



ФГБОУ ВО

ПСПбГМУ имени академика И.П. Павлова

Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Беженарь Виталий Федорович

Преждевременные роды. Истмико-цервикальная недостаточность

Подготовила: Барышникова Татьяна Сергеевна

Студентка лечебного ф-та, 511 группы

Санкт-Петербург, 2019 год

Определение

Преждевременные роды (ПР) – роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36 недель и 6 дней (154 - 259 дней), считая от первого дня последней нормальной менструации при регулярном менструальном цикле, при этом масса тела плода составляет от 500 до 2500 г

Дородовое излитие околоплодных вод - преждевременный разрыв плодных оболочек с излитием/подтеканием околоплодных вод при недоношенной (до 36 нед. 6 дней) беременности

Частота ПР – 5 - 18% от всех родов

22 - 28 нед. – 5 – 7% от всех ПР

29 – 34 нед. – 33 – 42% от всех ПР

35 – 37 нед. – 50 – 60% от всех ПР

Классификация

в зависимости от срока гестации

Классификация ВОЗ

- **Экстремально ранние преждевременные роды (22 - 28 нед.)**
- **Очень ранние преждевременные роды (от 28 до 31 нед. 6 дней)**
- **Ранние и поздние преждевременные роды (от 32 до 36 нед. 6 дней)**

Классификация ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России

- **Очень ранние преждевременные роды (22 - 28 нед.)**
- **Ранние преждевременные роды (от 28 до 30 нед. 6 дней)**
- **Преждевременные роды (от 31 до 33 нед. 6 дней)**
- **Поздние преждевременные роды (от 34 до 36 нед. 6 дней)**

Классификация по механизму наступления

- **Индукцированные (30,0-40,0%)** - вызванные искусственно по медицинским показаниям, со стороны матери или плода
- **Спонтанные (60,0-70,0%)** - начинаются либо с родовой деятельности (60,0-70,0%), либо с ПИОВ (30,0-40,0%)

ВВ! По медицинским показаниям прерывание беременности проводят вне зависимости от ее срока в том случае, если беременность и роды способны ухудшить состояние здоровья женщины и угрожают ее жизни, либо если обнаружены экстремальные состояния плода, приводящие к его гибели.

По клинической картине спонтанных родов выделяют:

- угрожающие
- начавшиеся

Факторы риска спонтанных преждевременных родов

- нарушение полового здоровья девочек и подростков
- низкое социально-экономическое положение женщины
- наркомания и курение
- наследственность
- возраст менее 18 или больше 34 лет
- осложнения предшествующей беременности (плацентарная недостаточность, преэклампсия, ЗРП)
- преждевременные роды в анамнезе
- экстрагенитальные заболевания (АГ, гипертиреоз, заболевания сердца, анемия, тромбофилии)
- перенесенная вирусная инфекция, инфекции мочеполовой системы, ИППП до и во время беременности, наличие условно патогенной и патогенной флоры в половых путях
- пороки развития матки
- хирургические операции во время беременности
- перерастяжение матки (многоводие, многоплодие, макросомия при СД)
- беременность после ЭКО
- угроза прерывания во время беременности

Этиология самопроизвольных преждевременных родов

Причины точно до конца не определены

- повышение сократительной активности матки, появление схваток
- изменения плодных оболочек (в т.ч. децидуальной), в основном воспалительного генеза с последующим преждевременным их разрывом
- несостоятельность шейки матки с развитием истмико-цервикальной недостаточности

Патогенез преждевременных родов

- повышенный выброс цитокинов при инфекционном поражении
- коагулопатические процессы, приводящие к микротромбозу плаценты с последующей отслойкой
- повышение количества и активация окситоциновых рецепторов в миометрии → открытие кальциевых каналов миоцитов и инициации сократительной деятельности матки

Патогенетический механизм преждевременного разрыва плодных оболочек — инфицирование нижнего полюса плодного пузыря, чему способствует ИЦН

Клиническая картина преждевременных родов

- **Угрожающие преждевременные роды** - боли в нижней части живота, поясничной области. Объективно повышенный тонус матки, укорочение шейки матки, открытие наружного зева
- **Начавшиеся преждевременные роды** - регулярные схваткообразные боли внизу живота. Шейка матки может быть укорочена или сглажена, открыта до 2-3 см. Возможно преждевременное излитие околоплодных вод

Диагностика преждевременных родов

• Жалобы:

При угрожающих преждевременных родах жалобы на: повышенный тонус матки, боли в нижних отделах живота, поясничной области, чувство распирания во влагалище.

Для начавшихся преждевременных родов характерны жалобы на регулярные схваткообразные боли в животе.

• Анамнез

• **Наружное акушерское исследование** (при угрожающих преждевременных родах - повышенный тонус и возбудимость матки. При начавшихся - регулярные схваткообразные напряжения матки)

• **Внутреннее акушерское исследование** (размягчение и укорочение шейки матки до 1.5-2 см, расположение ее кпереди от проводной оси таза. Наружный зев может пропускать кончик пальца. Предлежащая часть располагается низко, растягивая нижний сегмент. При начавшихся ПР шейка матки сглаживается, и маточный зев открывается)

• УЗИ

• **Допплерометрия кровотока** (маточно-плацентарного и плодового), кардиомониторинг для определения состояния плода

• **Тест на определение фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1)**

• **Тест на определение фетального фибронектина**

Критерии угрожающих ПР

- жалобы на схваткообразные боли внизу живота
- наличие 4 и более сокращений матки в час при токографии
- по данным УЗИ укорочение шейки матки (2.0-2.5 см) и расширение цервикального канала более 2 см
- положительный тест «Актим-Партус» (Тест на определение фосфорилированного протеина-1)

Критерии начавшихся ПР

- регулярные схватки (4 за 20 мин)
- сглаживание и открытие шейки матки

Показания к госпитализации

Госпитализация беременных с угрозой прерывания с 22 недель беременности проводится в отделение патологии беременности лечебного учреждения III уровня.

Госпитализация беременных в родильное отделение на время острого токолиза проводится при:

- угрожающем разрыве матки
- ПОНРП

После купирования явлений угрозы ПР пациентка переводится в отделение патологии для дальнейшего лечения.

При наличии признаков хориоамнионита госпитализация осуществляется в акушерское наблюдательное отделение родильного дома

Лечение преждевременных родов

Цель лечения: пролонгировать беременность до сроков, гарантирующих рождение детей с морфофункциональной зрелостью (32-34 нед)

Немедикаментозные мероприятия: постельный режим, физический, эмоциональный покой.

Физиотерапевтические методы: электрофорез магния синусоидальным модулированным током, иглорефлексотерапия, электроаналгезия.

Медикаментозное лечение:

β -Адреномиметик – гексопреналин

Блокатор медленных кальциевых каналов – нифедипин

Блокатор окситоциновых рецепторов – атозибан

Магния сульфат

Прогестерон (дюфастон, утрожестан)

Общие противопоказания к проведению токолиза

Акушерские противопоказания:

- хориоамнионит
- отслойка нормально или низко расположенной плаценты (опасность развития матки Кювелера)
- состояния, когда пролонгирование беременности нецелесообразно (эклампсия, преэклампсия, тяжелая экстрагенитальная патология матери)

Противопоказания со стороны плода:

- пороки развития, несовместимые с жизнью
- антенатальная гибель плода

Блокаторы рецепторов окситоцина (Атозибан)

Противопоказания к применению блокаторов рецепторов окситоцина:

- срок беременности <24 или >33 полных недель
- преждевременный разрыв оболочек при беременности сроком >30 нед
- задержка роста и/или признаки его дистресса;
- маточное кровотечение
- тяжелая преэклампсия
- внутриутробная смерть плода
- подозрение на внутриматочную инфекцию
- предлежание или преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Особое внимание

- Угрожающие/начавшиеся роды при раскрытии ш/м менее 4 см с излитием вод
- При отсутствии инфекции, хорошем состоянии матери и плода и сроке менее 34 недель - пролонгируем беременность со всеми правилами асептики и антисептики
- Строгий контроль первых признаков инфекции родовых путей
- Глюкокортикостероиды – профилактика РДС плода(ускорение синтеза сурфактанта и созревания легких)

При появлении инфекции - родовозбуждение

Профилактика РДС новорожденного

Показания для проведения профилактики РДС:

- преждевременный разрыв плодных оболочек
- клинические признаки преждевременных родов в 24-34 полные недели (любое сомнение в истинном гестационном сроке стоит трактовать в сторону меньшего и провести профилактику)
- беременные, нуждающиеся в досрочном родоразрешении из-за осложнений беременности или декомпенсации ОАГА, ОСА (гипертензивные состояния, СЗРП, предлежание плаценты, сахарный диабет, гломерулонефрит и т.д)

Рекомендуемые схемы приема:

1) дексаметазон:

внутримышечно по 4 мг х5 инъекций с интервалом введения 6 ч; курсовая доза - 20 мг;
внутримышечно по 6 мг х4 инъекции с интервалом введения 12 ч; курсовая доза - 24 мг;
внутримышечно по 8 мг х3 инъекции с интервалом введения 8 ч; курсовая доза - 24 мг;

2) бетаметазон:

внутривенно по 12 мг х2 раза в день с интервалом введения 24 ч; курсовая доза 24 мг.

Оптимальная длительность экспозиции глюкокортикоидов 48 ч.

Профилактическое действие глюкокортикоидов продолжается 7 дней. Допустимо однократное повторное (через 7 дней) введение глюкокортикоидов при сроке беременности менее 34 нед. и отсутствии признаков зрелости легких плода.

Сроки и методы родоразрешения

Методы родоразрешения при ПР определяются:

- зрелостью шейки матки при развитии родовой деятельности
- наличием заболеваний, требующих экстренного родоразрешения
- сроком гестации и массой плода
- наличием или отсутствием околоплодных вод
- состоянием плода
- характером течения родовой деятельности

Активная тактика

При тяжелых соматических заболеваниях, тяжелой преэклампсии, гипоксии плода, пороках развития и смерти плода, инфекционном процессе.

- Начавшиеся преждевременные роды – через естественные родовые пути под контролем КТГ
Спазмолитики, адекватное обезболивание (перидуральная анестезия).
- Регуляцию родовой деятельности производить осторожно
- Наиболее эффективный метод родостимуляции — применение окситоцина 2,5 ЕД
- Преждевременные роды чаще протекают в виде быстрых и стремительных родов – применяют токолитики (гинипрал)

В настоящее время придерживаются выжидательной тактики с контролем возможного развития инфекции

Активная тактика

В период изгнания для недоношенного ребенка – без защиты промежности (в условиях регионарной анестезии) или с ее рассечением (чем меньше срок, тем более показана перинеотомия)

В послеродовом - профилактика кровотечения

Родоразрешение с помощью кесарева сечения:

- Предлежание плаценты
- ПОНРП
- Эклампсия
- Поперечное положение плода

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН)

-это патологическое состояние, характеризующееся недостаточностью перешейка и шейки матки, приводящая к самопроизвольному прерыванию беременности во II и III триместрах

Частота возникновения ИЦН у пациенток с привычным выкидышем составляет 13-20%.

Факторы риска ИЦН

- Травма шейки матки в анамнезе (посттравматическая ИЦН):
 - повреждение шейки матки в родах (разрывы, не восстановленные хирургически; оперативные роды через естественные родовые пути - акушерские щипцы, роды крупным плодом, плодом в тазовом предлежании, плодоразрушающие операции и т.д.)
 - инвазивные методы лечения патологии шейки матки (конизация, ампутация шейки матки)
 - искусственные аборты, прерывание беременности на поздних сроках
- Врожденные аномалии развития матк
- Функциональные нарушения - ДСП, повышенное содержание релаксина в сыворотке крови (отмечено при многоплодной беременности, индукции овуляции гонадотропинами)
- Повышенная нагрузка на шейку матки во время беременности - многоплодие, многоводие, крупный плод
- Анамнестические указания на малоболезненные быстрые прерывания беременности во II триместре или ранние ПР

Классификация ИЦН

По этиологии:

- Врождённая ИЦН

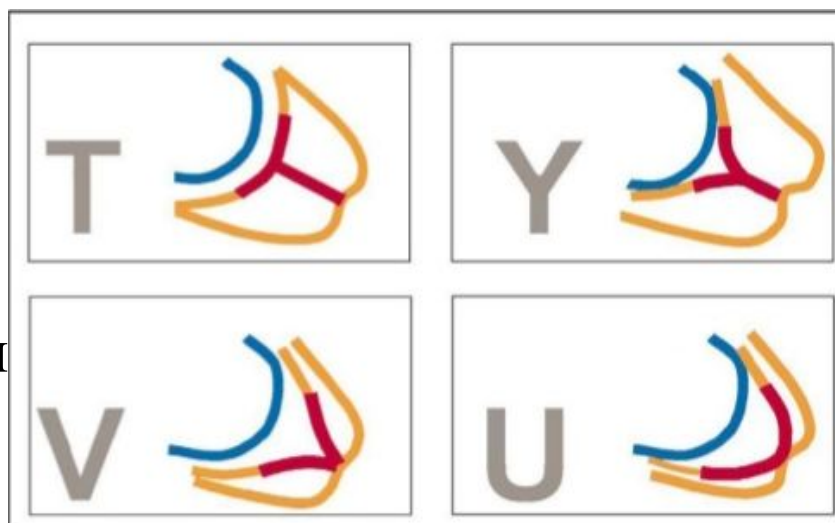
(при генитальном инфантилизме, пороках развития матки)

- Приобретённая ИЦН

 - Органическая (посттравматическая)

 - Функциональная

По форме внутреннего зева
(сонографическая)



ВАРИАНТЫ ФОРМЫ ВНУТРЕННЕГО ЗЕВА

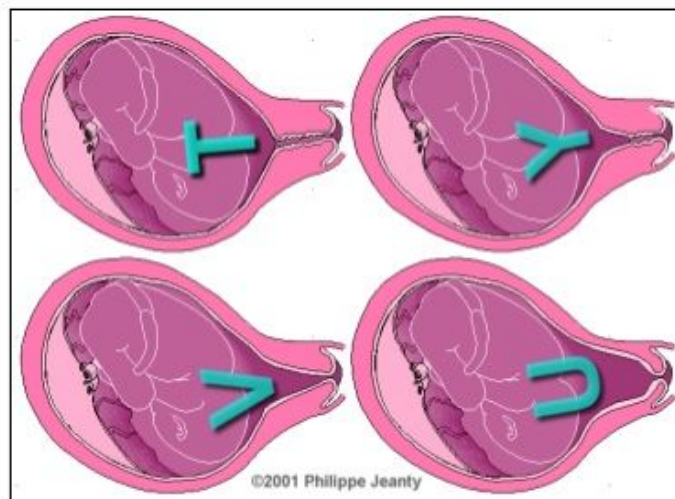
(диагностика ИЦН по УЗИ -
с 15-16 недель гестации)



T - образная



Y - образная



V - образная



U - образная

Этиопатогенез ИЦН

Органическая ИЦН формируется в результате:

- предшествующих травм шейки матки при родах (разрывы)
- выскабливаниях (при аборте, выкидыше или при диагностике некоторых заболеваний)
- при лечении патологии шейки матки методом конизации/диатермокоагуляции
- прерывания беременности на поздних сроках

Функциональная ИЦН возникает при:

- эндокринных нарушениях (гипофункция яичников, гиперандрогения).
- нейрогенных нарушениях- раздражение альфа рецепторов и тормоз бета-рецепторов
- дисплазии соединительной ткани
- повышении содержания релаксина в сыворотке крови (при многоплодной беременности, индукции овуляции гонадотропинами)

Клиническая картина ИЦН

NB! Необходимо помнить, что ИЦН может протекать бессимптомно!

- ощущение давления, распираания, колющие боли во влагалище
- дискомфорт внизу живота и пояснице
- слизистые выделения из влагалища, могут быть с прожилками крови
- скудные кровянистые выделения из влагалища

Диагностика на предгравидарном этапе

- 1) подробный сбор анамнеза
- 2) ультразвуковое исследование (УЗИ)
- 3) гистеросальпингография (ГСГ)
- 4) определение уровня гормонов
- 5) вирусологическое, бактериологическое/бактериоскопическое исследование

Балльная оценка степени ИЦН по шкале Бернат

Длина шейки матки		Проходимость наружного зева для расширителя Гегара №6		Внутренний зев по данным гистеросальпингографии	
>2 см	< 2 см	проходим	непроходим	< 0,5 см	>0,5 см
1 балл	2 балла	1 балл	2 балла	1 балл	2 балла

Сумма баллов от 4 до 6 указывает на необходимость хирургической коррекции ИЦН во время беременности

Диагностика во время беременности

- 1) общеклиническое обследование
- 2) УЗИ

Балльная оценка степени ИЦН по шкале Штембера

Клинический признак	Оценка в баллах		
	0	1	2
Длина влагалищной части шейки	норма	укорочена	менее 1,5
Состояние цервикального канала	закрыт	частично проходим	пропускает палец
Расположение шейки матки	сакрально	центрально	направлена кпереди
Консистенция шейки матки	плотная	размягчена	мягкая
Расположение прилежащей части плода	над входом в таз	прижата к входу в таз	сегментом во входе таз

Сумма баллов больше 5 требует коррекции во время беременности.

Диагноз ставится на основании-УЗ данных, осмотра в зеркалах и влагалищного исследования.

Тактика во время беременности

Консервативные методы: постельный режим, применение акушерского пессария, гормональная и токолитическая терапия

Хирургические способы коррекции: трансвагинальный и трансабдоминальный

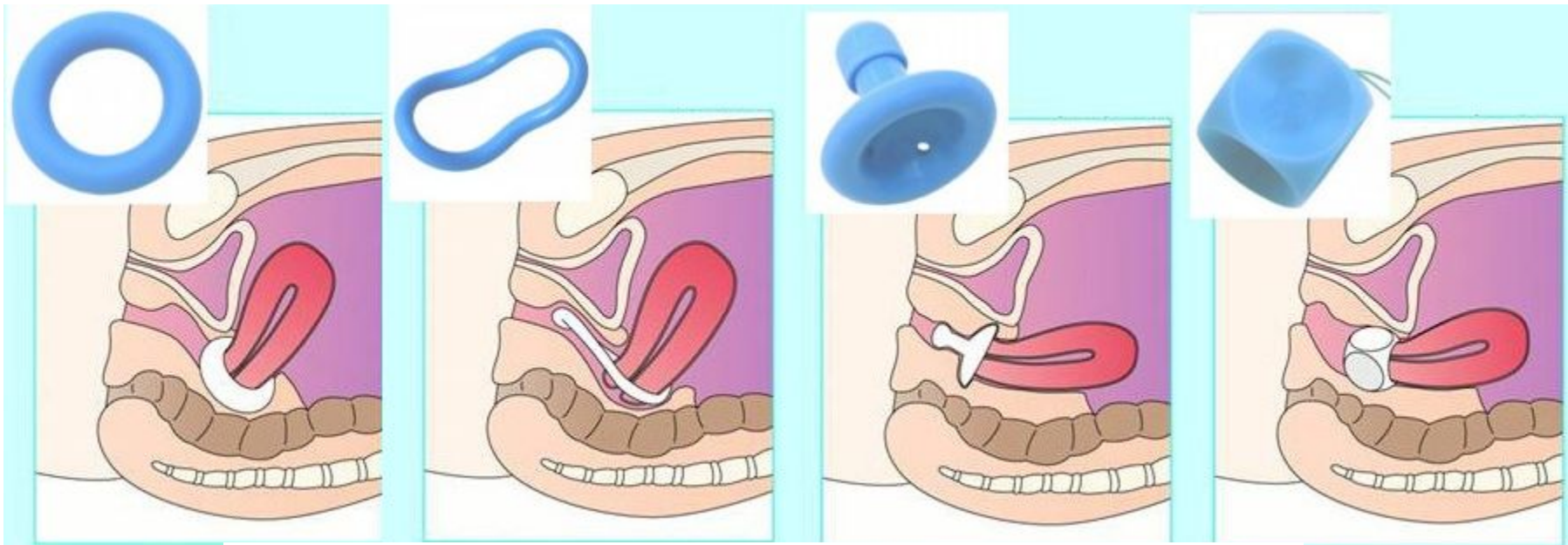
Консервативная терапия

Показания для применения акушерского пессария:

- ИЦН более 20 недель гестации
- Профилактика несостоятельности шва при хирургической коррекции
- Отягощенный анамнез (поздний самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды, привычное невынашивание)
- Угроза невынашивания данной беременности и изменения шейки матки
- Рубцовая деформация шейки
- Многоплодная беременность

Противопоказания:

- Рецидивирующие кровянистые выделения во 2-3 триместре
- Пролабирование пузыря



Хирургическая коррекция

Обычно осуществляется в период от 13 до 27 недель беременности

Показания:

- наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов (2-3 триместр)
- Прогрессирование недостаточности шейки матки (изменение консистенции, появление дряблости, укорочение, постепенное увеличение «зияния» наружного зева и всего канала шейки матки, а также раскрытие внутреннего зева)
- УЗ-признаки ИЦН

Противопоказания

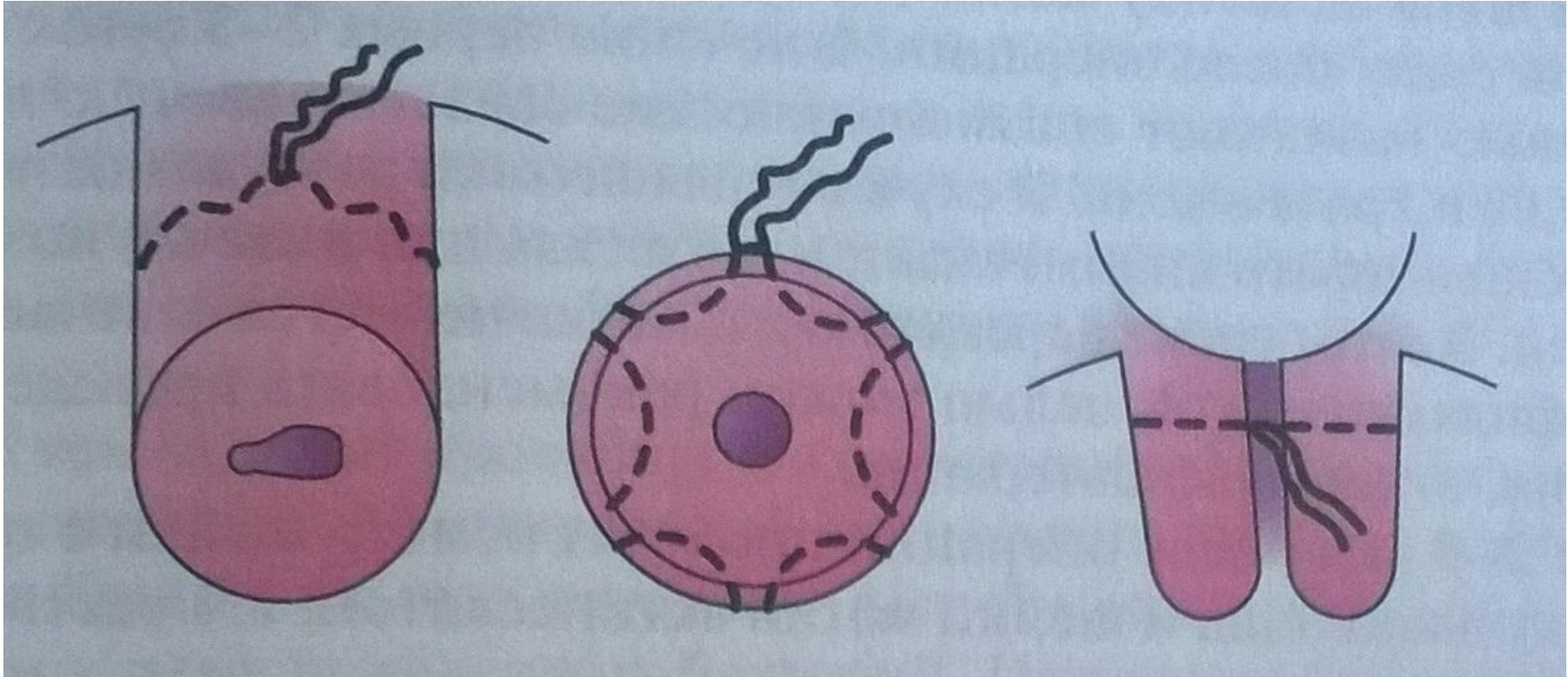
- заболевания и патологические состояния, являющиеся противопоказанием к сохранению беременности
- повышенная возбудимость матки, не исчезающая под действием медикаментов
- беременность, осложненная кровотечением
- пороки развития плода, неразвивающаяся беременность по данным объективного исследования (УЗИ, генетическое исследование)
- 3,4 степень чистоты влагалищной флоры

Виды хирургической коррекции

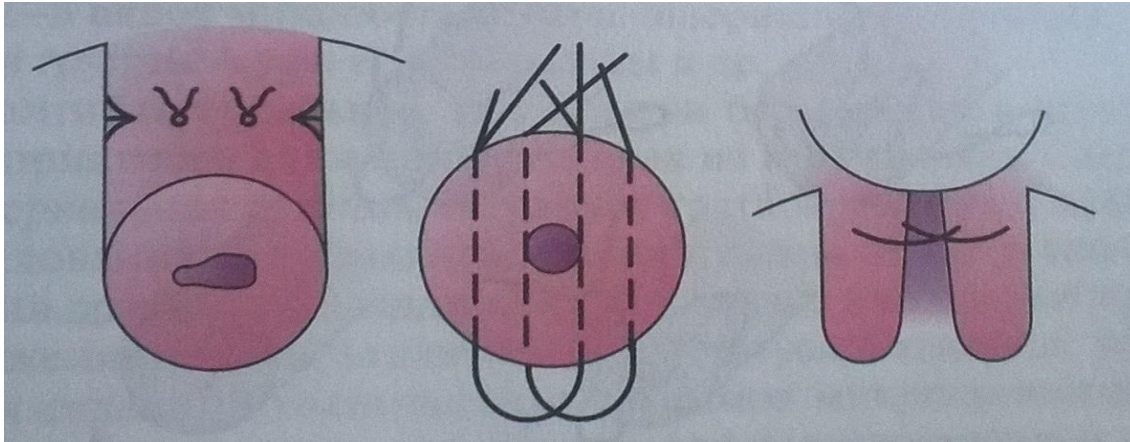
Наибольшее распространение получили следующие методы хирургической коррекции ИЦН:

- метод Макдональда
- П-образные швы по методу А.И. Любимовой и Н.М. Мамедалиевой
- метод В.М. Сидельниковой

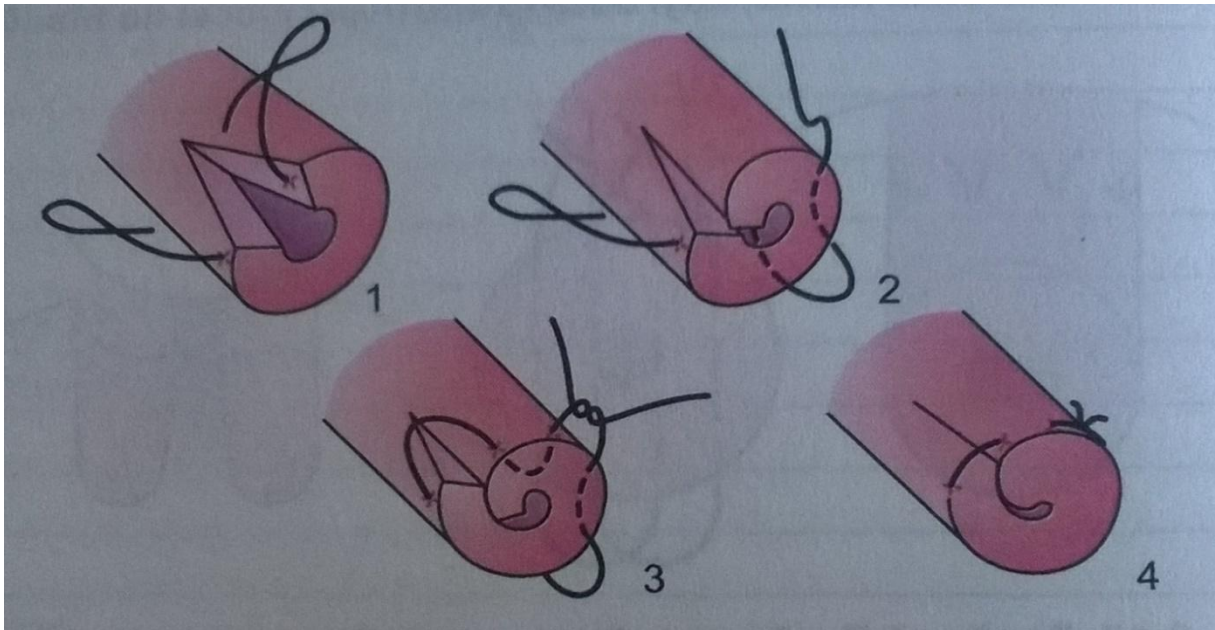
Метод зашивания шейки матки круговым кисетным швом по MacDonald



П-образные швы на шейку матки по методу А.И. Любимовой и Н. М. Мамедалиевой



Зашивание шейки матки по методу В.М. Сидельниковой



Ведение послеоперационного периода

При отсутствии пролабирования пузыря(коррекция по методу Любимовой и MacDonald.

Разрешается ходить через 2-3 часа после операции

В течение 2-3 дней после операции:

- Спазмолитики - свечи с папаверином, Но-шпа
- При повышенной возбудимости матки-НПВС(Индометацин), электрофорез магния
- Осмотр шейки в зеркалах и обработка антисептиками
- Антибиотикотерапия,антимикотики (по показаниям)

При неосложненном течении послеоперационного периода выписка на 5-7 день.

Амбулаторный осмотр каждые 2 недели

Ведение послеоперационного периода

При пролабировании пузыря(коррекция по методу Сидельниковой)

- Постельный режим-5-6 дней с приподнятым ножным концом
- Антибиотики и Ig
- Ежедневная санация влагалища
- Для предотвращения сократительной деятельности матки на сроках более 26-27 недель-бета-миметики и Нифедипин
- При повышении тонуса матки и сроках менее 26 недель-индометацин, магнезия
- Для профилактики преждевременных родов-еженедельно-17-ОПК

Длительность лечения-2-3 недели в стационаре

Показания к снятию швов

- срок беременности 37 недель
- подтекание/излитие околоплодных вод(на любом сроке),начало регулярной родовой деятельности
- прорезывание швов