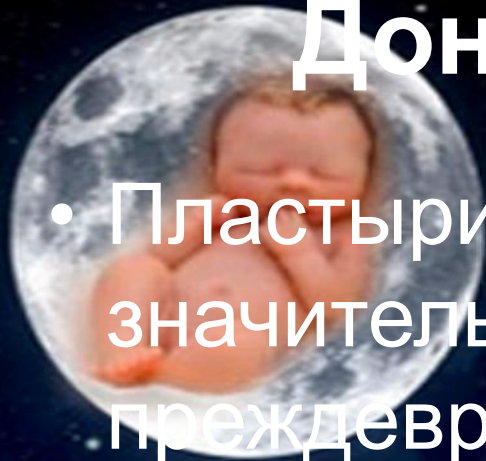
2. 10 мг сублингвально, затем, при необходимости каждые 20 минут по 10 мг (максимальная дозировка в течение первого часа — 40 мг), затем каждые 4 часа по 20 мг до 48 часов.

Ингибиторы циклооксиггеназы – индометацин



- применяется до 32 нед беременности
- **Схема токолиза:** 50-100 мг ректально или per os, затем по 25 мг каждые 6 часов (не более 48 часов).
- **Н.В.** Токолитические препараты назначают в режиме монотерапии.

Доноры оксида азота



- Пластыри с глицерином - не приводят к значительной отсрочке преждевременной сократительной активности матки или улучшению исхода у новорожденных.
- Побочные реакции: головная боль.

Лечебно-организационные мероприятия при преждевременных родах

Регулярные схватки (4 за 20 мин.) и раскрытие маточного зева	До 33 нед 6 дней беременности	34-37 нед. беременности
< 3 см	<ul style="list-style-type: none">• перевод в стационар 3-го (2-го) уровня• начать профилактику РДС• начать токолиз	<ul style="list-style-type: none">• перевод в стационар 2-го (3-го) уровня• начать токолиз (на время транспортировки)
и > 3 см	<ul style="list-style-type: none">• для стационара 1-го уровня - вызов неонатологической реанимационной бригады перинатального центра• роды	<ul style="list-style-type: none">• вызов неонатолога• роды

Обезболивание преждевременных родов



Эпидуральная аналгезия!

«Ведение таких родов без обезболивания следует расценивать как неоказание медицинской помощи!»

Радзинский В.Е.

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО)



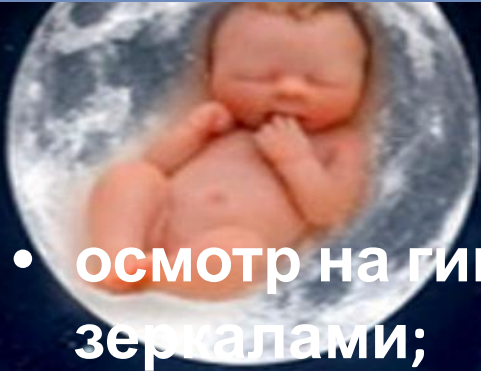
- сопровождает 40% преждевременных родов.

• Причины неонатальной смертности:

1. Недоношенность.
2. Сепсис.
3. Гипоплазия легких.

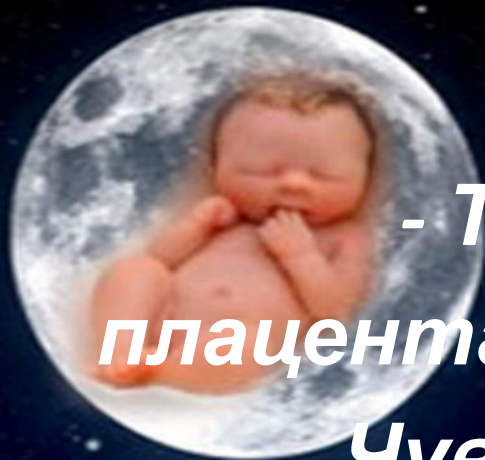
! Хориоамнионит – в 13-60% случаев.

Диагностика ПРПО



- **осмотр на гинекологическом кресле стерильными зеркалами;**
- **«цитологический тест (симптом «папоротника»)» (частота ложноотрицательных ответов более 20%);**
- **одноразовые тест-системы (Amnisure, «Амниотест»);**
- **УЗИ — олигогидрамнион в сочетании с указанием на истечение жидкости из влагалища подтверждает диагноз.**

AmniSure



*- Тест на определение
плацентарного α -микроглобулина-1.*

Чувствительность 99%.

2 полоски - есть ПРПО

1 полоска – нет ПРПО.

Акушерская тактика при ПРПО



- Пролонгирование беременности при сроках беременности до 22 нед. нецелесообразно.
- Выбор тактики ведения при ПРПО при недоношенной беременности должен быть оформлен в виде информированного согласия пациентки.

Акушерская тактика при ПРПО

- При сроке до 34 нед. при отсутствии противопоказаний показана выжидательная тактика.

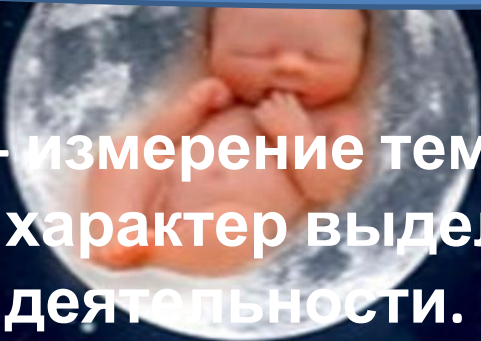
Противопоказания для выжидательной тактики:

1. Хориоамнионит.
2. Осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения (преэклампсия/эклампсия, отслойка плаценты, кровотечение при предлежании плаценты)
3. Декомпенсированные состояния матери.
4. Декомпенсированные состояния плода

Выжидательная тактика (без влагалитщного осмотра)



Каждые 4 часа:



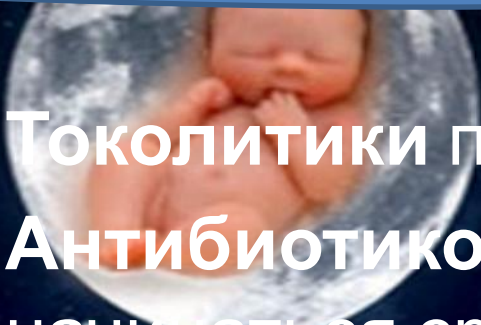
- измерение температуры тела, пульс, ЧСС плода, характер выделений из половых путей, родовой деятельности.

Объем дополнительного обследования:

- посев отделяемого из цервикального канала;
- ОАК – лейкоциты, формула – 1 раз в 2-3 дня;
- определение С-реактивного белка в крови;
- оценка состояния плода.



Акушерская тактика при ПРПО

- 
- Токолитики показаны на период не более 48 ч.
 - Антибиотикопрофилактика должна начинаться сразу после постановки диагноза ПРПО:

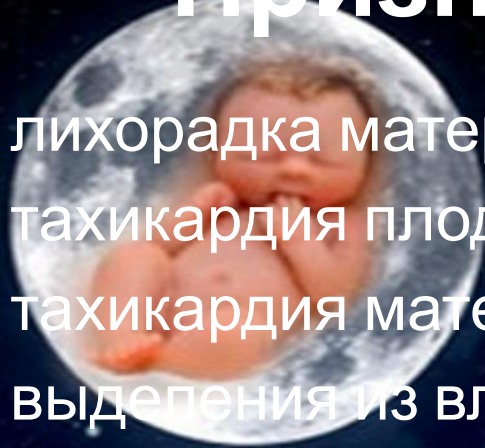
1) ампициллин - 2 г в/в, затем по 1г каждые 4ч

2) цефалоспорины I пок. – 1г в/в, затем по 0,5г каждые 6ч

3) пенициллин - 3г в/в, затем по 1,5г каждые 4ч (при положительном посеве на β -гемолитический стрептококк)

Профилактика РЛС плода.

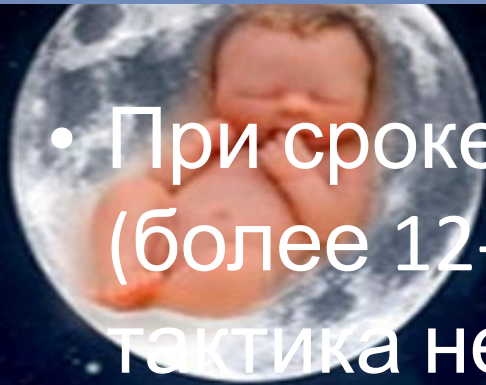
Признаки хориоамнионита



- лихорадка матери ($> 38^{\circ}\text{C}$);
- тахикардия плода (> 160 уд/мин);
- тахикардия матери (> 100 уд/мин);
- выделения из влагалища с гнилостным запахом;
- повышение тонуса матки.

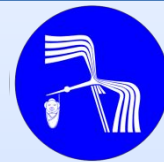
! Хориоамнионит — абсолютное показание к быстрому родоразрешению и не является противопоказанием к оперативному родоразрешению по обычной методике.

Выжидательная тактика при ПРПО



- При сроке 34 нед. и более длительная (более 12-24 часов) выжидательная тактика не показана.
- При пограничном сроке 32-34 нед. беременности выбор тактики зависит от зрелости легких плода.

Профилактика РДС плода



- Применение глюкокортикоидов (бетаметазон, дексаметазон, курсовая доза - 24 мг) в сроках от 24 до 34 недель беременности.
- Оптимальная длительность воздействия глюкокортикоидов 48 часов. Их профилактическое действие продолжается 7 дней.

В странах с высокоразвитой
неонатальной службой

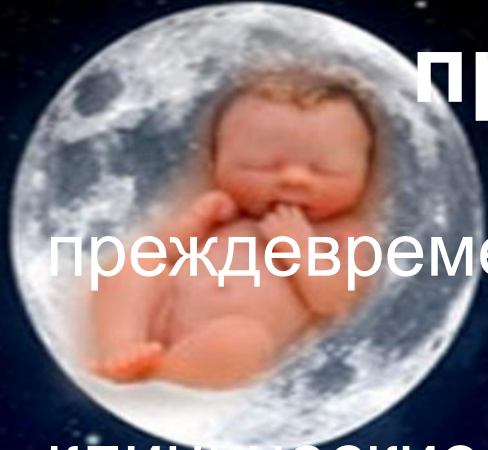
профилактика РДС плода не

Схемы применения:



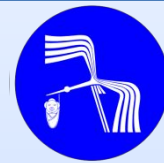
- 2 дозы **бетаметазона (дипроспан)** в/м по 12 мг с интервалом в 24 часа .
- 4 дозы **дексаметазона** в/м по 6 мг с интервалом в 12 часов
- 3 дозы **дексаметазона** в/м по 8 мг через 8 часов.

Показания для проведения профилактики РДС:



1. преждевременный разрыв плодных оболочек;
2. клинические признаки ПР в 24-34 полных недель;
3. беременные, нуждающиеся в досрочном родоразрешении из-за осложнений беременности или ухудшения экстрагенитальных заболеваний.

Повторное введение кортикостероидов

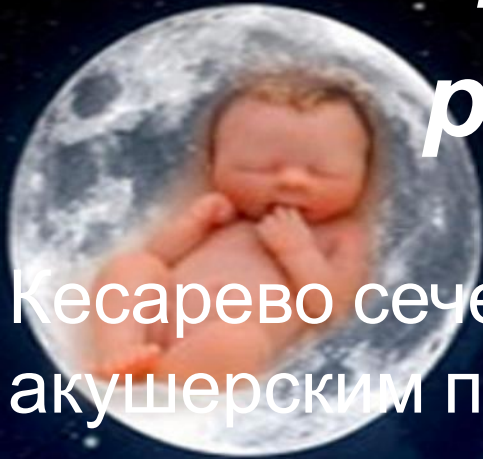


- уменьшение окружности головки
- снижения веса новорожденного
- снижение темпов роста мозга
- увеличение частоты возникновения инфекционных осложнений у новорождённого
- увеличение инъекционных осложнений со стороны матери

**Практика повторных курсов кортикостероидов в
настоящее**

время не должна использоваться

Выбор метода родоразрешения



- Кесарево сечение должно проводиться по обычным акушерским показаниям.
- Вагинальные роды для недоношенного плода в головном предлежании предпочтительны, особенно после 32 нед. беременности.
- Решение о выборе метода родов должны приниматься индивидуально на основании клинических показаний.



Этапы извлечения плода в плодном пузыре

Рис. 6-19. Этапы извлечения плода в плодном пузыре при кесаревом сечении.



Спасибо за внимание!