A pregnant woman with short dark hair is lying on her side on a light-colored surface. She is wearing a white t-shirt and has her eyes closed with a gentle smile. Her right hand is resting on her bare, rounded pregnant belly. The background is plain white.

**Методы подготовки шейки  
матки к родам  
Преждевременное  
излитие околоплодных  
вод: акушерская тактика**

**Родовозбуждение (индукция родов)** – искусственное индуцирование родовой деятельности с целью родоразрешения через естественные родовые пути.

**Подготовка шейки матки к родам (преиндукция родов)** – мероприятия, направленные на созревание шейки матки при отсутствии или недостаточной ее готовности к родам.

**Цель** подготовки шейки матки и родовозбуждения: предотвращение неблагоприятных материнских и перинатальных исходов при родах через естественные родовые пути в клинические ситуациях, когда продолжение беременности и ожидание спонтанного начала родовой деятельности представляет более высокий риск, чем процедура родовозбуждения.

# Степени зрелости шейки матки по Хечинашвили Г.Г.

- **Незрелая:** плотная или размягчена только по периферии, сохранена или слегка укорочена, отклонена к крестцу, наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца, нижний сегмент не истончен, предлежащая часть через своды определяется неотчетливо, толщина стенок влагалищной части шейки матки 2 см

# Степени зрелости шейки матки по Хечинашвили Г.Г.

- **Созревающая:** размягчена не полностью, уплотнена по ходу цервикального канала, укорочена до 2 см, цервикальный канал изогнут, длиннее на 1 см и более, проходим для 1 пальца до внутреннего зева или с трудом за внутренний зев, имеется резкий переход на нижний сегмент, нижний сегмент не истончен, предлежащая часть через своды определяется неотчетливо, толщина стенок влагалищной части шейки матки 1,5 см

# Степени зрелости шейки матки по Хечинашвили Г.Г.

- **Неполностью созревшая:** размягчена почти полностью, уплотнена в области внутреннего зева, укорочена до 2 см, цервикальный канал длиннее на 1 см, проходим для 1 пальца за внутренний зев, изогнут, переход на нижний сегмент не плавный, нижний сегмент истончен, предлежащая часть через своды определяется довольно отчетливо, толщина стенок влагалищной части шейки матки 1 см

# Степени зрелости шейки матки по Хечинашвили Г.Г.

- **Зрелая:** размягчена полностью, укорочена до 2 см и менее, цервикальный канал длиннее на 0,5 см, проходим для 1 пальца и более, не изогнут, плавный переход на нижний сегмент, предлежащая часть через своды пальпируется отчетливо, толщина стенок влагалищной части шейки матки 0,5 см

**Медикаментозная  
подготовка шейки матки к  
родам и родовозбуждение**

**(преиндукция и индукция  
родов)**

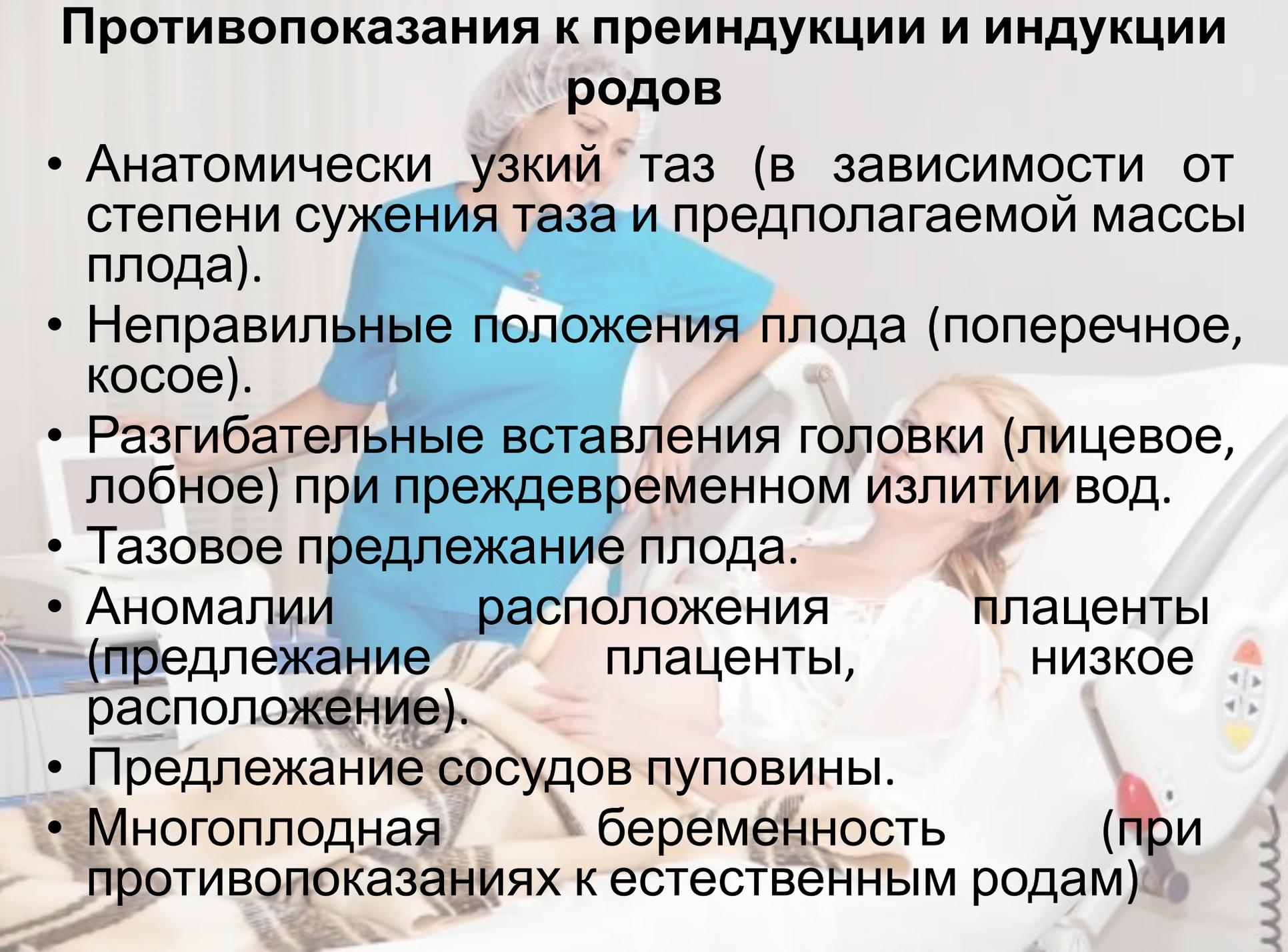
# Показания со стороны матери:

- преэклампсия умеренной степени;
- гестационная и хроническая артериальная гипертензия;
- сахарный диабет, гестационный сахарный диабет;
- холестатический гепатоз;
- экстрагенитальные заболевания, требующие досрочного родоразрешения;
- незрелость родовых путей в сроке беременности 40 недель 4 дня и более (для преиндукции), 41 неделя – для индукции;

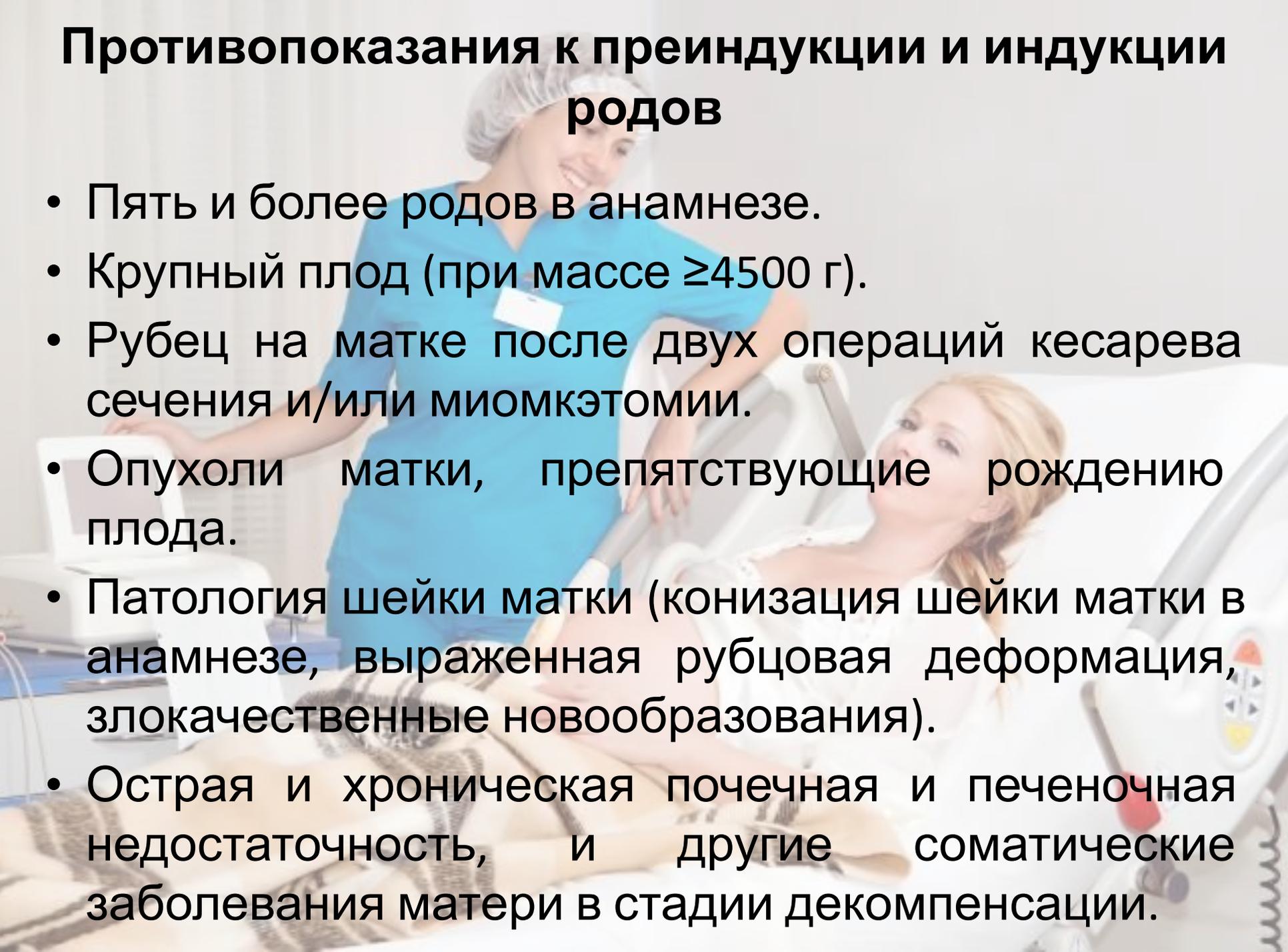
# Показания со стороны плода:

- явления изосенсибилизации по резус-фактору или по системе АВО с учетом клиниколабораторных данных;
- маловодие в доношенном сроке беременности;
- антенатальная гибель плода.

# Противопоказания к преиндукции и индукции родов

- Анатомически узкий таз (в зависимости от степени сужения таза и предполагаемой массы плода).
  - Неправильные положения плода (поперечное, косое).
  - Разгибательные вставления головки (лицевое, лобное) при преждевременном излитии вод.
  - Тазовое предлежание плода.
  - Аномалии расположения плаценты (предлежание плаценты, низкое расположение).
  - Предлежание сосудов пуповины.
  - Многоплодная беременность (при противопоказаниях к естественным родам)
- 

# Противопоказания к преиндукции и индукции родов

- Пять и более родов в анамнезе.
  - Крупный плод (при массе  $\geq 4500$  г).
  - Рубец на матке после двух операций кесарева сечения и/или миомкэтомии.
  - Опухоли матки, препятствующие рождению плода.
  - Патология шейки матки (конизация шейки матки в анамнезе, выраженная рубцовая деформация, злокачественные новообразования).
  - Острая и хроническая почечная и печеночная недостаточность, и другие соматические заболевания матери в стадии декомпенсации.
- 

# Противопоказания к преиндукции и индукции родов

- Преэклампсия тяжелой степени.
- Хориоамнионит (возможно родозвуждение окситоцином без увеличения риска гнойно-септических осложнений).
- Плацентарная недостаточность: централизация плодового кровообращения по данным доплерометрии, гемодинамические нарушения 2-й или 3-й степени, СЗРП средней и тяжелой степени.
- гипоксия плода по данным кардиотокографии.

# Противопоказания к преиндукции и индукции родов

- Пороки развития плода, при которых рекомендовано абдоминальное родоразрешение.
- Отягощенный перинатальный анамнез: анте- или интранатальная гибель плода, рождение ребенка с тяжелым поражением ЦНС или травмой (внутрижелудочковое кровоизлияние 3–4-й ст., детский церебральный паралич и пр.), смерть ребенка в раннем неонатальном периоде в связи с осложнениями, возникшими в процессе родов.
- Другие состояния, определяющие невозможность или повышенный риск осложнений при родах через естественные родовые пути.
- Острые воспалительные заболевания половых органов (для препаратов влагалищного применения, возможно применение мифепристона для преиндукции родов).
- Кровянистые выделения из половых путей неуточненной этиологии.

# Лекарственные средства, сертифицированные для преиндукции и индукции родов в Российской Федерации:

- Синтетические антигестагены (Мифепристон: таблетки 200 мг).
- Простагландины E<sub>2</sub> (Динопростон: гель интрацервикальный 0,5-1 мг).
- Окситоцин; окситоцин 5 МЕ/1 мл – раствор для внутривенного и внутримышечного введения.

# Синтетические антигестагены

- Блокируют рецепторы к прогестерону
- Стимулирует освобождение интерлейкина-8 децидуальной тканью
- Оказывают выраженное расслабляющее влияние на шейку матки
- Повышают чувствительность миометрия к утеротоническим средствам
- За счет повышения активности фосфолипазы A<sub>2</sub>, высвобождения арахидоновой кислоты из липидов и угнетения простагландинсинтетазы увеличивают синтез простагландинов
- Потенцирует действие эндогенных и экзогенных простагландинов

# Простагландин E2

- Влияет на адренэргическую передачу на пресинаптическом уровне
- Регулирует процесс выделения норадреналина из адренэргических окончаний
- Увеличивает проницаемость сосудистой стенки
- Усиливает миграцию из кровотока в шейку матки нейтрофилов и интерлейкина-8
- Повышает синтез коллагеназы
- Вызывает деградацию коллагена
- Вызывает необходимые структурные изменения в шейке матки, обуславливая ее созревание

## Методика введения окситоцина:

- инфузомат – в разведении 1,0 мл (5 МЕ) окситоцина в 50,0 мл 0,9% раствора NaCl, начиная со скорости 1,8 мл/ч (3 мЕд/мин);
- в/в капельные введение: в разведении 1,0 мл (5 МЕ) в 400,0 мл 0,9% раствора NaCl, начиная с 6 капель в минуту (3 мЕд/мин).
- Целесообразным является достижение частоты маточных сокращений – 4–5 в течение 10 мин. При достижении должной частоты схваток вводимая доза окситоцина не меняется.

# Методика введения окситоцина:

- Если частота маточных сокращений меньше рекомендуемой, следует увеличить скорость введения окситоцина через 20-30 минут от начала инфузии на 3 мЕд/мин (1,8 мл/ч или 5–6 капель/мин).
- Максимальная скорость введения окситоцина составляет 19 мЕд/мин (11,4 мл/ч или 30 кап./мин).

## Перед выполнением протокола преиндукции и индукции родов необходимо:

- Провести клинико-лабораторное обследование состояния беременной и внутриутробного плода в соответствии с клинической ситуацией, но не менее представленного объема:
- клинический анализ крови
- коагулограмма
- мазок на микробиоценоз влагалища
- оценка положения и предлежания плода, измерение предполагаемой массы плода и размеров таза
- расчет срока беременности по дате последней менструации и данным УЗИ (оптимально 11–14 недель).

- владалищное исследование: оценка состояния шейки матки, плодного пузыря.
- кардиотокография (КТГ): перед началом пре-/индукции и в динамике перед каждым последующим этапом подготовки шейки матки или родовозбуждением
- ультразвуковое исследование (УЗИ) плода, матки и плаценты с определением предполагаемой массы плода, а также при тенденции к перенашиванию: индекс околоплодных вод, наличие взвеси, состояние плаценты; цервикометрия (перспективная для индукции длина - менее 25 мм)
- доплерометрия кровотока в системе мать-плацента-плод

# Преиндукция и индукция родов

Основопологающим фактором, определяющим выбор метода преиндукции или индукции родов, является определение готовности к родам, в первую очередь на основе оценки степени зрелости шейки матки.

- Предпочтительным методом родовозбуждения при наличии зрелой шейки матки является амниотомия:
- при наличии светлых околоплодных вод проводится наблюдение за развитием спонтанной родовой деятельности под динамическим кардиомониторным контролем;
- при отсутствии регулярной родовой деятельности в течение 6 часов рекомендуется продолжить родовозбуждение внутривенным введением окситоцина под постоянным кардиотокографическим контролем сократительной активности матки и сердцебиения плода
- в случае отсутствия эффекта от введения

- при наличии густо мекониальных околоплодных вод и/или признаков гипоксии плода по данным КТГ, крупных размеров плода, возраста первородящей старше 35 лет, отягощенного акушерского анамнеза и других факторов риска рекомендуется родоразрешить беременную путем операции кесарева сечения.
- при незначительном окрашивании околоплодных вод меконием, удовлетворительных данных КТГ и отсутствии факторов риска возможно дальнейшее ведение родов через естественные родовые пути под постоянным кардиотокографическим контролем.
- в случае появления признаков гипоксии плода, своевременно изменить тактику на абдоминальное родоразрешение

## II. Созревающая и неполностью созревшая шейка матки

- У первородящих подготовка шейки матки начинается с применения мифепристона по схеме 200 мг дважды с интервалом 24 часа, оценка эффективности через 48–72 часа
- при недостаточной эффективности - преиндукция с помощью простагландинсодержащего геля (0,5/1 мг динопростона вводится в цервикальный канал ниже уровня внутреннего зева)
- повторное введение (0,5 мг) возможно через 6 ч. Максимальная рекомендуемая доза за 24-часовой период — 1,5 мг (три дозы с интервалом 6-6-12 ч).

## II. Созревающая и неполностью созревшая шейка матки

- У повторнородящих преиндукцию родов возможно начать с применения простагландинсодержащего геля
- При полном созревании шейки матки и отсутствии спонтанного развития родовой деятельности может быть проведено родовозбуждение амниотомией.

### III. Незрелая шейка матки

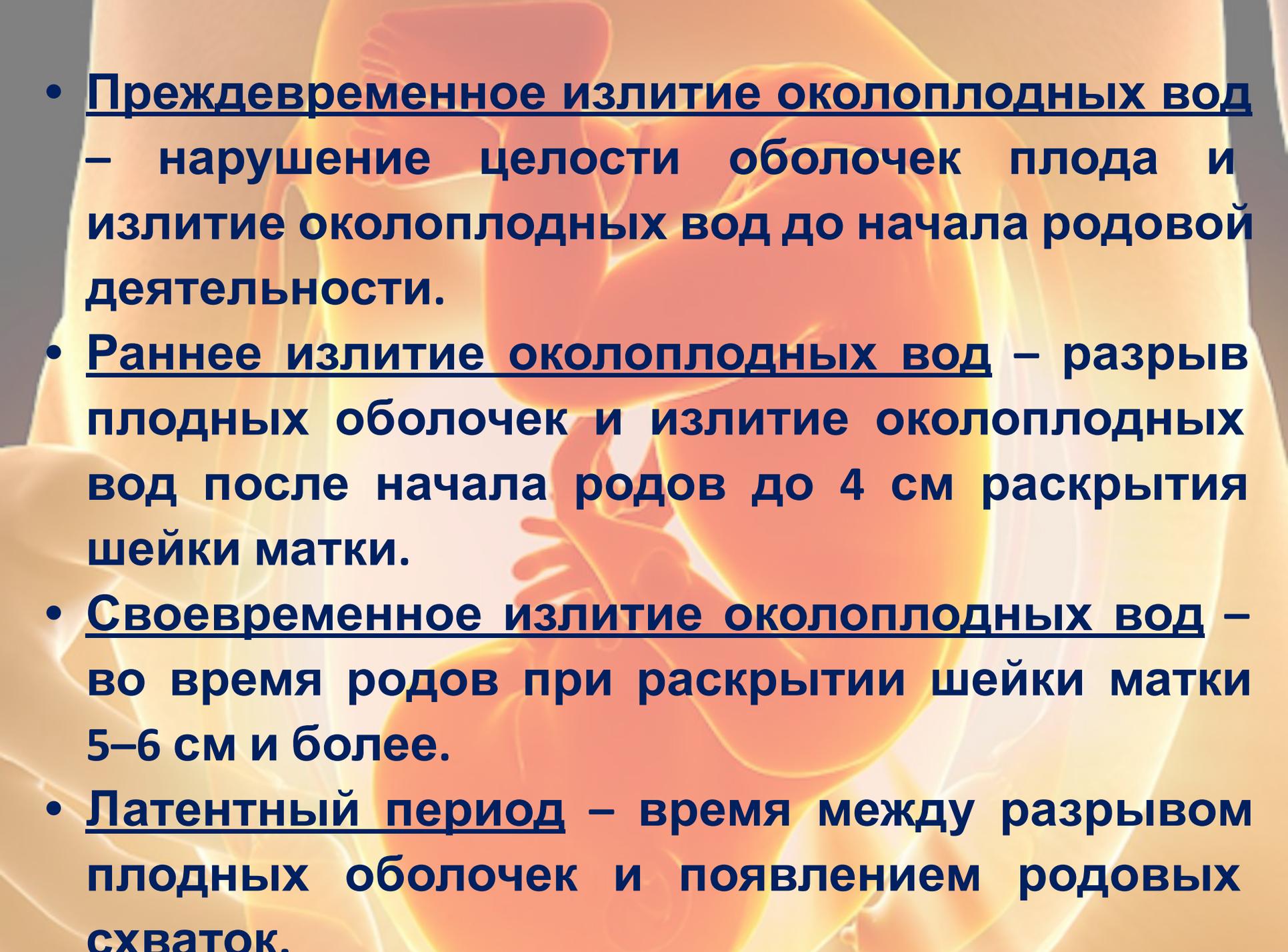
- при незрелой шейке матки независимо от паритета начальным препаратом преиндукции является мифепристон
- важным фактором является наличие резерва времени для проведения преиндукции, т.к. продолжительность до получения эффекта в среднем варьирует от 10 до 39 ч.
- дополнительно в качестве подготовки незрелой шейки матки можно использовать интрацервикальное введение ламинарий (до назначения мифепристона или одновременно с ним)

### III. Незрелая шейка матки

- при достижении не полностью созревшей или зрелой шейки матки можно продолжить подготовку шейки матки динопростом или провести родовозбуждение с амниотомией
- если шейка матки остается незрелой после преиндукции мифепристомом, следует решить вопрос о родоразрешении путем операции кесарева сечения.



**Преждевременное  
излитие  
околоплодных вод**

- 
- Преждевременное излитие околоплодных вод – нарушение целостности оболочек плода и излитие околоплодных вод до начала родовой деятельности.
  - Раннее излитие околоплодных вод – разрыв плодных оболочек и излитие околоплодных вод после начала родов до 4 см раскрытия шейки матки.
  - Своевременное излитие околоплодных вод – во время родов при раскрытии шейки матки 5–6 см и более.
  - Латентный период – время между разрывом плодных оболочек и появлением родовых схваток.

# Эпидемиология

- Частота преждевременного излития околоплодных вод (ПИОВ) составляет 2–20% всех беременностей
- перинатальная смертность при ПИОВ 18–20%.
- В 8–10% ПИОВ наблюдается при доношенной беременности;
- 2–4% при одноплодной и 7–20% многоплодной недоношенной.
- В целом на долю ПРПО при недоношенной беременности приходится 20–40%, что сочетается с 30–40% преждевременных родов.

# Факторы риска ПИОВ

## Материнские факторы:

- ПИОВ во время предшествующей беременности недоношенной до срока (риск 16–32%);
- Маточное кровотечение во время данной беременности;
- Длительная терапия глюкокортикоидами;
- Системные заболевания соединительной ткани;
- Хронические воспалительные заболевания женской половой сферы;
- Привычное невынашивание беременности;
- Истмико-цервикальная недостаточность в анамнезе и при данной беременности

# Факторы риска ПИОВ

## Маточно-плацентарные факторы:

- Отслойка плаценты (10–15% );
- Аномалии развития матки;
- Хориоамнионит (чем меньше срок беременности, тем выше риск);
- Многоплодная беременность (7–10% беременностей двойней).

# Последствия ПИОВ

- преждевременные роды и ассоциированные с ними состояния: недоношенность, сепсис, гипоплазия легких у новорожденного.
- мертворождение наблюдается в 8–13 раз чаще при преждевременных родах, чем при своевременных.
- ПИОВ при недоношенной беременности (до 36 недель 6 дней) повышает перинатальную смертность в 4 раза, а неонатальную заболеваемость в 3 раза.
- Наиболее частые осложнения, особенно до 32 недель беременности, для новорожденного: респираторный дистресс синдром 10–40% (40–70% неонатальной смертности), интраамниальная инфекция 15–30% (3–20% смертности), внутрижелудочковые кровоизлияния, некротизирующий энтероколит, ретинопатия, персистирующий артериальный проток,

# Последствия ПИОВ

- У 13–60% женщин с ПИОВ при недоношенной беременности имеет место внутриматочная инфекция и в 2–13% развивается послеродовой эндометрит.
- Для этой группы женщин характерно возрастание частоты преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, оперативного родоразрешения и послеродовых кровотечений.

# Диагностика ПИОВ

- Визуальное определение вытекания амниотической жидкости в задний свод влагалища. При проведении исследования женщину просят покашлять (проба кашлевого толчка). Осмотр производят с использованием влагалищного зеркала.
- Тест на определение околоплодных вод с помощью одноразовой тест-системы обнаружения во влагалищном содержимом плацентарного  $\alpha$ -микроглобулина-1<sup>\*</sup>) или нитразиновый тест (рН среды)
- УЗИ позволяет выявить только значительную потерю амниотической жидкости, метод применим только при наличии исходных данных об объеме околоплодных вод.

# Акушерская тактика при ПИОВ

**Выжидательная:** предполагает наблюдение за естественным развитием родовой деятельности (в течение 6 часов с момента ПИОВ).

**Активно-выжидательная:** предполагает мероприятия по преиндукции (подготовка шейки матки) к родам при наличии «незрелой», «созревающей» и «не полностью созревшей» шейке матки через 6 часов с момента ПИОВ; проведение индукции родов (родовозбуждения) при наличии «зрелой» шейки матки при отсутствии развития родовой деятельности через 6 часов с момента ПИОВ

**Активная:** предполагает мероприятия по родоразрешению с момента госпитализации или по истечении 18 часов с момента ПИОВ

# Акушерская тактика при ПИОВ с учетом срока беременности

**Выбор выжидательной или активно-выжидательной тактики:**

- Пролонгирование беременности в сроках до 22 недель нецелесообразно
- При сроке беременности от 22 до 34 недель рациональная выжидательная тактика позволяет достичь максимально возможной степени зрелости плода при минимально возможном риске восходящего инфицирования.
- При преждевременном разрыве плодных оболочек в сроке беременности более 34 недель и зрелом плоде длительное пролонгирование беременности нецелесообразно

При доношенной беременности и ПИОВ повышается частота аномалий родовой деятельности, острой гипоксии плода, оперативного родоразрешения; инфекционно-воспалительных осложнений.

При доношенной беременности у большинства женщин после ПРПО самостоятельно развивается родовая деятельность:

- у 50% – в течение 12 часов;
- у 70% – в течение 24 часов;
- у 90% – в течение 48 часов;
- у 2–5% роды не начинаются и в течение 72 часов.

- При ПИОВ в доношенном сроке беременности период консервативных мероприятий целесообразно ограничить 48-72 часами.
- первичное обследование и наблюдение в течение 6 часов проводится в родильном отделении.
- дальнейшее динамическое наблюдение осуществляется в условиях отделения патологии беременности. Осмотр врача – 2 раза в сутки. Соблюдение общего режима (III), смена подкладных каждые 4 часа, смена белья и душ – ежедневно.

**Вагинальное исследование** – проводится только при поступлении, через 12 часов после окончания преиндукции родов (2-й прием мифепристона), в родах и при акушерских ситуациях, влияющих на изменение тактики ведения. При наличии условий – разведение плодных оболочек.

**Объективная оценка общего состояния беременной:**

ведение специального листа наблюдения в истории родов (при длительности безводного промежутка 12 часов и более), с фиксацией каждые 3 часа: температура тела, пульс, АД, характер выделений из половых путей, тонус и сократительная активность матки, ЧСС плода

## Инфекционный скрининг:

- бактериоскопическое исследование отделяемого из цервикального канала, уретры и влагалища (при госпитализации) на Gp и микробиоценоз;
- микробиологическое исследование с определением чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам отделяемого из цервикального канала (до начала эмпирической антибактериальной терапии) – при длительности безводного промежутка 12 часов и более;
- клинический анализ крови – при поступлении и через 24 часа;
- уровень С-реактивного белка – через 24 часа;
- прокальцитонин (пресепсин) – по показаниям;
- общий анализ мочи – при поступлении и через 24 часа.

## Объективная оценка состояния плода:

- КТГ – каждые 12 часов при отсутствии родовой деятельности;
- УЗИ (фетометрия, плацентометрия, амниотический индекс) – при поступлении;
- доплерометрия маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока – при поступлении и через 24 часа.

**Эмпирическая антибактериальная терапия** через **18 часов** с момента диагностики ПИОВ и до получения результатов микробиологического исследования: **ампициллин** 1 гр. 4 раза в сутки в/м; **цефазолин** 1,0 г в/м 2-4 раза в сутки (при аллергии на пенициллины).

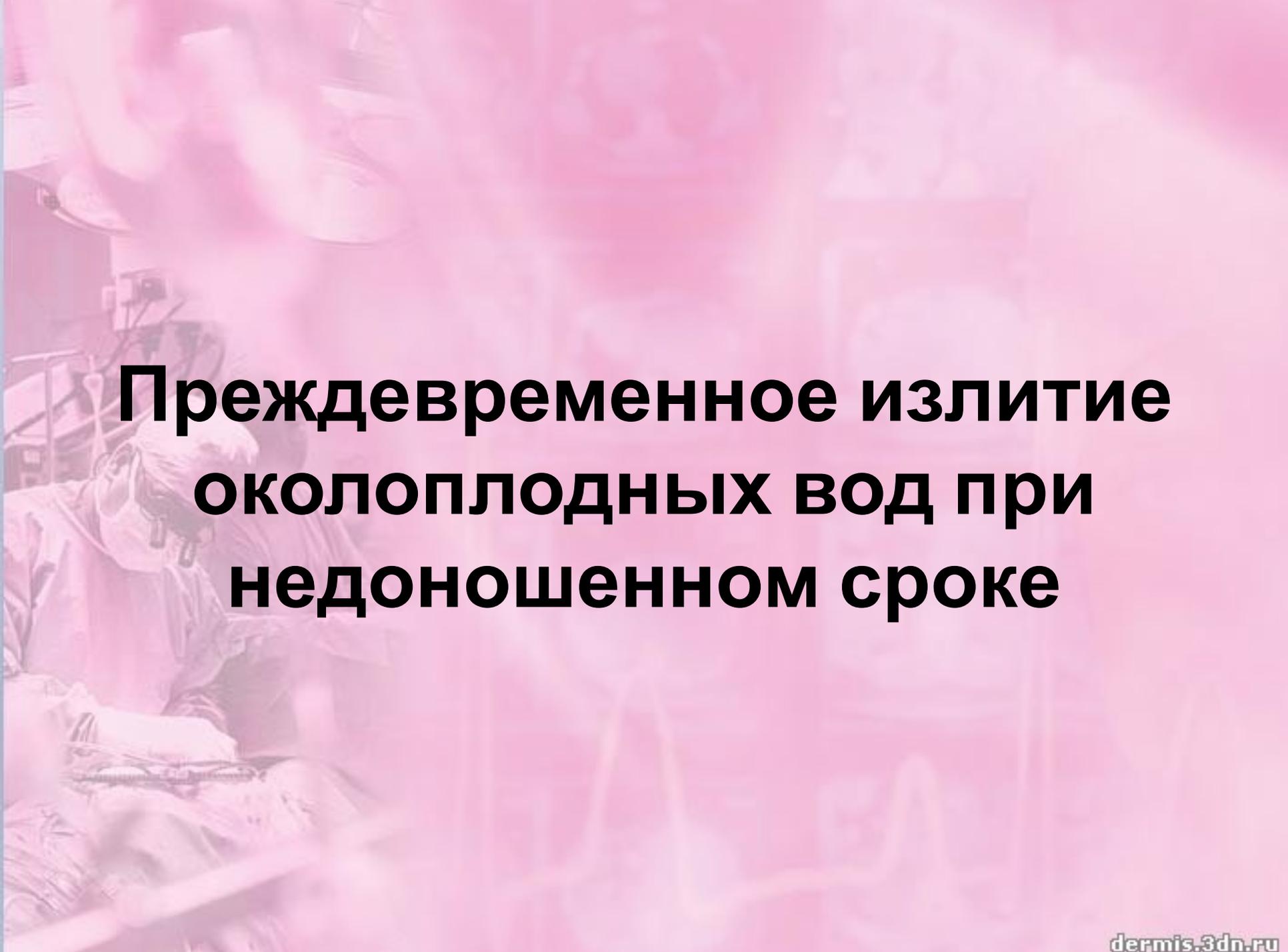
**Токолитическая терапия:** проводится только с целью регуляции СДМ (селективные  $\beta_2$ -адреномиметики: **гексопреналина сульфат** (гинипрал<sup>®</sup>))

- При наличии **зрелой шейки матки** и отсутствии регулярной родовой деятельности в течение 6 часов рекомендуется приступать к родовозбуждению путем внутривенного капельного введения окситоцина.
- При **незрелой, созревающей и неполностью созревшей шейке матки** – преиндукция родов мифепристоном 200 мг: 1) прием через 6 часов безводного промежутка; 2) прием через 12 часов после 1-го
- Через 12 часов – оценка состояния шейки

- При недостаточно зрелой шейке матки после подготовки мифепристоном – продолжение преиндукции родов: интравагинальное введение 1 мг динопростона с последующей оценкой эффекта через 12 часов.
- При достижении полной зрелости шейки матки и отсутствии регулярной родовой деятельности – родовозбуждение путем внутривенного капельного введения окситоцина в течение 2–4 часов.
- При нарушении функционального состояния плода, появлении признаков хорионамнионита, отсутствии эффекта от преиндукции родов и отсутствии эффекта от индукции родов в течение 2-4-х часов – родоразрешение путем операции кесарева сечения

# Противопоказания к преиндукции и индукции родов:

- Стандартные (акушерские и соматические) противопоказания к родоразрешению через естественные родовые пути.
- Тазовое предлежание плода при «незрелой» шейка матки.
- Крупный плод (4500 гр и более).
- Гестационный сахарный диабет.
- Рубец на матке .
- Тяжелая преэклампсия.
- Хроническая плацентарная недостаточность, выраженная степень ВЗРП.
- Наличие примеси мекония в околоплодных водах.
- Хориоамнионит (для преиндукции).
- Срок беременности 42 недели (для преиндукции).
- Отягощенный перинатальный анамнез.



**Преждевременное излитие  
околоплодных вод при  
недоношенном сроке**

# Ведение женщин с ПРПО при сроке беременности от 22 недель до 33 недель 6

- **Выжидательная тактика** <sup>дней</sup> (предполагает пролонгирование беременности и наблюдение за естественным развитием родовой деятельности)
- **Цель:** пролонгирование беременности (дни, недели) для достижения максимальной степени зрелости плода на фоне отсутствия показаний к срочному или экстренному родоразрешению
- **Условия:** сохранение постоянного уровня околоплодных вод (индекса амниотической жидкости более 3 см), удовлетворительное состояние плода и матери, отсутствии воспалительного процесса, отсутствии противопоказаний к пролонгированию беременности

## **Ведение женщин с ПРГЮ при сроке беременности от 22 недель до 33 недель 6 дней**

- Наблюдение осуществляется в условиях ОПБ. Осмотр врача – 2 раза в сутки. Соблюдение полупостельного режима (II), смена подкладных каждые 4 часа, смена белья и душ – ежедневно. Вагинальное исследование – проводится только в родах (!).
- Объективная оценка общего состояния беременной:
- ведение специального листа наблюдения в истории родов, с фиксацией каждые 4 часа: температура тела, пульс, АД, характер выделений из половых путей, тонус и сократительная активность матки, ЧСС плода.

# Инфекционный скрининг:

- бактериоскопическое исследование отделяемого из цервикального канала, уретры и влагалища (при госпитализации) на Gp и микробиоценоз;
- ПЦР диагностика *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* при отсутствии данных обследования в обменно-уведомительной карте ЖК;
- микробиологическое исследование с определением чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам отделяемого из цервикального канала, включая исследование на *Streptococcus agalacticae* ( $\beta$  гемолитический) (при отсутствии данных в обменно-уведомительной карте ЖК) (до начала эмпирической антибактериальной терапии);
- клинический анализ крови – 1 раз в 3 суток;
- уровень С-реактивного белка – каждые 3 суток и по показаниям;
- прокальцитонин (пресепсин) – по показаниям;
- общий анализ мочи – каждые 3 суток..

## Объективная оценка состояния плода:

- КТГ – ежедневно;
- УЗИ (фетометрия, плацентометрия) – 1 раз в 7 суток;
- доплерометрия кровотока МП/ФП бассейна – 1 раз в 3 суток
- УЗИ (амниотический индекс) – каждые 3 суток

# Профилактика РДС плода

- Профилактика РДС осуществляется на сроке беременности 23–34 полные недели:
- Бетаметазон в дозе 12 мг в/м дважды с интервалом в 24 часа (курсовая доза 24 мг).
- Дексаметазон в дозе 8 мг в/м трехкратно с интервалом в 8 часов (курсовая доза 24 мг).
- Оптимальная длительность воздействия глюкокортикоидов 48 часов. Их профилактическое действие продолжается 7 дней.
- При сроке беременности менее 34 недель через 7 и более дней после начального курса профилактики РДС, предусмотрен повторный курс.

# Токолитическая терапия

Токолитическая терапия не влияет на частоту преждевременных родов и перинатальную смертность, но дает время для проведения профилактики РДС у плода. Токолиз показан на период не более 48 ч.

## Токолитики:

- Селективные  $\beta_2$ -адреномиметики: гексопреналина сульфат (гинипрал), фенотерол (партусистен) – 22-34 недели
- Блокатор окситоциновых рецепторов: атозибан (трактоцил) – 22-30 недель
- Блокаторы медленных кальциевых каналов: нифедипин – 22-34 недели
- Ингибиторы циклооксигеназы: индометацин – 22-32 недели
- Сульфат магния (как нейропротектор) – 22-36 недель

Токолитические препараты назначают в режиме

мониторинга. Комбинация препаратов не рекомендуется.

## Токолиз $\beta$ 2-адреномиметиком – гексопреналина сульфат (гинипрал)

- Токолиз начинают с болюсного введения 10 мкг (2 мл) в разведении в 10 мл изотонического раствора в течение 5–10 мин с последующей инфузией со скоростью 0,3 мкг/мин
- При проведении длительного токолиза рекомендуемая доза гинипрала – 0,075 мкг/мин. Максимальная суточная доза – 430 мкг/сут.
- При использовании инфузوماتов: 75 мкг концентрата для инфузий разводят в 50 мл изотонического раствора натрия хлорида

# Токолиз антагонистом окситоцина (атозибан, трактоцил)

- Атозибан – конкурентный антагонист человеческого окситоцина на уровне рецепторов. Связываясь с рецепторами окситоцина, снижает частоту маточных сокращений и тонус миометрия, приводя к подавлению сократимости матки. Применяется в следующих случаях:
- регулярные сокращения матки продолжительностью не менее 30 секунд и частотой более 4 в течение 30 минут;
- раскрытие шейки матки до 3 см;

## Противопоказания:

- Срок беременности менее 24 или более 33 полных недель;
- Преждевременный разрыв оболочек при беременности сроком более 30 недель;

# Магния сульфат

- Магния сульфат не зарегистрирован в качестве токолитического средства, но допустим к применению у беременных при гипомагниемии, пре- и эклампсии;
- обладает нейропротекторным действием для матери и плода.
- Применение магния сульфата при преждевременных родах до 32 недель достоверно уменьшает частоту церебрального паралича и грубых моторных дисфункций.
- Способ применения и дозы: 4 г сульфата магния 25% растворяют в 100 мл физиологического раствора и вводят в/в в течение 30–45 мин, после чего переходят на непрерывное в/в введение со скоростью 2 г/ч в течение 12–24 часов.

# Антибактериальная терапия

- Антибактериальная терапия при ПИОВ в недоношенном сроке беременности должна начинаться сразу после постановки диагноза и продолжаться в течение 7 суток.
- Эмпирическая а/б терапия (проводится до получения результатов микробиологического исследования): **ампициллин** 1 гр. 4 раза в сутки в/м; **амоксициллин/сульбактам** по 1,5 г в/в или в/м, каждые 8 часов; **цефазолин** 1,0 г в/м 2-4 раза в сутки; **цефтриаксон** 1,0 г в/в или в/м 1-2 раза в сутки (при аллергии на пенициллины).
- Целенаправленная а/б терапия – по результатам микробиологического исследования (при необходимости – консультация клинического

# Противопоказания к выжидательной тактике

- Хориоамнионит (не является противопоказанием к оперативному родоразрешению. При отсутствии активной родовой деятельности и шансов быстрого рождения ребенка метод выбора – кесарево сечение)
- Осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения
- Преэклампсия/эклампсия,
- Декомпенсированные состояния матери или плода
- Выраженное маловодие (амниотический индекс менее 3 см) в течение 3 дней.
- Мекониальное окрашивание вод.

# Операция кесарево сечение:

- при наличии тазового предлежания, рубца на матке, многоплодной беременности, ОАГА (бесплодие, перинатальные потери в анамнезе и др.), умеренной преэклампсии,
- при отсутствии родовой деятельности **через 24-48 часов (!)** после проведения курса профилактики РДС плода;
- появление признаков хориоамнионита на фоне отсутствия развития родовой деятельности,
- Операция кесарево сечение в экстренном порядке: стандартные акушерские показания

# Роды в сроке 34 недели – 36 недель и 6

**дней**

- длительная (более 48 часов безводного промежутка) **выжидательная тактика не показана**, так как повышает риск хориоамнионита и не приводит к улучшению исходов.
- профилактика РДС плода рутинно не проводится, решение принимается индивидуально по согласованию с неонатологом.
- **активно-выжидательная:** преиндукция (подготовка шейки матки к родам) при наличии «созревающей» шейки матки при длительности безводного промежутка 48 часов и более
- **активная:** индукция родов (родовозбуждение) при наличии «зрелой» шейки матки, а также на фоне нарастания продолжительности безводного промежутка при его длительности 48 часов и более

# Условия для активно-выжидательной тактики

- Удовлетворительное состояние плода и матери, отсутствие признаков воспалительного процесса
- Отсутствие противопоказаний к пролонгированию беременности (стандартные)
- Наблюдение в условиях ОПБ, оценка состояния беременной и плода, инфекционный скрининг, антибактериальная терапия как при сроках 22-34 нед
- Токолитическая терапия не проводится
- При длительности безводного промежутка **48** часа и более, при отсутствии родовой деятельности и наличии «созревающей» шейки матки – начать подготовку к родам (преиндукция) мифепристоном 200 мг/таб №2 с интервалом 6-12 часов с последующей индукцией родов (акситации) по

# **Противопоказание к продолжению активно-выжидательной тактике – переход к активной (родоразрешение)**

- Хорионамнионит: родоразрешение в срочном порядке, не является противопоказанием к оперативному родоразрешению по стандартной методике; не является противопоказанием к родостимуляции (по стандартной методике)
- Осложнения беременности, требующие срочного и экстренного родоразрешения (стандартные акушерские показания)
- Мекониальное окрашивание вод – родоразрешение в срочном порядке

# При длительности безводного промежутка 48 часов и более, при отсутствии родовой деятельности:

- при наличии зрелой шейки матки – родовозбуждение окситоцином по стандартной методике.
- при отсутствии биологической готовности организма беременной к родам («незрелая» шейка матки) и/или отсутствие эффекта от родовозбуждения – родоразрешение путем операции кесарево сечение в срочном порядке

# Операция кесарево сечение в срочном порядке:

- при отсутствии родовой деятельности при наличии тазового предлежания, многоплодной беременности, ОАГА (бесплодие, перинатальные потери в анамнезе и др.), умеренной преэклампсии, рубца на матке
- появление признаков хориоамнионита на фоне отсутствия развития родовой деятельности
- Операция кесарево сечение в экстренном порядке: стандартные показания

