

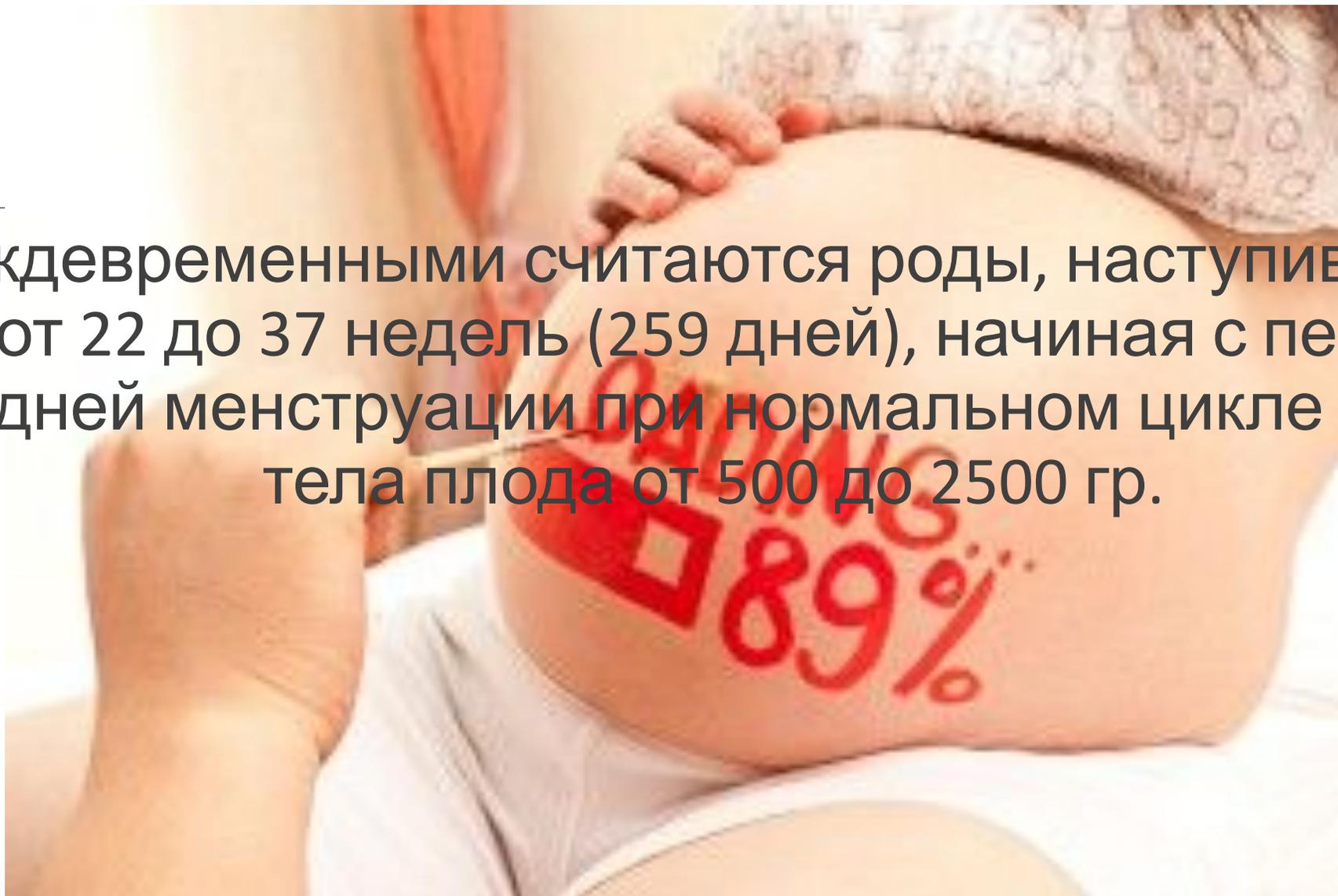
# Особенности ведения преждевременных родов

---

МАЛЕЦ ДАРЬЯ СЕРГЕЕВНА

5 КУРС 26 ГРУППА ЛФ

Преждевременными считаются роды, наступившие на сроке от 22 до 37 недель (259 дней), начиная с первого дня последней менструации при нормальном цикле с массой тела плода от 500 до 2500 гр.



# Классификация

---

По срокам гестации в соответствии с рекомендациями ВОЗ)

очень ранние на сроке 22-27 недель

ранние на сроке 28-33 недели

преждевременные на сроке 34-37 недель

По стадии развития

угрожающие

начинающиеся

начавшиеся

---

Преждевременные роды могут быть

1)самопроизвольными

а)могут начинаться с регулярной родовой деятельности при целом плодном пузыре

б)излития околоплодных вод при отсутствии родовой деятельности

2)индуцированными, т.е. по медицинским показаниям, в ситуациях требующих завершения беременности, в этом случае они называются досрочными.

# Причины преждевременных родов

---

Материнские факторы

Плодовые факторы

Факторы, связанные с самой беременностью

# Материнские факторы

---

наличие эндокринной патологии (проблемы с щитовидной железой, сахарный диабет, заболевания надпочечников, гипофиза и прочие);

скрытые половые инфекции (вирус папилломы человека, хламидиоз, уреаплазменная инфекция, герпес, цитомегаловирус и прочие);

хронические инфекционные заболевания мочеполового тракта (пиелонефрит, эндометрит, воспаление придатков);

гормональные нарушения в репродуктивной сфере (в частности гиперандрогения);

экстрагенитальные заболевания (патология сердечно-сосудистой системы, легких);

маточные факторы (пороки развития матки, опухоли матки, миома, операции на шейке матки – ампутация и другие, истмико-цервикальная недостаточность – несостоятельность шейки матки);

отягощенный акушерско-гинекологический анамнез – многочисленные аборты и выскабливания, выкидыши, патология эндометрия, преждевременные роды в анамнезе;

возраст (моложе 18 и старше 30);

хирургические вмешательства на органах брюшной полости во время вынашивания плода.

# Плодовые факторы

---

антенатальная гибель плода;  
грубые пороки развития плода;  
многоплодная беременность.

# Факторы, связанные с самой беременностью

---

избыточное количество вод или их недостаток;

тяжелое течение гестоза;

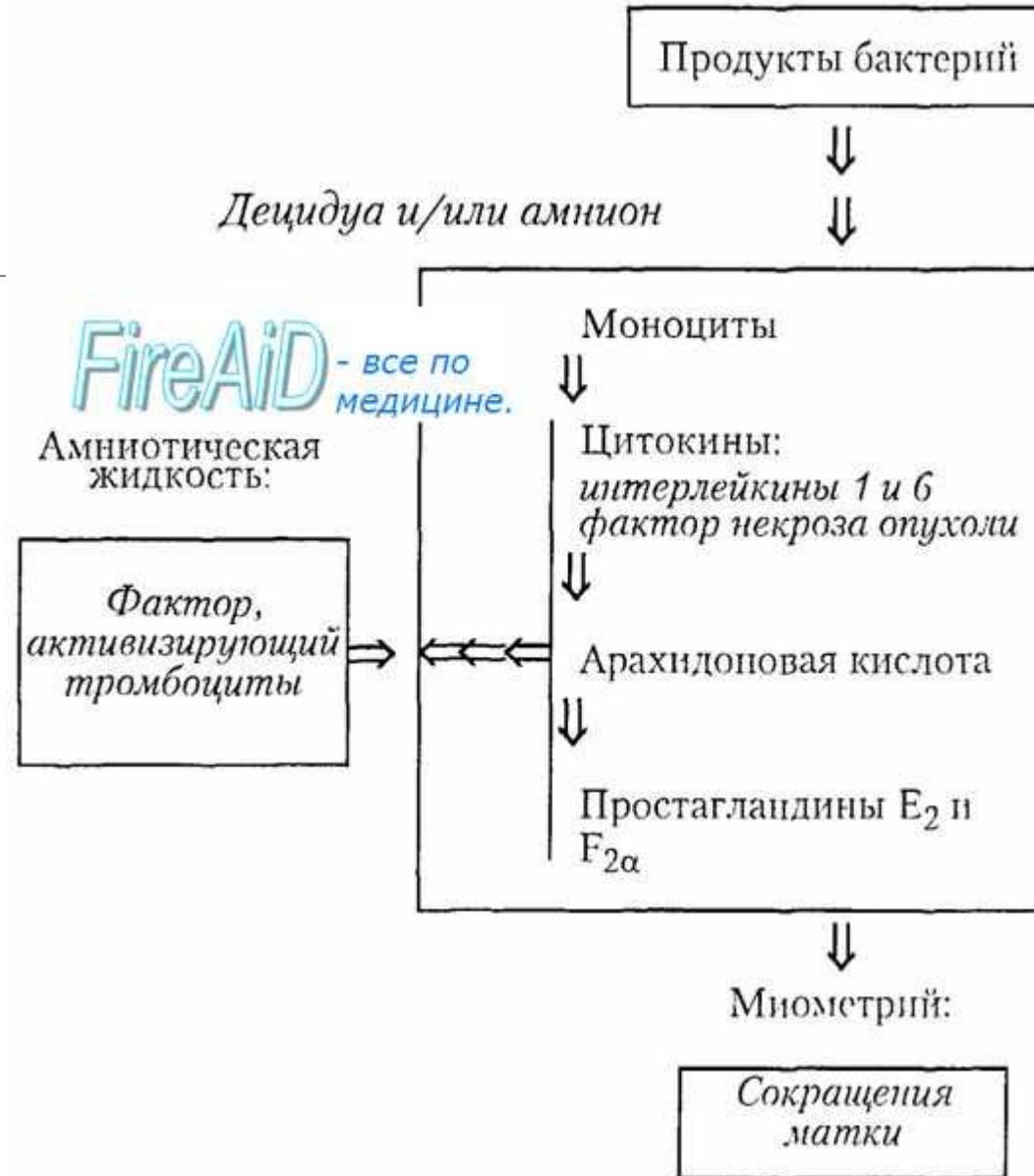
резус-конфликтная беременность;

иммунологические проблемы (антифосфолипидный синдром);

кровотечение во время беременности (предлежание либо отслойка плаценты);

ОРВИ во время беременности.

# Патогенез



# Клиническая картина преждевременных родов зависит от стадии процесса

---

**Угроза преждевременных родов** В эту стадию беременная предъявляет жалобы на потягивание или тянущие боли как внизу живота, так и в поясничной области. Матка «каменеет» после любой, даже незначительной физической нагрузки или без нее, что обусловлено ее повышенной возбудимостью (этот признак называется гипертонусом). Плод начинает активно шевелиться, что также связано с гипертонусом матки. Наблюдается усиление влагалищных выделений, которые могут быть водянистыми, слизистыми или с примесью крови. Нередко женщины отмечают повышенное количество белей как единственный признак. При проведении влагалищного исследования длина и консистенция шейки матки сохранена, только у повторнобеременных женщин может диагностироваться приоткрытый наружный зев. Во время наружного акушерского исследования пальпируется предлежащая часть плода, которая плотно прижата ко входу в малый таз. Если не оказать медицинскую помощь на данном этапе, преждевременные роды переходят в следующую стадию.

---

**Начинающие преждевременные роды** На данном этапе родового процесса боли внизу живота становятся интенсивнее, развивается нерегулярная родовая деятельность (4 и менее схваток за 10 минут). Шейка матки начинает сглаживаться, размягчаться и раскрываться (до 1 – 2 см). Возможно раннее отхождение вод (весьма неблагоприятный симптом).

---

**Начавшиеся преждевременные роды** Эта стадия характеризуется регулярной родовой деятельностью (схватки в количестве не менее 3 за 10 минут), излитием вод и раскрытием маточного зева на 3 и более см. Начавшиеся преждевременные роды являются необратимым процессом, купировать родовой процесс невозможно.

# Тактика ведения преждевременных родов

---

стадии преждевременных родов;

срока беременности;

состояния плодного пузыря;

состояния матери;

степени раскрытия шейки матки;

наличия признаков инфекции;

наличия родовой деятельности и ее выраженности;

наличия кровотечения и его характера

# Причин подтекания околоплодных ВОД

---

-Инфекция.

Патогенные микроорганизмы могут привести к истончению плодных оболочек, поэтому есть риск их разрыва или образования трещины.

-Цервикальная недостаточность (ИЦН).

Это патология, при которой шейка матки не способна справляться с запирающей функцией, то есть удержать плод в полости матки. Поэтому есть риски разрыва плодного пузыря. С целью профилактики при истмико-цервикальной недостаточности накладывают швы на шейку матки или устанавливают пессарий. Беременная с такой патологией должна находиться под наблюдением врачей с постельным режимом.

Некоторые диагностические исследования.

Например, амниоцентез или кордоцентез. Их проводят по генетическим показаниям. При этих процедурах врач с согласия женщины аккуратно прокалывает плодный пузырь с целью выявления заболевания. При кордоцентезе берется кровь из пуповины для анализов, а при амниоцентезе - амниотическая жидкость.

Многоплодная беременность или многоводие.

Эти факторы увеличивают давление на плодный пузырь и шейку матки, поэтому может возникнуть разрыв.

К ним можно отнести: механические травмы в период беременности, неправильное положение плода и пр. А также причиной патологии могут стать вредные привычки матери (курение, прием алкоголя).

Признаки, которые свидетельствуют о подтекании плодных вод:

Увеличение количества выделений и изменение их характера — они становятся жидкими и водянистыми.

Изменение количества выделений при смене положения тела.

Помимо выделений, могут появиться тянущие или схваткообразные боли внизу живота и/или кровянистые выделения.

Уменьшение окружности живота.

# Цервикальный стрессовый тест

---

Цервикальный стрессовый тест позволяет выявлять размягчение тканей шейки, что будет являться признаком ее преждевременного созревания. Для его проведения необходимо повышение внутриматочного давления, на фоне которого оценивают изменение длины цервикального канала и формы внутреннего зева.

Внутриматочное давление можно повысить, оказывая компрессию на область дна матки через переднюю брюшную стенку, с помощью кашлевой пробы Вальсальсы. Было выявлено, что первый метод (оказание с помощью руки исследователя умеренного давления на переднюю брюшную стенку матери в направлении длинной оси матки в течение около 15 с) является наиболее чувствительным и наиболее часто используемым стрессовым тестом.

# ТЕСТ AmniSure для определения подтекания околоплодных вод

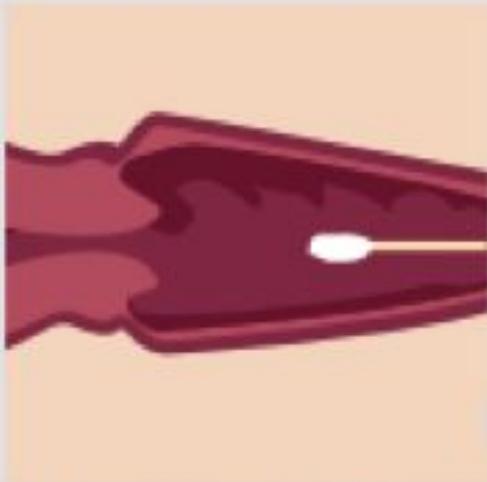
В своем составе тест содержит высокочувствительные антитела, которые позволяют выявить даже минимальное количество плацентарного альфа-микроглобулина-1 (ПАМГ-1) в шеечно-влагалищных выделениях после разрыва оболочек. Именно ПАМГ-1 был выбран для выявления разрыва плодных оболочек, так как только этот белок содержится в больших количествах в амниотической жидкости и в норме не содержится во влагалище.

Чувствительность теста свыше 99%

В тест-системе AmniSure задействована комбинация из нескольких антител, обеспечивающих оптимально низкий порог чувствительности, тем самым минимизируя частоту ложноотрицательных результатов, поскольку максимальная фоновая концентрация ПАМГ-1 в шеечно-влагалищных выделениях немного ниже, чем порог чувствительности самого теста.



1.



Sample of vaginal discharge is taken by sterile vaginal swab (no speculum required)

2.



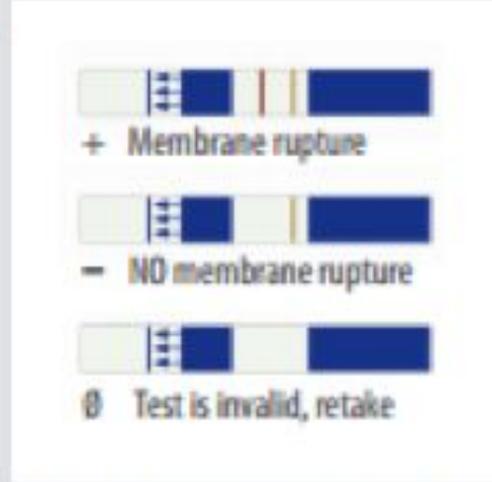
Swab is rinsed in vial with solvent and then disposed of

3.



Test strip is inserted into vial and removed when two lines are visible, or at 10 minutes

4.



+ Membrane rupture  
- NO membrane rupture  
∅ Test is invalid, retake

Test strip is extracted from the vial and results are observed

Чувствительность 98%, специфичность 88-100%

# Определение протейна-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста

---

Принцип диагностики ПРПО, основанный на определении ПСИФР-1, похож на описанный ниже тест выявления ПАМГ-1. Однако тест на ПСИФР-1 менее точен при следовых количествах амниотической жидкости.

Чувствительность 74-97%, специфичность 74-97%

# Нитразиновый тест

---

Направлен на определение кислотности влагалища. При истечении околоплодных вод кислотная среда влагалища изменяется в нейтральную сторону, что определяется путем использования лакмусовой полоски. Такой тест в трети случаев дает ложноположительный результат из-за вероятности развития инфекции, попадания мочи.

Чувствительность 90-97%, специфичность 16-70%

# Микроскопия мазка

---

Примесь амниотической жидкости на предметном стекле, на которое наносится образец влагалищного содержимого, образует рисунок, похожий на листья папоротника (феномен папоротника). Однако данный метод может давать достаточно большое количество ложноположительных результатов из-за примеси отделяемого шейечного канала и даже при наличии отпечатков пальцев на предметном стекле. Ложноотрицательные результаты могут быть получены из-за примеси крови или вследствие забора недостаточного количества материала («сухой тампон»).

Чувствительность 51-98%, специфичность 70-88%

# Диагностика

---

## Жалобы и данные анамнеза

Клиническая картина преждевременного начала родовой деятельности включает схваткообразную боль, неприятные ощущения или чувство распирания внизу живота, возникающие примерно каждые 15 мин. В большинстве случаев беременная отмечает постепенное учащение и усиление приступов. При возникновении указанных симптомов после 22 нед беременности показана непрерывная регистрация сократительной активности матки с помощью наружного датчика.

---

Осмотр шейки матки и влагалища в зеркалах. Проводят посев отделяемого из канала шейки матки для выявления *Streptococcus agalactiae*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*. Обращают внимание на наличие во влагалище околоплодных вод.

УЗИ на количество ОПВ

---

После исключения преждевременного излития околоплодных вод и предлежания плаценты производят влагалищное исследование. Оценивают степень раскрытия внутреннего зева, длину и консистенцию шейки матки, позицию плода и степень вставления предлежащей части в малый таз. Влагалищное исследование повторяют каждые 30—60 мин. Если в течение 4—6 ч отмечается раскрытие шейки матки, ставят диагноз преждевременных родов и начинают лечение. При подозрении на преждевременное излитие околоплодных вод от влагалищного исследования воздерживаются. При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование производят только после УЗИ.

# Токолитическая терапия

---

При укорочении шейки матки и/или прохождении цервикального канала до 3 см применяют токолитическую терапию и профилактику РДС плода

Показания:

1. Предупреждение экстремально ранних ПР (до 28 недель)
2. Обеспечить время (48-72 часа) для профилактики респираторного дисстресс-синдрома у новорожденного
3. Обеспечить возможность перевода женщины с преждевременными родами в стационар более высокого уровня
4. Регистрация родовой деятельности на КТГ

# Противопоказания применения препаратов этой группы

---

Большинство сердечнососудистых заболеваний

Заболевания связанные с гиперфункцией щитовидной железы (гипертиреоз)

Закрытоугольная форма глаукомы

Сахарный диабет (инсулинозависимый)

Дистресс плода, не связанный с гипертонусом матки

# Виды токолитической терапии

---

**Острый токолиз** – торможение родовых схваток во время родов при острой внутриматочной асфиксии, иммобилизация матки перед кесаревым сечением, перед поворотом плода из поперечного положения, при пролапсе пуповины, при осложненной родовой деятельности.

**Массивный токолиз** – торможение преждевременных родовых схваток при наличии сглаженной шейки матки и/или раскрытия зева матки.

**Длительный токолиз** – профилактика преждевременных родов при усиленных или учащенных схватках без сглаживания шейки или раскрытия зева матки. Иммобилизация матки до, во время и после хирургической коррекции истмико–цервикальной недостаточности.

# Гексопреналин (Гинипрал)- Селективные бета-2 адреномиметики

**Острый токолиз:** ввести 2 мл(10 мкг) в 8 мл 0,9 % раствора натрия хлорида внутривенно медленно за 5–10 мин(болюсом – острый токолиз).

**Массивный токолиз:** последующее титрование инфузوماتом 10 мл гексопреналина (50 мкг) + 10 мл 0,9 % натрия хлорида, начиная с 7,2 мл/ч (0,3 мкг/мин),увеличивая вдвое каждые 10 мин до прекращения родовой деятельности.

Для внутривенного капельного введения: 10 мл (50 мкг) разводят в 500 мл 0,9 % раствора хлорида натрия.

**Длительный токолиз:** титрование инфузوماتом 10 мл гексопреналина (50 мкг) + 10 мл 0,9 % натрия хлорида, со скоростью 1,8 мл/ч (0,075 мкг/мин). Для внутривенного капельного введения: 10 мл (50 мкг) разводят в 500 мл 0,9 % раствора хлорида натрия и вводят со скоростью 15 капель в минуту (соответствуют 0,075 мкг/мин).



# Сульфат магния

---

Используется при токолизе как нейропротектор у плода. Назначается в сроке 24-31 6/7 недель.

Внутривенно болюсно 4–6 г (16–24 мл раствора), затем инфузия 2 г/ч (8 мл/ч), увеличивая до купирования схваток, но не более 4 г/ч (16 мл/ч). При достижении необходимого эффекта продолжать токолиз в течение 12–24 часов со скоростью инфузии 5 г/ч (1,25 мл/ч).

# Блокаторы рецепторов окситоцина- Атозибан (Трактоцил)

---

-Противопоказания к применению трактоцила:

Слишком ранние сроки беременности до 24 недель

Слишком поздние сроки беременности более 33 недель.

Преждевременный разрыв оболочек

Маточное кровотечение

Резкое повышение артериального давления – преэклампсия

Подозрение на внутриматочную инфекцию

Предлежание или преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;

# Нифедипин

---

Блокаторы кальциевых каналов – препарат.

Использование нифедипина в качестве токолитического средства является достаточно перспективным направлением. Доказанна эффективность для пролонгирования беременности на сроки до 160 часов, на уровне сопоставимом с другими токолитиками. При этом при применении нифедипина отмечается улучшение неонатальных исходов. Нифедипин обладает минимальным количеством и выраженностью побочных эффектов.

# Профилактика РДС

---

Профилактика РДС у плода проводится с 26 недель беременности

Дексаметазон

Срок проведения профилактики РДС: 26-35 6/7 недель. Оптимальным является вариант, когда между последним введением ЛС и рождением плода проходит более 24 часов. Рождение плода на фоне введения глюкокортикоидов утяжеляет РДС. Повторный курс профилактики РДС возможен через 7 дней при сохранении риска преждевременных родов.

Внутримышечно по 4 мг через 8 часов двое суток, курсовая доза – 24 мг (за двое суток).

# Спазмолитики

---

## *Дротаверин*

Внутрь по 40 мг 3 раза в сутки. Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 20 мг/мл 2 мл. Внутримышечно по 2–4 мл 2 раза в сутки.

## *Папаверин*

Раствор для внутримышечного введения 2 % – 2 мл. Внутримышечно по 2–4 мл 1–2 раза в сутки. Суппозитории ректальные 0,02 г. По 1 свече 1–2 раза в сутки.

Курс назначается индивидуально.

# Аналгетики

---

Кеторолак

Парацетамол

Метамизол натрия

Метамизол натрия

Тримеперидина гидрохлорид

По показаниям.

Регионарная аналгезия родов с использованием методов спинальной, комбинированной спинально-эпидуральной, эпидуральной аналгезии.

# Антибактериальная терапия

---

Если имеет место развитие инфекции, беременной женщине назначают антибиотики. Показаниями к назначению антибиотиков являются подозрения на инфекцию (повышение температуры тела больше 38 С, гнилостный запах околоплодных вод, сердцебиение плода больше 170 уд/мин). Также антибиотики используют с профилактической целью. В сроке беременности с 22 по 34 недели антибактериальная терапия проводится с момента поступления в акушерский стационар. В сроке от 35 недель – после 18 часов от отхождения околоплодных вод.

# Полусинтетические пенициллины:

Ампициллин

Амоксициллин

---

Оксациллин

## Цефалоспорины

Цефуроксим

Цефоперазон

Цефоперазон/ сульбактам- антибиотик резерва

Цефатоксим

Цефтриаксон

Цефепим

# Ведение преждевременных родов

---

1. Предупреждение быстрых и стремительных родов – интранатальный токолиз (гинипрал, сульфат магния)
2. Обезболивание

---

При сглаженной шейке матки и раскрытии более 3 см токолиз не проводится.

В сроке 154-237 дней (22-33 нед) роды ведутся через естественные родовые пути. При этом необходимо обезболивание, введение спазмолитиков для снижения сопротивления со стороны мягких тканей родовых путей. Амниотомия производится не ранее раскрытия в 7-8 см. Роды ведутся без защиты промежности. Выполняется эпизиотомия по показаниям

Обязательно присутствие неонатолога во II периоде родов.

При преждевременных родах осуществляется отсроченное пережатие пуповины в течении 60-120 секунд.

---

Кесарево сечение - по жизненным показаниям (кровоотечение при предлежании плаценты, преждевременная отслойка нормально или низко расположенной плаценты, тяжелая форма преэклампсии, гипоксия плода обусловленная ХФПН, тазовое предлежание плода при появлении симптомов нарушения жизнедеятельности, неэффективность родовозбуждения при несвоевременном излитии околоплодных вод).

При выполнении кесарева сечения в сроке до 237 дней извлечение плода производится в целом плодном пузыре.

**СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ**

