

*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им В.И. Разумовского
Минздрава России.*

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Доцент каф., к.м.н. Михайлова Ю.В.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

- Самопроизвольные или индуцированные преждевременные роды определяют уровень перинатальной смертности и младенческой заболеваемости (50-70% ранней неонатальной смертности; 50% неврологических заболеваний)
- Социальные последствия: тяжелая психическая травма для семьи, высокая стоимость выхаживания недоношенных, значительная частота инвалидности детей (нарушения зрения, слуха, ДЦП, тяжелые хронические заболевания легких)

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Перинатальная смертность и заболеваемость недоношенных детей снизилась

- ▣ Регионализация перинатальной помощи (оказание помощи в стационарах соответствующего уровня);*
- ▣ Применение кортикостероидов;*
- ▣ Сурфактант;*
- ▣ Применение антибиотиков;*
- ▣ Улучшение методов вентиляции легких;*
- ▣ Улучшенный неонатальный уход.*

Методическое письмо «преждевременные роды»

- *Министерство здравоохранения и социального развития для использования в работе руководителями органов управления здравоохранения субъектов РФ при подготовке нормативных правовых актов, главными врачами перинатальных центров и родильных домов при организации медицинской помощи женщинам во время беременности и родов, а также для использования в учебном процессе*

29.12.2011г., В.И. Скворцова

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

МКБ-060

Определение

Преждевременные роды – роды, наступившие на сроке беременности от 22 до 37 недель (259 дней) начиная с первого дня последней нормальной менструации при регулярном менструальном цикле, при этом масса плода составляет от 500 до 2500 г.

Частота 5-10%

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Классификация по сроку гестации

22 – 27 недель и 6 дней включительно – очень ранние преждевременные роды;

28 – 33 недели и 6 дней включительно – ранние преждевременные роды;

34 – 37 недель – преждевременные роды

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Классификация

Спонтанные преждевременные роды

(70-80%):

- **Регулярная родовая деятельность при целом плодном пузыре (40-50%);**
- **Излитие околоплодных вод при отсутствии регулярной родовой деятельности.**

Индукцированные преждевременные роды

(20-30%):

- **Показания со стороны матери: тяжелые ЭГЗ, тяжелый гестоз, ПОНРП, гепатоз беременных;**
- **Показания со стороны плода: некурабельные**

Причины преждевременных родов

Преждевременные роды – это роды у
больной

матери больным ребенком.

- ▣ 22 – 27 недель – ИЦН, инфекция.
- ▣ 28 – 33 недели – полиэтиологичное прерывание.
- ▣ 34 – 37 недель – гестоз, плацентарная недостаточность, ПОНРП, Rh – конфликт, многоплодие.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Патогенез

Преждевременные роды – синдром в реализации которого участвуют такие механизмы, как инфекция, снижение маточного и плацентарного кровотока, перерастяжение матки и различные процессы, опосредованные иммунной системой.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

*Преждевременные роды – 40-60%
внутриматочная инфекция (хронический
эндометрит, восходящая цервико-вагинальная
инфекция).*

*Субклинический хориоамнионит
(морфологическое подтверждение)*

- ✓24-28 недель – 50%;*
- ✓28-30 недель – 30%;*
- ✓33-36 недель – 20%;*
- ✓37 недель – 10%*

Факторы риска

- ✓ Курение;
- ✓ Низкий социально-экономический уровень жизни;
- ✓ Низкий индекс массы – недоедание;
- ✓ Ожирение;
- ✓ Стрессовая ситуация на работе и /или в семье;
- ✓ Возраст <18 или >35 лет;
- ✓ Интервал между беременностями < 6 месяцев;
- ✓ Многоплодная беременность;
- ✓ Многоводие или маловодие;
- ✓ Индуцированная беременность;
- ✓ Тяжелая экстрагенитальная патология – декомпенсация;
- ✓ Инфекция мочевыводящих путей (в т. ч. бессимптомная бактериурия)
- ✓ Пародонтит;
- ✓ Цервико-вагинальная инфекция;
- ✓ Маточные кровотечения в 1 и 2-ом триместрах;
- ✓ Предлежание плаценты, ПОНРП
- ✓ Хирургические вмешательства (операции на органах брюшной полости);
- ✓ Травмы

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Факторы риска

(стратегия профилактики ПР)

Анамнестические:

- 1 и более преждевременных родов в анамнезе;**
- 2 и более выскабливаний полости матки.**

Клинические:

- укорочение шейки матки при одноплодной беременности менее 15-25 мм, при многоплодной – менее 25 мм**

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Причины укорочения шейки матки

- *Врожденное состояние*
- *Состояние после конизации*
- *Инфекции (интраамниотическая, «осадок» в амниотической жидкости)*

Укорочение шейки матки= ИЦН?

ИЦН

Цервикальная недостаточность

Цервикальная несостоятельность

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Укорочение шейки матки <2,5 см

Профилактика преждевременных родов

- Наложение швов (при наложении швов на шейку матки менее 15 мм дополнительное интравагинальное введение прогестерона → частота ПР ↓)
- Акушерский пессарий
- Антибактериальная терапия (бессимптомная бактерурия, сифилис, гонорея)

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Укорочение шейки матки <2,5 см

Решение проблемы

Скрининг: 19-22 нед. - длина шейки матки

Профилактика преждевременных родов

- **Назначение препаратов прогестерона до 36 нед** (Оксипрогестерон капронат 250 мг в/м 1 раз в неделю, микронизированный прогестерон 200 мг вагинально 1 раз в день, гель прогестерона дидрогестерон);

При назначении препаратов прогестерона во II и III триместрах беременности необходимо информированное согласие женщины (в РФ в показаниях не зарегистрированы угрожающе преждевременные роды)

***Назначение прогестерона
до 36 недель беременности***

***«Методическое письмо по
преждевременным родам
Минздравсоцразвития РФ
№15-4/10/2-12700 от
16.12.2011»***

Преждевременные роды.

Акушерская тактика

- 1.Срок беременности*
- 2.Клиника (угрожающие или начавшиеся роды)*
- 3.Наличие или отсутствие плодного пузыря*

Угрожающие преждевременные роды

Клиника:

- ▣ Боли внизу живота и в области поясницы;**
- ▣ Чувство давления и распираания в области влагалища.**

При объективном исследовании:

- ▣ Возбудимость и тонус матки повышены;**
- ▣ Низкое расположение предлежащей части**
- ▣ Шейка матки сохранена (у повторнородящих наружный зев может пропускать кончик пальца) или укорочена**
- ▣ НГГ («малые» и единичные «большие» волны)**

Угрожающие преждевременные роды

Дифференциальный диагноз:

- Патология органов брюшной полости, заболевания почек и мочевыводящих путей;**
- Некроз миоматозного узла;**
- Несостоятельность рубца на матке;**
- ПОНРП**

Начавшиеся преждевременные роды

Начавшиеся преждевременные роды

- ***регулярная родовая деятельность, динамика в состоянии шейки матки: сглаживание и раскрытие;***

Угрожающие преждевременные роды

Прогнозирование начала наступления преждевременных родов (вопрос о госпитализации):

- **Изменение шейки матки (укорочение при влагалищном исследовании и УЗИ). При шейке матки больше 3 см вероятность начала родов в течение ближайшей недели $\approx 1\%$;**
- **Определение фибронектина плода в шеечно – влагалищном секрете. Отрицательный тест больше 24 недель – вероятность родов в течение недели $\approx 1\%$;**
- **Определение фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1);**
- **Определение провоспалительных цитокинов (ФНО – γ ,**

УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Тактика ведения

- **Активная тактика**

Подготовка к родоразрешению при гестозе (средней и тяжелой степени), гепатозе, хориоамнионите, тяжелом ЭГЗ, ухудшении состояния плода (профилактика дистресс-синдрома).

- **Выжидательная тактика.**

УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Тактика ведения

Выжидательная тактика:

- ✓ токолитическая терапия;
- ✓ профилактика респираторного дистресс-синдрома новорожденного;
- ✓ обследование для определения предполагаемой причины угрозы прерывания (инфекция, плацентарная недостаточность, тромбофилические нарушения, экстрагенитальная патология и др.);
- ✓ лечение, направленное на устранение причины угрожающих преждевременных родов.

(недопустимо! Диагноз: Угрожающие преждевременные роды.... ?)

УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Токолитическая терапия

Токолитические препараты (токолитики) – медикаментозные средства, которые расслабляют матку.

Цель:

- Проведение профилактики РДС новорожденного;**
- Перевод беременной в перинатальный центр.**

УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Токолитическая терапия

Токолитики:

- ✓ **β -миметики;**
- ✓ **Антагонист окситоцина (агосибан – трактоцил);**
- ✓ **Блокаторы кальциевых каналов (нифедипин → информированное согласие женщины);**
- ✓ **Сульфат магния;**
- ✓ **Нестероидные противовоспалительные препараты**

УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Токолитическая терапия

β -миметики (ритордин, партусистен, гинипрал, сальбутамол) – производные эпинефрина и норэпинефрина.

Стимуляция β -рецепторов (β_2 -рецепторов) → расслабление мускулатуры матки.

Достаточное количество β_2 -рецепторов в миометрии после 24-26 недель беременности.

β -миметики → схваткообразные боли (а не повышенный тонус), СДМ при НГГ.

Токолитическая терапия

Показания к назначению β – миметиков:

- Угрожающие преждевременные роды;**
- Начинаясь преждевременные роды (открытие маточного зева не более 3 см);**
- Целый плодный пузырь;**
- Подтекание околоплодных вод при отсутствии хориоамнионита (время для профилактики РДС);**
- Живой плод без ВПР;**
- Отсутствие противопоказаний для использования β – миметиков.**

Токолитическая терапия

Противопоказания для использования β – миметиков:

- **Сердечно-сосудистые заболевания матери;**
- **Гипертиреоз;**
- **Закрытоугольная форма глаукомы;**
- **Инсулинозависимый сахарный диабет;**
- **Дистресс плода, не связанный с гипертонусом матки**

Токолитическая терапия

Акушерские противопоказания

- Хориоамнионит;***
- Многоводие;***
- ПОНРП;***
- Несостоятельность рубца на матке.***

Токолитическая терапия

Побочные эффекты β – миметиков:

Материнские: тошнота, рвота, головные боли, гипокалиемия, повышение уровня глюкозы крови, нервозность, беспокойство, тремор, тахикардия, одышка, боли в груди, отек легких.

Плодовые: тахикардия, гипербилирубинемия, гипокальциемия.

УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Токолитическая терапия Схема применения гинипрала (гексопреналина сульфат)

25 мкг гинипрала в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в капельно с начальной скоростью 8 капель в минуту (0,3 мкг в минуту), постепенно увеличивая дозу до появления терапевтического эффекта – прекращения схваток.

Средняя скорость введения 15 – 20 капель в минуту, продолжительность 6 – 12 часов.

Пероральный прием гинипрала после окончания инфузии не эффективен.

Токолитическая терапия

Гинипрал

Внутривенный токолиз проводят в положении женщины

на левом боку под контролем:

- ▣ ЧСС;**
- ▣ АД;**
- ▣ Уровня глюкозы крови;**
- ▣ Объема вводимой жидкости и диуреза;**
- ▣ Электролитов крови;**
- ▣ Состояния легких;**
- ▣ Состояния плода и СДМ.**

УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Токолитическая терапия

Сульфат магния – антагонист ионов кальция.

Показания:

- ▣ **Наличие противопоказаний к использованию или непереносимость β – миметиков.**

Противопоказания:

- ▣ **Нарушение внутрисердечной проводимости;**
- ▣ **Миастения;**
- ▣ **Сердечная недостаточность;**
- ▣ **Хроническая почечная недостаточность.**

УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Токолитическая терапия

Сульфат магния - 20 мл 25% раствора на 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия со скоростью 20 капель в минуту.

Контроль:

- ▣ АД;**
- ▣ Диурез;**
- ▣ Сухожильные рефлексy;**
- ▣ Частота дыханий.**

УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Токолитическая терапия

Ингибиторы простагландинов (применение с 16 до 26 недель

(32 недель) беременности).

Острый токолиз:

Индометацин 50 – 100 мг ректально, затем по 25 мг каждые

6 часов, не более 48 часов.

Обычный режим токолиза:

Ректально 100 мг, а затем по 50 мг каждые 8 часов в течение

5 – 7 дней. Курсовая доза – 1000 мг.

Повторное использование препарата через 14 дней.

Особенности течения преждевременных родов

- ▣ ПИОВ;**
- ▣ Аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация);**
- ▣ Быстрые (ИЦН) или затяжные (незрелая шейка матки);**
- ▣ Гипоксия плода;**
- ▣ ПОНРП или низко расположенной плаценты;**
- ▣ Дородовое кровотечение при предлежании плаценты;**
- ▣ Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах;**
- ▣ Инфекционные осложнения в родах и послеродовом периоде**

Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности

Частота ПИОВ 18-51%

Диагностика ПИОВ:

- ▣ Жалобы беременных на излитие вод;**
- ▣ Тесты для диагностики ПИОВ;**
- ▣ Определение в мазках содержимого влагалища элементов плода: пушковых волосиков, частиц серовидной смазки, плодовых эпителиальных клеток;**
- ▣ УЗИ: объем амниотической жидкости в динамике**

Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности

Дифференциальный диагноз:

- Патологические выделения при вагинальных инфекциях;***
- Маловодие.***

Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности

Тактика:

- Активная тактика;**
- Выжидательная тактика.**

Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности

Активная тактика

Показания для родоразрешения:

- Хориоамнионит (повышение температуры, тахикардия, лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышенный тонус матки вне зависимости от срока беременности);**
- Тяжелый гестоз;**
- ПОНРП;**
- Гепатоз;**
- Декомпенсация ЭГЗ;**
- Выпадение петель пуповины;**
- Декомпенсированные состояния плода.**

Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности

Выжидательная тактика при сроке до 34 недель, при сроке до 24 недель информированное согласие беременной (точное определение срока беременности).

Длительность латентного периода зависит от срока гестации: чем меньше срок, тем больше период до развития регулярной родовой деятельности.

Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности

Выжидательная тактика.

Контроль за состоянием матери и плода (каждые 3-4 часа запись в истории болезни):

- Температура тела;**
- Пульс;**
- ЧСС плода;**
- Характер выделений из половых путей;**
- Оценка СДМ.**

Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности

Дополнительное обследование:

- Посев отделяемого из цервикального канала (β – гемолитический стрептококк, чувствительность к антибиотикам);**
- ОАК – 1 раз в 2-3 дня при отсутствии клинических признаков инфекции;**
- Оценка состояния плода (УЗИ, доплерометрия, КТГ не реже 1 раза в 2-3 дня)**

Профилактическое назначение антибиотиков с момента ПИОВ до рождения ребенка (7-10 дней)

Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода

**Глюкокортикоиды способствуют созреванию
сурфактанта легких плода (категория А-1в)**

Показания:

- Угрожающие и начинающиеся преждевременные роды на сроке 24 – 34 недели.**

Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода

Противопоказания:

- ▣ **Хориоамнионит;**
- ▣ **Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;**
- ▣ **Тяжелый гестоз;**
- ▣ **Тяжелая форма диабета;**
- ▣ **Активная форма туберкулеза;**
- ▣ **Эндокардит;**
- ▣ **Остеопороз;**
- ▣ **Недостаточность кровообращения III степени;**
- ▣ **Острая инфекция или обострение хронической;**
- ▣ **Синдром Кушинга.**

Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода

**Оптимальная длительность профилактики –
48 часов.**

**Профилактическое действие
глюкокортикоидов отмечается через 24 часа
после начала терапии и продолжается 7 дней.**

**Польза повторного курса профилактики не
доказана.**

**Допускается повторное (через 7 дней)
введение при сроке меньше 34 недель
беременности.**

Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода

Любое сомнение в истинном гестационном сроке трактовать в сторону меньшего и назначить кортикостероиды.

После 34 недель→амниоцентез для определения зрелости легких плода перед назначением кортикостероидов

Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода

- Бетаметазон 12 мг в/м 2 дозы через 24 часа**
- Дексаметазон:**
 - 6 мг в/м 4 дозы через 12 часов (4 мг в/м 3 дозы в течение 48 часов)**
 - перорально: 2 мг (4 таблетки) 4 раза в сутки в первый день, 2 мг 3 раза в сутки - второй день, 2 мг 2 раза в сутки – третий день**

Тактика ведения преждевременных родов

Точное определение срока беременности:

Меньше 28 недель – вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения в интересах плода решается строго индивидуально;

28 – 33 недели – кесарево сечение предпочтительно: тазовое предлежание, многоплодие, АСД при ПИОВ, ПИОВ при незрелой шейке матки;

34 – 37 недель – ПИОВ при незрелой шейке матки, АСД.

До 36 недель – извлечение плода в плодном пузыре.

Тактика ведения преждевременных родов через естественные родовые пути.

- Интранатальный токолиз;
- Мониторирование ЧСС плода (КТГ);
- Адекватное обезболивание. Предпочтительно эпидуральная аналгезия.
 - Профилактика аномалий СДМ;
 - Снижение гиперактивной родовой деятельности;
 - Стойкая релаксация мышц тазового дна.

Ведение преждевременных родов без обезболивания следует расценивать как неоказание медицинской помощи»

Тактика ведения преждевременных родов через естественные родовые пути.

- ***Преждевременные роды не являются показанием для проведения рутинной эпизиотомии***
- ***После рождения недоношенного ребенка отсрочка пережатия пуповины на 30-120 секунд (при отсутствии особых показаний).***

Исход преждевременных родов

- ▣ Роды в стационаре соответствующего уровня (наличие современной аппаратуры для интенсивной терапии новорожденных);*
- ▣ Профилактика СДР;*
- ▣ Рациональное ведение родов.*

Спасибо за внимание!