

Кыргызско-Российский Славянский Университет  
Медицинский факультет  
Кафедра акушерства и гинекологии

# Преждевременные роды


Зав.каф., к.м.н., доц. Сарымсакова Т. А.



Преждевременные роды являются причиной 65% неонатальных смертей и 50% неврологических нарушений в детском возрасте.

Самопроизвольные преждевременные роды или дородовый разрыв околоплодного пузыря приводит (ПРПО) приводят к 80% преждевременных родов.


Процент преждевременных родов не изменился за последние десятилетия и составляет 7-11%.



Преждевременными считаются роды, произошедшие в сроке менее 37 недель гестации.

Наиболее серьезные осложнения наблюдаются при преждевременных родах до 34 недель беременности.

Минимальный срок гестации – 22 недели при массе плода 500г.



ПР могут наступать самопроизвольно или быть следствием акушерской тактики при наличии необходимости досрочного завершения беременности.

**Осложнения при ПР:**

- ЗРП
- ПРПО
- Многоплодная беременность
- ПП
- ПОНРП
- Врожденные пороки развития плода
- Неправильное положение плода
- Тяжелые соматические заболевания матери, что может увеличить риск развития неблагоприятных осложнений у плода.

# Преждевременными родами считаются:

- Роды в сроке от 22 полных до 37 полных недель;
- Клинически документированные сокращения матки (4 за 20 минут или 8 за 60 минут) и:
  - Разрыв околоплодного пузыря
  - Целый околоплодный пузырь и раскрытие ШМ более 2 см
  - Целый околоплодный пузырь и сглаживание ШМ более чем на 80%
  - Целый околоплодный пузырь и динамически структурные изменения ШМ.



За последние 10 лет:

- Смертность младенцев с весом при рождении 1000-1500г снизилась с 50% до 5%!
- Смертность младенцев с весом при рождении от 500-1000г снизилась с 90% до 20%!

В развитых странах 50-60% перинатальной смертности приходится на детей с массой ниже 1000г (меньше 1% всех родов).

Несмотря на то, что роды в сроке до 37 недель беременности считаются преждевременными, роды в сроке менее 32 недель (2% от всех родов) являются причиной наибольшего числа неонатальной заболеваемости и смертности.

# Что способствовало снижению смертности и заболеваемости при ПР?

- \* Регионализация перинатальной помощи
- \* Антенатальное использование кортикостероидов
- \* Антибиотики при родах (*НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ РУТИННОЕ назначение АБ женщинам с ПР*).
- \* Организация отделений интенсивной терапии новорожденных с 1960г
- \* Совершенствование методов вентиляции легких
- \* Применения препаратов сурфактанта
- \* Улучшенный неонатальный уход

# Интранатальная антибиотикопрофилактика предлагается всем женщинам с установленными факторами риска ранней инфекции, вызванной СГВ, а именно:

- СГВ инфекция у предыдущего ребенка;
- Бактериурия, вызванная СГВ, выявленная во время этой беременности;
- Преждевременные роды;
- Длительный безводный промежуток;
- Лихорадка во время родов.

*Эффективность интранатальной антибиотикопрофилактики в предупреждении ранней инфекции, вызванной СГВ, составляет 80%.*

*Антибиотики широкого спектра действия не должны быть использованы из-за потенциального риска развития раннего неонатального сепсиса, вызванного грамотрицательными микроорганизмами.*



# Факторы риска преждевременных родов

- \* Возраст 16 лет и младше
- \* Низкий весо-ростовой показатель
- \* Курение
- \* Преждевременные роды в анамнезе (I ПР - 14,3%; II ПР – 28%)
- \* Многоплодная беременность
- \* Истмико-цервикальная недостаточность
- \* Патология матки
- \* Инфекция

# Истмико-цервикальная недостаточность и швы на шейку матки

- \* Снижение частоты ПР у женщин с ПР в анамнезе
- \* Недостаточность данных в случаях укорочения ШМ
- \* Показана для женщинам из группы высокого риска (3 и более беременности, ПР).

# Бактериальный вагиноз и ПР

- \* БВ увеличивает риск ПР
- \* Систематический обзор 15 РКИ показала, что скрининг и лечение БВ у всех беременных не снижает риск
  - ПР
  - ПРПО
- \* Эффективность лечения БВ до 20 недель беременности в снижении риска ПР

# Ранняя диагностика ПР

- \* Стратегия с высокой прогностической ценностью для ПР:
  - Измерение длины ШМ при УЗИ
  - Определение уровня фетального фибронектина во влагалищных выделениях

# Антибиотикопрофилактика при ПРПО

- Достоверно продлевает латентную фазу родов
- Снижает частоту неонатальной инфекции
- Снижает частоту инфекции у матери (хориоамнионит)
- Снижает необходимость в использовании сурфактанта и кислородотерапии
- Снижает процент патологии ЦНС у новорожденных выявленной при УЗИ
- АМОКСИКЛАВ достоверно повышает процент некротизирующего энтероколита по сравнению с эритромицином.
- Эритромицин – лучший выбор.

*Применение АБ при ПРПО связано с отсрочкой родов и снижением основных маркеров неонатальной заболеваемости.*

# Эффективность токолиза при ПР

- \* Токолитики не снизили ПС, тяжелую заболеваемость недоношенных детей и частоту внутрижелудочковых кровоизлияний.
- \* Использование токолитиков для применения мер по профилактике РДС (использование кортикостероидов) и транспортировки.

# Выбор токолитика?

- \* **Бета-миметики:**

- Не влияют на ПС и заболеваемость РДС и недоношенность детей (17 РКИ, 2408 женщин, 2006г)

- \* **Сульфат магния:**

- увеличивает антенатальную и младенческую смертность: 5% (18/340) при лечении и 2% (6/387) – плацебо (7РКИ, 727 детей, 2006г).
- Ничем не отличается от плацебо (3РКИ, 100 женщин, 1993г).

# Нифедипин в сравнении с другими ТОКОЛИТИКАМИ

- Систематический обзор (12 РКИ, 1029 женщин)
- Эффективен для продления беременности более чем на 24 часа
- Снижает частоту некротизирующего энтероколита
- Снижает частоту случаев РДС
- Снижает частоту внутрижелудочковых кровоизлияний
- Значительно меньше побочных эффектов, чем от Бета-миметиков
- Не увеличивает ПС.

*10 мг сублингвально каждые 15 минут в течение 1 часа до прекращения схваток, затем 60 -160 мг/сутки медленно высвобождающегося нифедипина в зависимости от маточной активности.*

## **Кокрановский обзор:**

**Блокаторы кальциевых каналов (главным образом НИФЕДИПИН) приводят к лучшим неонатальным исходам и меньшему числу побочных эффектов у матерей чем бета-миметики.**



# Не рекомендуется! Нет доказанной эффективности!

- \* Эпизиотомия при преждевременных родах
- \* Кесарево сечение при очень малой массе плода (6 РКИ, 122 женщины).

# Эффективность мероприятий при ПР

## **Эффективно:**

- использование кортикостероидов в случае угрожающих ПР.

## **Скорее всего эффективно:**

- использование антибиотиков при ПРПО
- профилактический шов на ШМ у женщин с риском ИЦН.

## **Имеют как положительный, так и отрицательный эффект:**

- использование токолитиков в случае угрозы ПР.

## **Возможно не эффективны:**

- усиленный антенатальный уход.

## **Скорее всего не эффективны или вредны:**

- использование антибиотиков для лечения ПР при целом плодном пузыре.

# Антенатальное применения кортикостероидов

- \* Одно из значительных открытий в современном акушерстве: назначение кортикостероидов для снижения риска развития РДС и смерти недоношенных новорожденных.
- \* РДС – наиболее распространенное острое неонатальное заболевание при недоношенности.
- \* Именно поэтому повышение неонатальной выживаемости существенно зависит от эффективной профилактики РДС.

## ПР – одна из причин неонатальной смертности:

- \* Смертность новорожденных, рожденных в срок гестации менее 32 недель, составляет от 5% до 9%
- \* Среди новорожденных, рожденных в срок гестации менее 28 недель, она возрастает до 25% - 44%.

# Аntenатальное применение кортикостероидов

- \* Антенатальное введение 24 мг бетаметазона или 24 мг дексаметазона женщинам, у которых предполагаются ПР, сопровождалось значительным снижением:
  - Неонатальной смертности
  - РДС
  - Внутрижелудочковых кровоизлияний
  - Некротизирующего энтероколита
  - Системных инфекций в первые 48 часов жизни.

# Использование кортикостероидов и отдаленные неблагоприятные последствия

- Профилактическое применение кортикостероидов при ПР не сопровождалось каким-либо неблагоприятными последствиями ни для матери, ни для ребенка
- В 3-х крупных исследованиях, в которых проводилось наблюдение за детьми после однократного курса дородового лечения кортикостероидами, включая детей до 12 лет, отрицательных воздействий на нервно-психическое развитие обнаружено не было.

***Антенатальное лечение кортикостероидами не повышает риск смерти, хориоамнионита или послеродового сепсиса у матери.***

# Показания для профилактики РДС плода

- Все беременные с угрозой ПР в сроке от 24 до 34 недель
- Решение в отношении антенатального лечения ГКС не должно зависеть от расы и пола плода или от доступности лечения сурфактантом
- Одновременное лечение с токолитиками при необходимости.
- Рекомендовано при осложненных беременностях, когда роды могут произойти до 34 недель, если нет риска неизбежных родов или признаков того, что такое лечение может неблагоприятно сказаться на состоянии матери.
- Женщины с определенным состоянием риска (повышенное АД, СД), многоплодная беременность, ЗРП и отек.

*Рутинное применение ГКС после 34 недель беременности*

**не является** научно обоснованным.

*Однако, у некоторых детей, родившихся через 35-36 недель беременности, может развиваться тяжелый РДС.*

*Если клиническое состояние или результаты анализа АЖ указывают на выраженную незрелость легких при таких беременностях, назначение курса ГКС можно считать обоснованным.*

# Использование ГКС при ПРПО

Мета-анализ 15 контролируемых исследований (2001г), включающих более 1400 женщин с ПРПО, подтвердил, что дородовое применение стероидов **снижает риск:**

- РДС
- ВЖК
- Некротизирующего энтероколита
- Не повышает риск инфекции ни у матери, ни у ребенка (2001г).



## **Множократные курсы дородового лечения ГКС:**

- увеличивают риск клинического хориоамнионита
- не снижают случаев РДС.

# Схема лечения ГКС:

- \* Лечение состоит из:
  - 2 доз по 12 мг бетаметазона (ВТМ) внутримышечно через каждые 24 часа или
  - 4 доз по 6 мг дексаметазона (ДХМ) внутримышечно через каждые 12 часов.
- \* Согласно результатам мета-анализа Growly, гидрокортизон значительно менее эффективен, чем бетаметазон или дексаметазон, и поэтому в настоящее время его применение не рекомендуется.
- \* Указанные схему несут плоду концентрации препарата, соизмеримые с уровнем физиологического стресса, вызываемого кортизолом, который появляется после рождения у недоношенного новорожденного с РДС, которые не прошли лечение.

# Бетаметазон (ВТМ) в сравнении с дексаметазоном (ДХМ)

- Мета-анализ дородового использования ВТМ и ДХМ показал снижение перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ) в сравнении с отсутствием применения стероидов, но степени риска при применении ВТМ и ДХМ не отличались.
- Статически значимое снижение риска неонатальной смертности отмечено только при применении ВТМ.
- При применении ДХМ по сравнению с ВТМ был выявлен больший риск:
  - ВЖК
  - тяжелой ретинопатии недоношенных детей.

*Для новорожденных наиболее подходящим было бы получение бетаметазона при его применении, чем дексаметазона.*

*Рекомендуемым препаратом является медленно всасывающаяся смесь ацетатной и фосфатной соли бетаметазона.*

# Пероральный прием дексаметазона в сравнении с внутримышечным введением

- Рандомизированное исследование перорального применения дексаметазона в сравнении с внутримышечным сопровождалось увеличением частоты
  - ВЖК (10,1% по сравнению с 2,4%)
  - сепсиса (10,1% по сравнению с 1,2%)
- Статистической разницы в частоте некротизирующего энтероколита или неонатальной смертности не было.

*Назначение препарата перорально увеличивает неонатальную заболеваемость, не демонстрируя явной пользы, и пока не должно использоваться в клинических заведениях с целью ускорения созревания легких.*

# Сравнение одного или нескольких курсов кортикостероидов

- \* Обычной практикой в 90х годах было назначение повторных доз ГКС каждые 7-10 дней до 34 недель беременности
- \* Результаты РКИ не подтвердили безопасность повторной дородовой терапии ГКС
- \* Результаты ретроспективных наблюдательных исследований указывают на возможные эффекты для матери и новорожденного.

# Возможный вред повторных доз ГКС

## **Для матери:**

- Изменение гликемического контроля
- Задержка жидкости (в сочетании с токолитиками)
- Отек легких
- Транзиторное усиление резорбции костей/остеопороза
- Усугубление гипертонии
- Повышение риска сепсиса и других инфекций

## **Для плода и новорожденного:**

- Повышение риска смертности (более 3 курсов)
- Нарушение развития ГМ/увеличение риска поведенческих проблем
- ЗВУР
- Угнетение гипофизарно-надпочечниковой системы у плода
- Транзиторная гипертрофическая кардиомиопатия
- Повышение риска сепсиса и связанной с ним неонатальной смертности

# Повторные курсы кортикостероидов

\* Могут снизить частоту и тяжесть РДС

**НО!!!**

- Не снижает смертность
- Связаны с весом при рождении ниже 10 перцентиля
- Повышают риск отставания в психомоторном развитии и усиливают поведенческие проблемы.

# Постнатальное применение кортикостероидов

- \* На каждые 11 случаев хронического заболевания легких или летального исхода среди недоношенных детей, которым проводилась ИВЛ, мы будем иметь:
  - на 18 случаев больше церебрального паралича
  - на 4,4 случая больше перфорации кишечника.



# Трудности ухода за детьми с малой массой при рождении

## **Маловесный ребенок («маленький ребенок»):**

- Значительно большой риск заболевания или смерти, чем у ребенка с весом более 2500г
- Требуется большего ухода и наблюдения, чем ребенок с весом более 2500 г.
- Будет больше находиться в роддоме, чем ребенок с весом более 2500 г, и ему чаще может потребоваться перевод в другой стационар.

# Уход за «маловесным ребенком» после рождения

- Соблюдение универсальных мер предосторожности
  - Готовность к реанимации
  - Задержка пережатия пуповины у глубоко недоношенных детей
- 
- ✓ У недоношенных детей пережатие пуповины следует задержать минимум на 30-45 секунд (за это время должно прекратиться фетоплацентарное кровообращение), что позволит провести лишь частичное переливание и может привести к снижению выраженности РДС.
  - ✓ Кроме этого, это может свести к минимуму потребность в поддержке АД, улучшить запасы железа, сохранить гематокрит на более высоком уровне и уменьшить потребности в последующих переливаниях крови.

# Профилактика гипотермии

- Температура в родильном зале/операционной не ниже 25°C
- Тщательное обтирание теплыми пеленками, удаление влажных пеленок
- Сразу же положить ребенка на грудь матери
- Проверить дыхание и сердцебиение ребенка, пока он находится на материнской груди
- Надеть на ребенка шапочку и носки (голова составляет 25% поверхности тела)
- Накрыть ребенка и мать теплым одеялом
- Контролировать температуру ребенка каждые 15 минут, дотрагиваясь до его стоп и, если они холодные на ощупь, измерить температуру тела ребенка. Измерить температуру тела на 30 минуте и через 2 часа после рождения.
- Обеспечить раннее кормление грудью (начало кормления в пределах 1-2 часов после родов (когда ребенок готов, это обычно происходит в первый час жизни).

# Уход за «маловесным ребенком» после рождения

Оценивать дыхание и цвет кожных покровов каждые 15 минут в течение первого часа после родов, затем каждые 30 минут

- Слушать, нет ли стонов на выдохе
- Считать частоту дыхания, пересчитать, если менее 30 или более 60 в минуту
- Наблюдать за тяжелым втяжением податливых участков грудной клетки
- Наблюдать за раздуванием крыльев носа.

Профилактика гипогликемии (гипогликемия является частым состоянием у 15% недоношенных детей и у 70% МГВП, она развивается из-за ограниченности запаса гликогена, которая часто возникает у ребенка перед рождением).

- Начать кормление грудью/искусственной смесью в течение 1-2 часов после рождения
- Начать внутривенное введение глюкозы, если кормление невозможно

# Выводы:

- \* Токолитики следует использовать в тех случаях, когда выигрыш во времени позволит применить эффективные мероприятия (такие, как назначение ГКС или транспортировка)
- \* Рутинное назначение антибиотиков при ПРПО и ПР достоверно удлиняет латентную фазу родов, снижает частоту неонатального сепсиса, потребность ребенка в кислородотерапии, частоту патологии ЦНС у новорожденных.

# Выводы:

- Всем беременным женщинам с угрозой ПР в сроке от 24 до 34 недель необходимо провести профилактику ГКС:
  - 2 дозы по 12 мг бетаметазона (ВТМ) внутримышечно через каждые 24 часа или
  - 4 дозы по 6 мг дексаметазона (ДХМ) внутримышечно через каждые 12 часов.
- Место для приема ПР должно быть подготовлено и оборудовано для оказания экстренной помощи, а температура должна быть 28°C.



**БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ !**