

# ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ



Согласно определению ВОЗ,  
преждевременными родами принято  
считать роды, наступившие при сроке  
беременности с 22 до 37 недель, считая  
с первого дня последней менструации,  
с массой плода 500г и более.

Выделяют:

- очень ранние преждевременные роды в 22 - 27 недель;
- ранние преждевременные роды в 28 - 33 недели;
- преждевременны роды в 34 - 37 недель.

## Резолюция IV Всероссийского съезда акушеров-гинекологов по проблеме преждевременных родов (2008г.)

«Переход на учет преждевременных родов с 22 недель считать *нецелесообразным*. До 2012 года продолжать считать родами прерывание беременности, начиная с 28 недель, в последующем – с 26 недель. При этом во всех случаях прерывания беременности в сроках от 22 до 27 недель, по согласованию с родителями детям проводить весь комплекс профилактических, реанимационных и реабилитационных мероприятий в полном объеме. При выявлении у плодов пороков развития в сроки 22-24 недели, несовместимых с жизнью или не подлежащих коррекции, прерывание беременности проводится по желанию родителей»

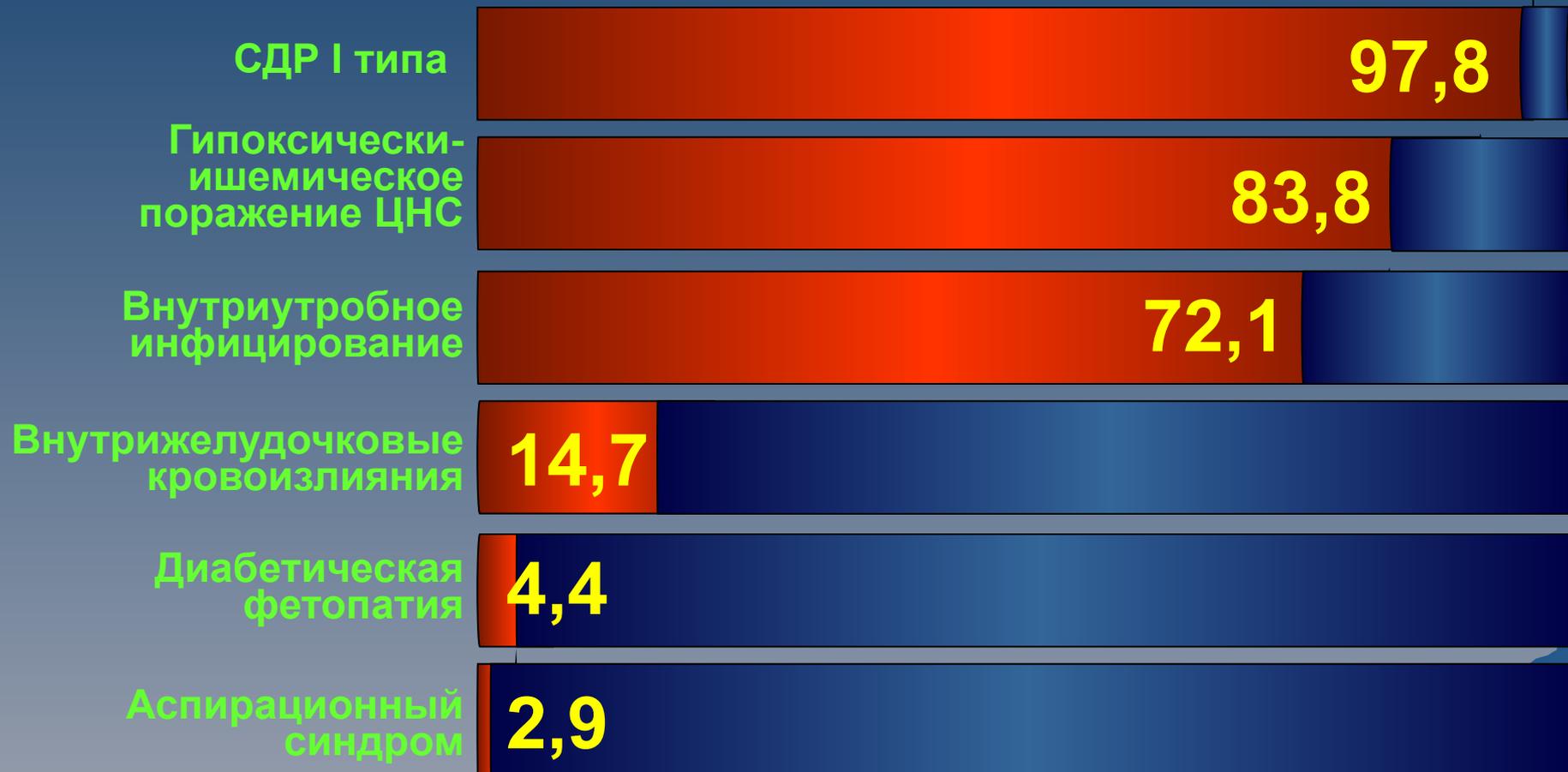
# Частота преждевременных родов

В разных странах этот показатель колеблется от 5 до 20% от общего числе родов. Частота преждевременных родов в течение последних 25 лет в России сохраняется в пределах 7%. В США - 7,5%, во Франции - 5%, в Австралии — около 6%, в Норвегии — 8%, в Шотландии — 6,8%

# Частота преждевременных родов в Пермском крае

	2003	2004	2005	2006	2007	РФ
Число родившихся недоношенными на 1 000 родившихся живыми	64,2	58,3	57,0	56,5	61,9	58,0

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НЕДОНОШЕННЫХ (%)



# Основные причины:

- ◆ инфекция
- ◆ стресс матери и/или плода, обусловленный наличием экстрагенитальной патологии, осложнений беременности и плацентарной недостаточности
- ◆ тромбофилические нарушения, которые ведут к отслойке плаценты, тромбозам плаценты
- ◆ перерастяжение матки при многоплодии, многоводии, пороках развития матки, инфантилизме

# Факторы риска:

- ◆ низкий социально-экономический уровень жизни женщины
- ◆ неблагоприятные условия труда
- ◆ интенсивное курение (более 10 сигарет в день), употребление наркотиков
- ◆ данные акушерского анамнеза - наличие одних ПР в анамнезе увеличивает их риск при последующей беременности в 4 раза (наличие абортов, самопроизвольных выкидышей)
- ◆ инфекции мочевыводящих путей
- ◆ ВЗОМТ

# *В плане тактики ведения родов различают:*

- ◆ самопроизвольные преждевременные роды, начинающиеся с регулярной родовой деятельностью при целом плодном пузыре (40 - 50%)
- ◆ преждевременные роды, начинающиеся с излития околоплодных вод при отсутствии родовой деятельности (30 - 40%)
- ◆ индуцированные преждевременные роды

# *Показания к индуцированным родам:*

## 1. со стороны матери

- ◆ - тяжелая экстрагенитальная патология, при которой пролонгирование беременности опасно для здоровья женщины
- ◆ - осложнения беременности: тяжелое течение преэклампсии, полиорганная недостаточность и т.д.

## 2. со стороны плода

- ◆ - пороки развития не совместимые с жизнью
- ◆ - антенатальная гибель плода
- ◆ - прогрессивное ухудшение состояния плода по данным КТГ, ДМ, требующее родоразрешения, реанимационных мероприятий и интенсивной терапии

# Клиника

## 1. *Угрожающие ПР*

Жалобы на тянущие боли внизу живота и в пояснице, ощущение давления, распираания в области влагалища, промежности, прямой кишки, возможно учащенное мочеиспускание. Регулярная родовая деятельность отсутствует, регистрируются отдельные сокращения матки. Возбудимость и тонус матки повышены. При влагалищном исследовании ш/матки сформирована, наружный зев либо закрыт. Либо пропускает кончик пальца.

## 2. *Начинающиеся ПР*

Отмечаются схваткообразные боли внизу живота или регулярные схватки с интервалом от 3 до 10 минут. При влагалищном исследовании ш/матки менее 1,5 см, цервикальный канал проходим для пальца и более, нижний сегмент развернут.

### 3. *Начавшиеся ПР*

Характеризуются регулярными схватками и раскрытием ш/матки более чем на 3 – 4 см, могут подтекать о/п воды. Регистрируются регулярные маточные сокращения через каждые 3 – 5 мин.

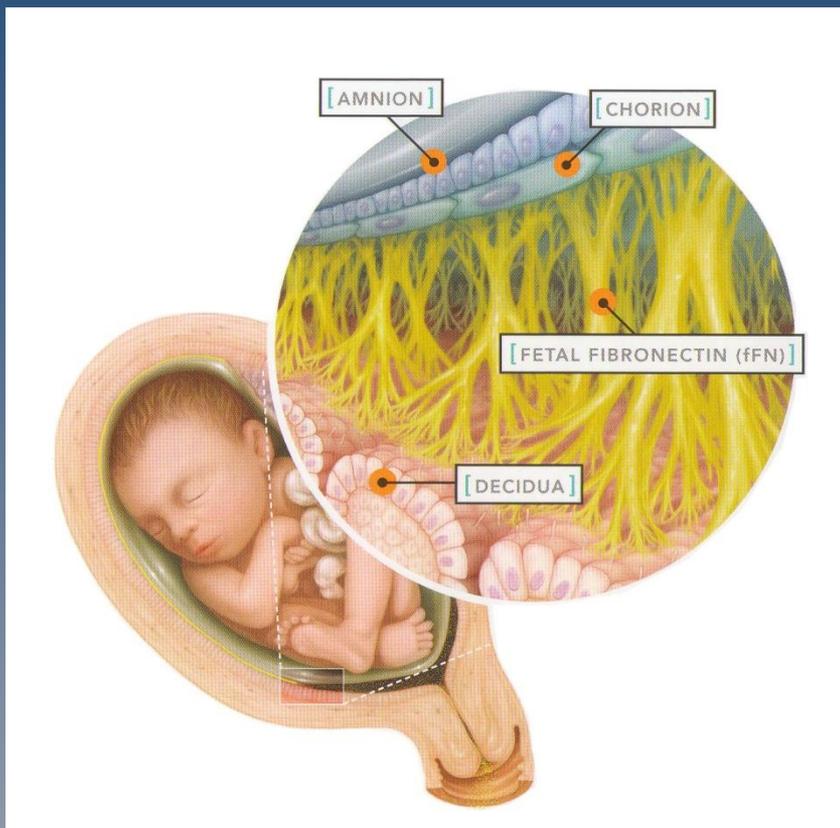
# Из резолюции IV Всероссийского съезда акушеров-гинекологов по проблеме преждевременных родов (2008г.)

- ◆ «С целью выявления риска преждевременных родов в алгоритм обследования беременных следует включать:
  - определение рН влагалищного содержимого, бактериоскопическое и бактериологическое исследования содержимого ЦК и заднего свода влагалища для количественного определения возможных возбудителей воспалительного процесса и их чувствительности к антибиотикам
  - исследование системы гемостаза: гемостазиограмма, как минимум, должна включать показатели агрегации тромбоцитов и маркеры хронического ДВС-синдрома (ПДФ, РКМФ, Д-димеры)
  - выявление фетального фибронектина в содержимом ЦК. Перспективным следует считать определение ИЛ1, ИЛ8 (ФНО) в слизи ЦК и ИЛ1 в крови
  - использование тест-полоски прогнозирования преждевременных родов «Actim ТМ partus», которое позволяет в течение 10 минут прогнозировать преждевременные роды за 7-10 дней до их начала

# Маркеры преждевременных родов инфекционного генеза

- ◆ Плодовый фибронектин – гликопротеин в слизи шейки матки – его обнаружение в 24 недели означает риск ПР.
- ◆ Определение цитокинов TNF $\alpha$ , il-1 $\beta$ , il-6 в крови матери – маркер ПР; il-6 - в слизи цервикального канала маркер ПР и внутриутробной инфекции.
- ◆ Определение связывающего протеина инсулиноподобного фактора роста – actim™ Partus в цервикальном канале (фирма Biotest).
- ◆ Использование перчатки с изменением цветового маркера при изменении pH вагинального секрета (фирма ЮНЕКС, дистрибьютер в Москве «Парамед»).

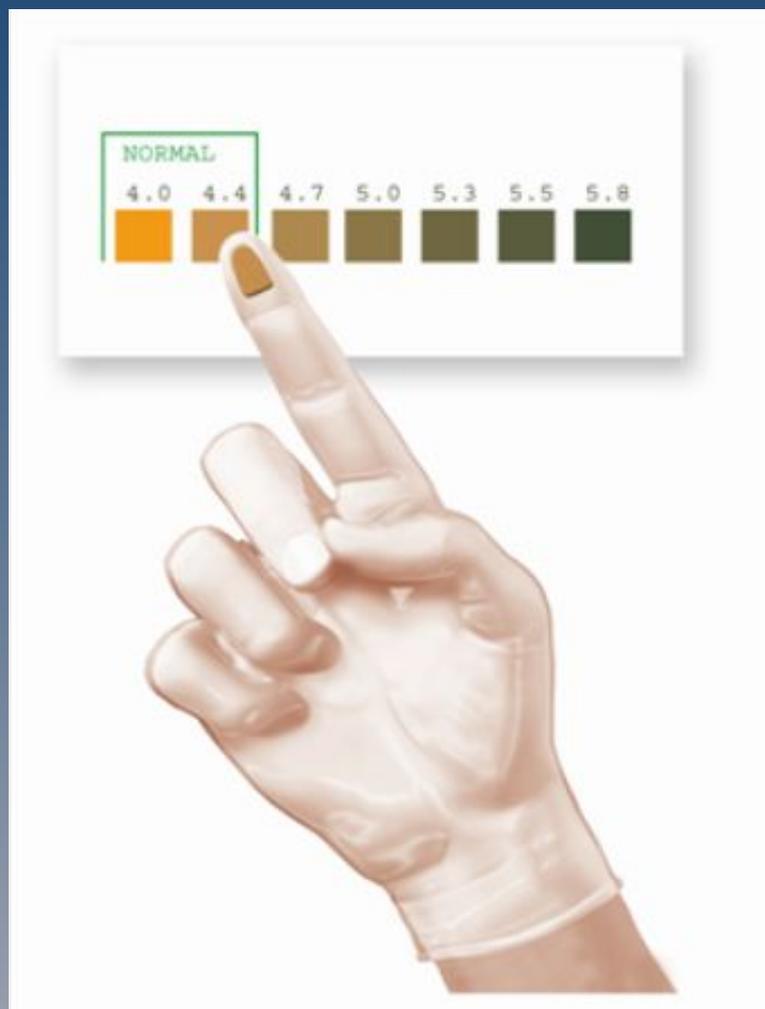
## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФЕТАЛЬНОГО ФИБРОНЕКТИНА



Определение фетального фибронектина (fFN) в вагинальном секрете после 22 недель беременности достаточно сильно ассоциируется с преждевременными родами.

**Отрицательный тест – в последующие 2 недели родов не будет (достоверность – 99,2%)**

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ pH ВЛАГАЛИЩНОГО СОДЕРЖИМОГО



# *Тактика ведения*

Госпитализация беременных с угрозой прерывания, с начавшимися преждевременными родами с 22 недель беременности до 28 недель должна быть в акушерское отделение родильного дома, а не в гинекологический стационар. Госпитализация беременных при сроках гестации более 28 недель проводится в акушерские стационары II, III уровня с отделением реанимации новорожденных.

# *Тактика ведения*

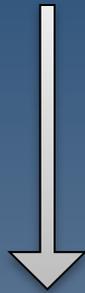
Определяется сроком беременности, состоянием матери и плода, характером сократительной деятельности матки.

*Выжидательная тактика возможна:*

- при состоянии здоровья матери и плода, позволяющем пролонгирование беременности
- при целом плодном пузыре
- при раскрытии ш/матки не более 2 - 4 см
- при отсутствии признаков инфекции

# Тактика ведения недоношенной беременности при преждевременном излитии околоплодных вод

## Активная тактика



- ◆ Немедленное родоразрешение вне зависимости от сроков гестации в связи с высоким риском инфекционных осложнений

## Выжидательная тактика



- ◆ Пролонгирование беременности, включающее использование токолитиков, антибиотиков, проведения профилактики СДР плода

# Оптимальные сроки гестации для выжидательной тактики ведения

- ✓ До 34 недель гестации (Lieman JM, 2005, США)
  - ✓ До 35 недель гестации ( по рекомендации Датского общества акушеров и гинекологов, 2002)
  - ✓ До 34 недель гестации (Smith G, 2005, Канада)
  - ✓ До 34 недель гестации (Van Der Ham DP, 2007, Нидерланды)
  - ✓ До 32 недель гестации (Helmer H., 2006, Австрия)
- 

## Из резолюции IV Всероссийского съезда акушеров-гинекологов по проблеме преждевременных родов (2008г.)

- При ПИОВ и недоношенной беременности целесообразно придерживаться выжидательной тактики на фоне токолитической, антибактериальной терапии и профилактики РДС плода до 34 недель гестации
- При отсутствии осложнений со стороны матери и плода после 34 недель гестации следует отказаться от введения токолитиков и утеротоников и дожидаться самопроизвольного наступления родовой деятельности

# Токолитическая терапия угрозы преждевременных родов

	Бета-адреномиметики	Магnezия	Индометацин	Блокаторы кальциевых каналов
<b>Канада</b>	40,6 %	47,6 %	12 %	81 %
<b>США</b>	41 %	28 %	9 %	79 %
<b>Израиль</b>	45 %	21 %	17,2 %	74 %
<b>Россия</b>	52 %	48 %	-	-

# Токолитическая терапия

## 1. $\beta$ - миметики (Гинипрал)

Показания: - терапия угрожающих и начинающихся преждевременных родов;

- ◆ - Целый плодный пузырь (исключение составляет ситуация при подтекании о/п вод в отсутствии хориоамнионита, когда необходимо отсрочить роды на 48 часов для профилактики РДС плода);
- ◆ - Открытие маточного зева не более, чем на 4 см;
- ◆ - Живой плод без аномалий развития;
- Отсутствие противопоказаний для использования  $\beta$  - миметиков

Противопоказания: - Экстрагенитальная патология матери (СС заболевания, гипертиреоз, закрытоугольная форма глаукомы, СД I типа);

- ◆ - Акушерские (хориоамнионит, ПОНРП, подозрение на несостоятельность рубца на матке, состояния, когда пролонгирование беременности не целесообразно);
- ◆ - Со стороны плода (пороки развития не совместимые с жизнью, антенатальная гибель плода, выраженная тахикардия плода)

- ◆ **Внутривенный токолиз проводят в положении женщины на левом боку под кардиомониторным контролем**
- ◆ **Доза: 1 амп (5 мл) в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в капельно , начиная с 8 капель в мин, постепенно увеличивая дозу до снижения сократительной активности матки. Средняя скорость введения 15-20 капель в минуту. За 15-20 минут до окончания в/в введения начать пероральное применение Гинипрала в дозе 0,5 мг (1 табл) 4-6 раз в сутки до завершения РДС плода.**

Во время инфузии необходим контроль:

- ◆ ЧСС матери каждые 15 мин
- ◆ АД матери каждые 15 мин
- ◆ Уровня глюкозы крови каждые 4 часа
- ◆ Электролитов крови 1 раз в сутки
- ◆ Аускультация легких каждые 4 часа
- ◆ Мониторинг состояния плода и сократительной активности матки

## 2. Сульфат магния

- ◆ **Противопоказания:** - нарушение внутрисердечной проводимости
  - миастения
  - тяжелая СС недостаточность
  - хроническая почечная недостаточность
- ◆ **При проведении токолиза необходимо контролировать:**
  - уровень АД
  - количество мочи (не менее 30 мл/час)
  - сухожильные рефлексy
  - ЧД (не менее 15 в мин)
- ◆ **Магнeзиальный токолиз, не менее 10 г сухого вещества, со скоростью не менее 1 г в час**

### 3. НПВС

Ингибируют синтез простагландинов, обеспечивают быстрый эффект

- ◆ **Противопоказания:** - со стороны матери (почечная и печеночная патология, ЯБЖ и ЯБДПК, тяжелая гипертензия, астма и коагулопатии);
- со стороны плода (ЗВРП, аномалии почек, маловодие, пороки сердца с вовлечением в процесс легочного ствола, синдром фето-фетальной трансфузии при двойнях)
- ◆ Индометацин назначается в виде ректальных свечей по 100 мг, затем по 50 мг каждые 8 часов в течении 5-7 дней.
- ◆ Применение ограничивается сроком 16-32 недели.

Эффективность использования индометацина зависит от срока беременности и выраженности изменений со стороны шейки матки:

- Если угроза прерывания в стадии, когда укорочена или сглажена шейка матки, индометацин менее эффективен чем бета-миметики.
- Если сократительная деятельность характеризуется высоким тонусом матки, а шейка матки сохранена, то эффективность индометацина не уступает бета-миметикам.

Побочные действия индометацина менее выражены чем у бета-миметиков.

## 4. Блокаторы кальциевых каналов (Нифидипин)

в виде таблеток:

- ◆ 1. 10-20 мг каждые 6 часов;
- ◆ 2. 10 мг каждые 20 мин 3 раза, затем 10 мг каждые 6 часов
- ◆ Поддерживающая доза 10 мг каждые 8 часов можно использовать длительно до 34-35 недель беременности.

Во многих центрах рекомендован как токолитик первой линии (прост в применении, токолитическое действие как у  $\beta$  - миметиков, имеет минимальные побочные действия на мать и плод).

# Из резолюции IV Всероссийского съезда акушеров-гинекологов по проблеме преждевременных родов (2008г)

Профилактика РДС плода является обязательным компонентом лечения угрозы прерывания. Должна проводиться всем беременным при угрозе преждевременных родов в сроки гестации от 26 до 34 недель, в том числе при родоразрешении по медицинским показаниям. С целью профилактики РДС показано введение **БЕТАМЕТАЗОНА** или дексаметазона сразу при поступлении в родильный стационар с угрозой преждевременных родов.

Схемы применения:

- ◆ 1. две дозы по 12 мг бетаметазона в/м через 24 часа
- ◆ 2. четыре дозы по 6 мг дексаметазона в/м через 12 часов

Профилактика РДС проводится в течении 2х суток.

# Тактика ведения преждевременных родов

Условиями ведения родов через естественные родовые пути являются интранатальный токолиз и адекватное обезболивание (предпочтительнее эпидуральная анестезия).

Во II периоде необходимо:

-  продолжение регионарной анестезии
-  перинеотомия
-  отказ от акушерского ручного пособия по защите промежности

Ведение родов без обезболивания следует расценивать как неоказание медицинской помощи.

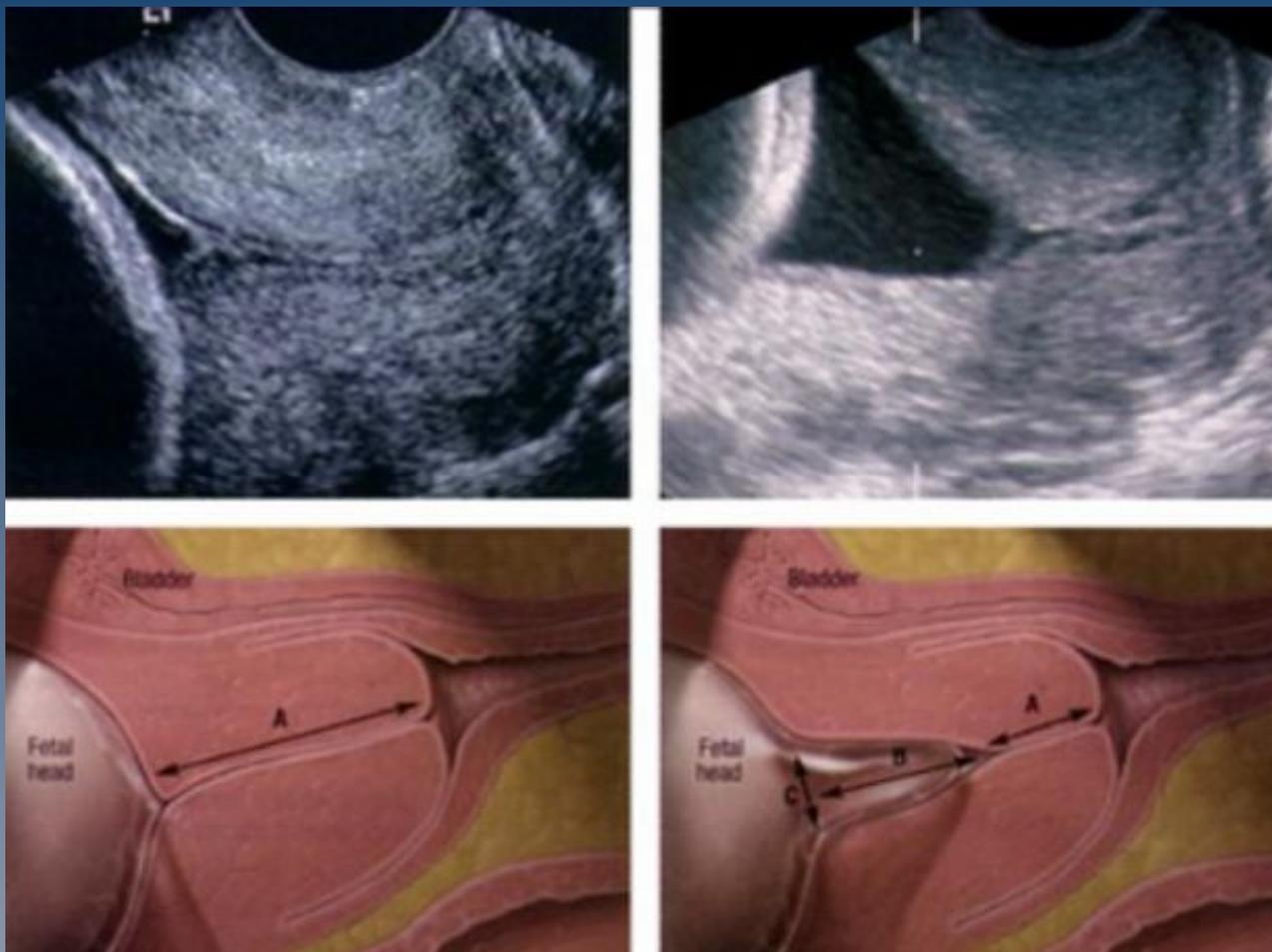
# Относительные показания для оперативного родоразрешения при преждевременных родах

- ✓ Тазовое предлежание
- ✓ Многоплодие
- ✓ Беременность после ЭКО
- ✓ Аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация)
- ✓ Начало родовой деятельности при ПИОВ и незрелой шейке матки

# Истмико-цервикальная недостаточность

- ❑ Истмико-цервикальная недостаточность занимает значительное место в структуре причин поздних выкидышей и преждевременных родов.
- ❑ Частота ИЦН в популяции - 1 - 9%.
- ❑ Частота ИЦН при невынашивании беременности - 15 - 42%.

## СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ



Нормальная  
шейка матки

ИЦН

# Из резолюции IV Всероссийского съезда акушеров-гинекологов по проблеме преждевременных родов (2008г.)

«... диагноз ИЦН ставится на основании определения длины сомкнутой части (< 2,5 см), формы (V и U-образная) шейки матки, расширения внутреннего зева > 5 см). Эти данные должны быть верифицированы мануальным исследованием шейки матки, подтверждающим наличие мягкой, короткой шейки матки. Хирургическую коррекцию ИЦН целесообразно осуществлять путем наложения кругового или П-образных швов на шейку матки при возникновении клинических проявлений ИЦН, при отсутствии признаков инфекции и противопоказаний к сохранению беременности.»

# Балльная шкала оценки ИЦН (на основании шкалы Штембера)

ПРИЗНАКИ	ОЦЕНКА В БАЛЛАХ		
	0	1	2
<b>ДЛИНА ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ</b>	<b>НОРМА</b>	<b>УКОРОЧЕНА</b>	<b>МЕНЕЕ 1,5 СМ</b>
<b>СОСТОЯНИЕ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА</b>	<b>ЗАКРЫТ</b>	<b>ЧАСТИЧНО ПРОХОДИМ</b>	<b>ПРОХОДИМ ПАЛЕЦ</b>
<b>РАСПОЛОЖЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ</b>	<b>САКРАЛЬНО</b>	<b>ЦЕНТРАЛЬНОЕ</b>	<b>НАПРАВЛЕНА КПЕРЕДИ</b>
<b>КОНСИСТЕНЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ</b>	<b>ПЛОТНАЯ</b>	<b>РАЗМЯГЧЕНА</b>	<b>МЯГКАЯ</b>
<b>РАСПОЛОЖЕНИЕ ПРЕДЛЕЖАЩЕЙ ЧАСТИ ПЛОДА</b>	<b>НАД ВХОДОМ В МАЛЫЙ ТАЗ</b>	<b>ПРИЖАТА К ВХОДУ В МАЛЫЙ ТАЗ</b>	<b>СЕГМЕНТОМ ВО ВХОДЕ В МАЛЫЙ ТАЗ</b>
<b>ДЛИНА ШЕЙКИ МАТКИ ПО УЗИ (ТРАНСВАГИНАЛЬНОЕ)</b>	<b>НОРМА</b>	<b>3 – 2 СМ</b>	<b>2 СМ И МЕНЕЕ</b>
<b>ВНУТРЕННИЙ ЗЕВ ПО УЗИ (ТРАНСВАГИНАЛЬНОЕ)</b>	<b>СОМКНУТ</b>	<b>МЕНЕЕ 0,9 СМ</b>	<b>0,9 СМ И ВЫШЕ</b>
<b>ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b>	<b>НЕТ</b>	<b>-</b>	<b>ВЫЯВЛЕНА</b>
<b>ПОЗДНИЙ САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ ВЫКИДЫШ, ИЦН В АНАМНЕЗЕ</b>	<b>НЕТ</b>	<b>ОДИН</b>	<b>ДВА И БОЛЕЕ, ИЦН</b>
<b>При сумме баллов 7-8 и более показана коррекция ИЦН</b>			

# Балльная шкала оценки ИЦН при различных исходах беременности

- ❑ СВОЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ - 7–8 БАЛЛОВ
- ❑ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ - 9 БАЛЛОВ
- ❑ ПОЗДНИЙ САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ  
ВЫКИДЫШ - 9–10 БАЛЛОВ

# Факторы, отрицательно влияющие на эффективность хирургической коррекции

- ✓ ПОЗДНИЕ САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ ВЫКИДЫШИ В АНАМНЕЗЕ
- ✓ ИЦН В АНАМНЕЗЕ
- ✓ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ В АНАМНЕЗЕ
- ✓ ДЛИТЕЛЬНАЯ УГРОЗА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
- ✓ КОЛЬПИТ
- ✓ ДЛИНА ШЕЙКИ МАТКИ ПО УЗИ ПЕРЕД НАЛОЖЕНИЕМ ШВОВ  $< 20$  мм
- ✓ ВОРОНКООБРАЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО ЗЕВА ПО УЗИ  $> 9$  мм

# Тактика ведения беременности при истмико-цервикальной недостаточности

КЛИНИКА ИЦН, УЗИ-МАРКЕРЫ, ДАННЫЕ АНАМНЕЗА

БАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИЦН (7-8 БАЛЛОВ)

ДО 24 НЕДЕЛЬ

24 – 33 НЕДЕЛИ

ОРГАНИЧЕСКАЯ  
ИЦН

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ  
ИЦН

ХИРУРГИЧЕСКОЕ  
ЛЕЧЕНИЕ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ  
ЛЕЧЕНИЕ  
+ ПЕССАРИЙ  
(ВЫРАЖЕННАЯ СТЕПЕНЬ ИЦН,  
МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ)

АКУШЕРСКИЙ  
ПЕССАРИЙ

1. БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МАЗКОВ (каждые 2-3 недели)
2. УЗИ-КОНТРОЛЬ СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (по показаниям)
3. ТОКОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (по показаниям)

ДОСРОЧНОЕ СНЯТИЕ ШВОВ,  
УДАЛЕНИЕ ПЕССАРИЯ (по  
ПОКАЗАНИЯМ)

СНЯТИЕ ШВОВ И УДАЛЕНИЕ  
ПЕССАРИЯ В 37 НЕДЕЛЬ

# Профилактика

1. Решать проблему невынашивания нужно до наступления беременности
2. Установить причину невынашивания, подготовка к беременности
3. Правильно выбрать тактику ведения беременной для предупреждения возможных осложнений