



Преждевременные роды в концепции современного акушерства

Подготовил врач-интерн акушер-гинеколог

Ровба Е.С.

Научный руководитель к.м.н., доцент Егорова Т.Ю.

Преждевременные роды

(согласно определению ВОЗ)



— роды, наступившие в сроке гестации от 22 до 36 недель и 6 дней, считая с первого дня последней менструации при условии регулярного менструального цикла, при этом масса плода составляет от 500 до 2500 г.



К этиологическим факторам, способствующим преждевременному началу родовой деятельности, ОТНОСЯТ:



1. Анамнестические данные: преждевременные роды в анамнезе, поздние выкидыши, 2 и более медицинских абортов, высокий паритет родов, оперативные вмешательства на шейке матки (конизация, ампутация шейки матки).
2. Низкий социально-экономический статус, стрессовые ситуации, возраст менее 18 лет или более 34 лет, вредные привычки (алкогольная, никотиновая или лекарственная зависимость), хронические инфекции (пародонтит, тонзиллит и др.).
3. Осложненное течение настоящей беременности: цервиковагинальная инфекция (ИППП до или во время беременности), маточные кровотечения, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, инфекции мочевыводящих путей (в том числе и бессимптомные), многоплодная или индуцированная беременность (ЭКО), многоводие, сахарный диабет, тяжелая экстрагенитальная патология (артериальная гипертензия, гипер- или гипотиреоз, заболевания сердца, тромбофилии), гипертермия, хирургические вмешательства при данной беременности, травмы.

Прогнозирование преждевременных родов

осуществляется на основании следующих маркеров:



- 1) определение длины шейки матки с помощью трансвагинального УЗИ (2,5 см и менее после 22 недель гестации);
- 2) тест Actim Partus (для определения фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1) в цервикальном секрете, секретирующийся при отслойке плодных оболочек;
- 3) выявление фибронектина в шеечно-влагалищном секрете в сроке до 35 недель указывает на повышенный риск преждевременных родов в течение 2 недель с момента проведения теста;
- 4) определение ИЛ1, ИЛ8 (ФНО) в слизи цервикального канала и ИЛ1 в крови;
- 5) определение цитокинов TNF альфа, IL1 бетта, IL-6 в крови матери – маркер преждевременных родов; IL6 – в слизи цервикального канала маркер преждевременных родов и внутриутробной инфекции.

Классификация преждевременных родов в зависимости от срока гестации

– очень ранние — 154-196 дней (22–27 недель и 6 дней)

составляют 5 % от всех случаев

IV перинатальный уровень

– ранние — 197 – 237 дней (28–33 недели и 6 дней)

составляют до 25 % всех преждевременных родов.

III перинатальный уровень

– поздние — 238-258 дней (34–36 недель и 6 дней)

составляют до 70 % преждевременных родов.

II перинатальный уровень



Классификация преждевременных родов в зависимости от клинического течения



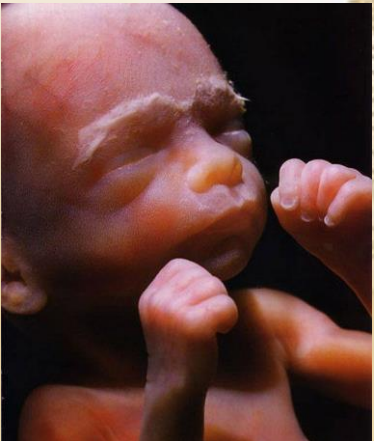
- угрожающие;
- начинающиеся;
- начавшиеся.

При угрожающих преждевременных родах

- ноющие менструальноподобные боли внизу живота;
- боли в спине;
- часто отмечается повышенный тонус матки, иногда схватки по типу Брекстона– Хикса;
- при влагалищном исследовании может наблюдаться укорочение шейки матки до 1,5–2 см, канал шейки матки закрыт, у повторнородящих он может пропускать кончик пальца;
- положительный тест Actim Partus.

При начинающихся преждевременных родах

- более выраженные схваткообразные боли внизу живота или регулярные схватки;
- боли в пояснично-крестцовой области;
- выраженные структурные изменения шейки матки (длина шейки матки менее 1,5 см, раскрытие шейки матки до 3 см).



Начавшиеся преждевременные роды

- регулярная родовая деятельность;
 - динамическое сглаживание и раскрытие шейки матки: степень ее раскрытия является предиктором прогноза эффективности токолитической терапии (при раскрытии акушерского зева более 3 см токолиз, как правило, неэффективен);
- часто наблюдается преждевременное излитие околоплодных вод.



047.0 Ложные схватки в период до 37 полных недель беременности (угрожающие преждевременные роды)



- Спазмолитики (Группа №26);
- ЛС для токолиза (Группа №25);
- Гемостатики (Группа №10);
- Кортикостероиды для профилактики РДС у плода (Группа №8.1) в сроке 26-35 6/7 при высоком риске преждевременных родов.

О60 Преждевременные роды (начинающиеся и начавшиеся преждевременные роды)



- ЛС для токолиза (Группа №25) в течение 48-72 часов;
- Кортикостероиды для профилактики РДС у плода (Группа №8.1) в сроке 26-35 6/7 недель;
- Спазмолитики (Группа №26);
- Аналгетики (Группа №31.1, 31.3);
- Антибактериальные средства для системного применения (Группа №11.1, 11.3) в сроке 154-196 дней, а также при проведении токолиза в сроке 197-237 дней;
- ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа №28).

При укорочении шейки матки и/или прохождении цервикального канала до 3 см



Проводится токолиз в течение 48-72 часов, необходимых для завершения профилактики РДС плода. Токолиз осуществляется только при регистрации родовой деятельности на КТГ.

Профилактика РДС у плода проводится с 26 недель (до 36 недели)

При сглаженной шейке матки и раскрытии более 3 см



- токолиз не проводится

В сроке 154-237 дней

роды ведутся как начавшиеся преждевременные:

- максимальное обезболивание,
- применение спазмолитиков,
- роды ведутся без защиты промежности,
- в родах выполняется эпизиотомия.

При сглаженной шейке матки и раскрытии более 3 см



- токолиз не проводится.

В сроке 238-258 дней

Роды ведут через естественные родовые пути:

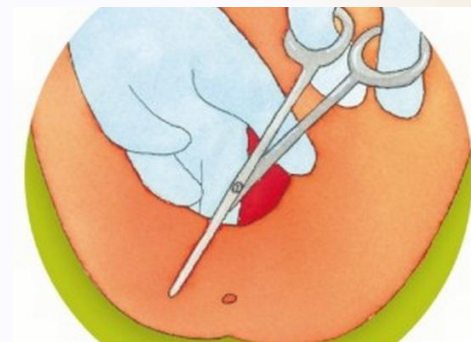
- максимальное обезболивание,
- применение спазмолитиков,
- выполнение амниотомии не ранее 7-8 см,
- роды ведутся без защиты промежности.

При предполагаемой массе плода менее 1500 г целесообразно родоразрешение путем кесарева сечения. В ходе кесарева сечения извлечение лучше проводить без вскрытия плодных оболочек - «извлечение плода в целом плодном пузыре».





- Для предупреждения родовой травмы плода роженице разрешено тужиться только, когда предлежащая часть плода находится на тазовом дне. Сила потуг должна быть умеренной.
- Роды ведутся без защиты промежности. Всем первородящим или повторнородящим с высокой, ригидной, рубцово-измененной промежностью показано проведение **эпизиотомии**.



- Оказание помощи при рождении плечиков следует начинать после наружного поворота головки лицом к бедру матери, внутреннего поворота плечиков.
- Поспешное оказание пособия, если плечики плода не совершили внутренний поворот и находятся в поперечном или косом размере плоскости выхода таза, способствует родовому повреждению позвоночника плода.



- Роды ведутся под источником лучистого тепла.
- В присутствии детского реаниматолога, неонатолога.
- Ребенка принимают на специальную подставку на уровне промежности матери. Не следует поднимать или опускать его ниже уровня матери, чтобы не создавать гипер- или гиповолемию у новорожденного, что может оказать влияние на его сердечную деятельность.
- Принимать ребенка следует в теплые пеленки.
- Отделение от матери целесообразно проводить в течение 1-2 минуты после рождения. У резус-отрицательных рожениц пересечение пуповины проводится сразу.
- Необходимые реанимационные мероприятия проводятся бережно, осторожно, лучше в кувезе.



Алгоритм ведения при преждевременном излитии околоплодных вод при недоношенной беременности



Преждевременное излитие околоплодных вод наблюдается в 20–50 % случаев преждевременных родов.

Диагноз подтверждается при осмотре шейки матки в зеркалах.

Диагностика преждевременного излития вод:

1. Тест с нитрозином. Основан на изменении pH влагалищного содержимого, имеющего кислую среду, а при подтекании вод — щелочную. Возможная инфекция во влагалище или шейке матки может приводить к ложноположительному результату тестов, основанных на этом принципе.

2. Амнитест — Тест PartoSure — базируется на определении плацентарного α -1-микроглобулина во влагалищном секрете. В основе лежит иммунохроматографическое связывание двух высокоспецифических моноклональных антител с антигеном α -1-микроглобулина, который присутствует в амниотической жидкости и попадает во влагалищный секрет только при повреждении плодного пузыря. Тест дает 97 % точности. При проведении теста стерильным ватным тампоном забирают секрет из шейки матки и на 30 секунд прижимают к центральному окошку индикаторной полоски. Через 10 минут проводят оценку результата.

3. УЗИ плода (определение индекса амниотической жидкости).



Алгоритм ведения беременности и родов при преждевременном разрыве плодных оболочек и недоношенной беременности

О 42. 2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией (продолгование беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек при недоношенной беременности в сроке 154-237 дней).

При поступлении беременной с преждевременным разрывом плодных оболочек, не доношенной беременности в сроке беременности 154-196 дней показана госпитализация в перинатальный центр IV уровня.

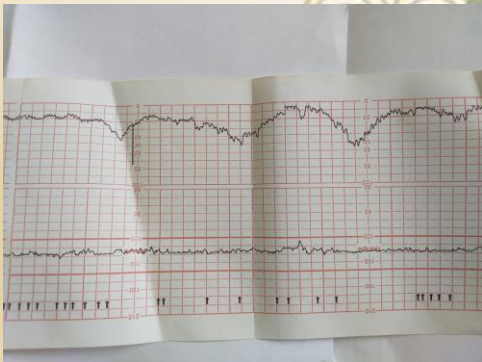
При необходимости показана госпитализация в наблюдательный родовой блок перинатального центра. Вопрос о тактике ведения пациентки решается консультирующе с учетом наличия противопоказаний к продолгованию беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек. Выбор выжидательной тактики ведения должен быть оформлен письменно в виде информированного согласия пациентки.



Противопоказания к пролонгированию беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек



- патологический тип КТГ;
- доплерометрическое нарушение МППК II-III степени;
- тяжесть основного заболевания матери с риском для ее жизни, не позволяющего пролонгировать беременность;
- поперечное положение или ножное предлежание плода, предлежание петель пуповины и др. осложнения);
- хориоамнионит;
- осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения;
- выраженное маловодие (индекс амниотической жидкости менее 2см в течении 3 дней);
- развитие регулярной родовой деятельности (схватки не реже 1 в 10 минут по 30-40 секунд и более, открытие шейки матки более чем на 3см).



Выжидательная тактика



1. Госпитализацию в палату, обрабатываемую по графику помещений observationalного родового блока.
2. Ежедневную смену белья
3. Смену стерильных подкладных по мере необходимости, но не реже 4-6 раз в день.
4. Постельный режим.
5. Полноценное питание.
6. Динамический контроль за состоянием беременной, ежедневный мониторинг развития ССВО, фиксируемый в дневнике наблюдений истории родов каждые 3 часа:
 - оценка характера родовой деятельности;
 - оценка количества и качества подтекающих околоплодных вод;
 - термометрия каждые 3 часа;
 - определение частоты пульса, артериального давления каждые 3 часа,
 - ОАК ежедневно.

Контроль за состоянием плода



- измерение окружности живота и высоты дна матки в динамике (не реже 1-го раза в неделю);
- кардиомониторинг плода не реже чем каждые 3 часа;
- доплерометрия кровотока в фетоплацентарной системе ежедневно;
- оценка индекса амниотической жидкости ежедневно;
- проведение фетометрии плода 1/ 7-10 дней.



Профилактика синдрома дыхательных расстройств плода



Проводится в срок беременности с 26 недель и не менее 35 6/7 недель: дексаметазон внутримышечно по 4 мг через 8 часов двое суток, курсовая доза — 24 мг (за двое суток).

Оптимальным является вариант, когда между последним введением дексаметазона и рождением ребёнка проходит более 24 часов.

Повторный курс профилактики синдрома дыхательных расстройств плода возможен через 7 дней при сохранении риска ранних преждевременных родов.

Антибактериальная терапия

Начинается после постановки диагноза преждевременного излития околоплодных вод (через 12 часов от момента излития вод) после забора материала на микробиологическое исследование и продолжается до момента родов. В случае пролонгирования беременности может быть ограничена до 7-10 суток при условии отсутствия клиники инфицирования. Препаратами выбора для эмпирической профилактической антибиотикотерапии следует считать цефалоспорины III-его, IV-ого поколения; полусинтетические пенициллины (группа №11.1, 11.3).

Не рекомендуется использование амоксициллина + клавулановой кислоты до 34 недель беременности из-за высокого риска развития некротизирующего энтероколита у новорожденных в данном сроке гестации. Смена или повторный курс антибиотикотерапии проводится с учетом характера микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам.



Проведение токолиза

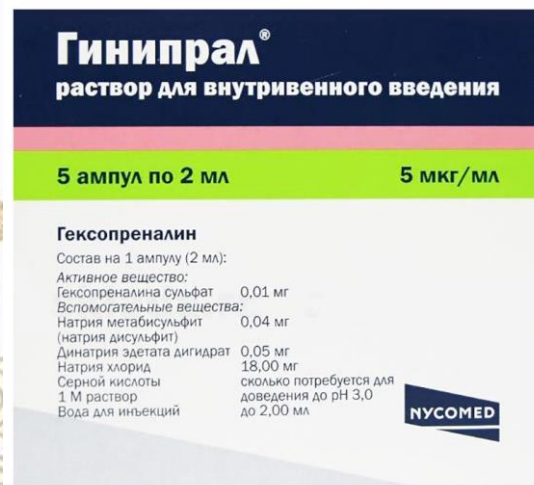


- Проведение токолиза при выборе выжидательной тактики для возможности выполнения профилактики синдрома дыхательных расстройств у плода (Группа №25) .
- Токолиз препаратом Трактоцил (Атозибан) при преждевременном разрыве плодных оболочек проводится в срок гестации с 24 до полных 30 недель (схема- инструкция применения препарата).

Проведение токолиза

Токолиз бета-миметиками (гексаприналин) проводится в срок гестации 24 -33 6/7 недель:

- Острый токолиз
- Массивный токолиз
- Длительный токолиз



На время токолиза: верапамил 40 мг внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки.



Магния сульфат используется как нейротектор у плода. Назначается в сроке 24 - 31 6/7 недель.

Спазмолитики (Группа №26):
Дротаверина гидрохлорид раствор для внутривенного и внутримышечного введения 20 мг/мл

- Папаверина гидрохлорид раствор для внутримышечного введения 2 % .
- Суппозитории ректальные 0,02 г

Лекарственные средства, улучшающие кровоток в тканях (Группа №28)



При преждевременном разрыве плодных оболочек в срок 197 -237 дней

Госпитализация на III перинатальный уровень в наблюдационный родовой блок перинатального центра.

В срок беременности 197-237 дней возможно пролонгирование беременности на фоне токолиза для проведения профилактики синдрома дыхательных расстройств у плода при ежедневном мониторинге ССВО у матери.

Выбор выжидательной тактики ведения должен быть оформлен в виде информированного согласия пациентки. Проведение токолиза при выборе выжидательной тактики для возможности выполнения профилактики синдрома дыхательных расстройств плода. Проводится антибактериальная терапия (Группа №11.1,11.3), токолитическая терапия (Группа №25), спазмолитическая терапия (Группа №26), кортикостероиды для профилактики РДС у плода (Группа №8.1), лекарственные средства, улучшающие кровоток в тканях (Группа №28).





Продолжительность выжидательной тактики определяется сроком беременности, временем окончания проведения профилактики синдрома дыхательных расстройств, состоянием матери, состоянием плода, количеством и динамикой объёма околоплодных вод, наличием клинических и лабораторных признаков инфицирования.

Родоразрешение

В сроке 154-237 дней роды ведутся как начавшиеся преждевременные: с максимальным обезболиванием (группа №31.1, 31.3), применением спазмолитиков (группа №26). Роды ведутся без защиты промежности. В родах выполняется эпизиотомия. Альтернативой являются «вертикальные роды».

При предполагаемой массе плода менее 1500 г целесообразно родоразрешение кесаревым сечением. В ходе кесарева сечения извлечение лучше проводить без вскрытия плодных оболочек - «извлечение плода в целом плодном пузыре».



При преждевременном разрыве плодных оболочек в срок 238-258 дней

Показана госпитализация на II перинатальный уровень.

- Пациентка госпитализируется в наблюдационный родовой блок перинатального центра.
- Выбор выжидательно-активной тактики ведения должен быть оформлен в виде информированного согласия пациентки.
- Проводится антибактериальная терапия (группа №11.1,11.3).
- Возможно проведение токолиза до 36 недель для завершения профилактики синдрома дыхательных расстройств бета-миметиками (гексаприналин).
- Применение спазмолитиков (группа №26).





В сроке беременности 238–258 дней беременности при отсутствии спонтанного развития родовой деятельности после проведения профилактики синдрома дыхательных расстройств необходимо перейти к активной тактике ведения.

Показания для активного ведения беременности и родов в срок 34-36 недель:

- снижение количества околоплодных вод (индекс амниотической жидкости менее 3см) и продолжение обильного подтекания околоплодных вод,
- появление лабораторных и клинических признаков хориоамнионита,
- развитие регулярной родовой деятельности,
- появление признаков дистресса плода.



При отсутствии регулярной родовой деятельности, не сглаженной шейке матки или раскрытии шейки матки менее 5 см. проводят медикаментозное родовозбуждение – Простин Е2-динопростон (группа №9.2.1)



При сглаженной шейке матки или раскрытии шейки матки более 5 см проводят родовозбуждение окситоцином (группа №9.2.2)

Родоразрешение



В сроке 238–258 дней роды ведут через естественные родовые пути: адекватное обезболивание (группа №31.1), спазмолитики (группа №26), без защиты промежности, эпизиотомия.

Активная тактика - абдоминальное родоразрешение выполняется по акушерским показаниям.



Выводы



Современная акушерская тактика при преждевременном разрыве плодных оболочек и недоношенной беременности, начинающихся или начавшихся преждевременных родах, направленная на пролонгирование беременности под контролем за функциональным состоянием плода, профилактикой инфекционных осложнений, позволяет провести полный курс профилактики СДР, отсрочить наступление преждевременных родов до наиболее благоприятного срока выхаживания новорожденного.

Выводы



Пролонгирование беременности позволяет улучшить перинатальные исходы преждевременных родов и не является причиной возникновения неонатальных осложнений у недоношенных детей и гнойно-воспалительных заболеваний у женщин.

Спасибо за внимание!

