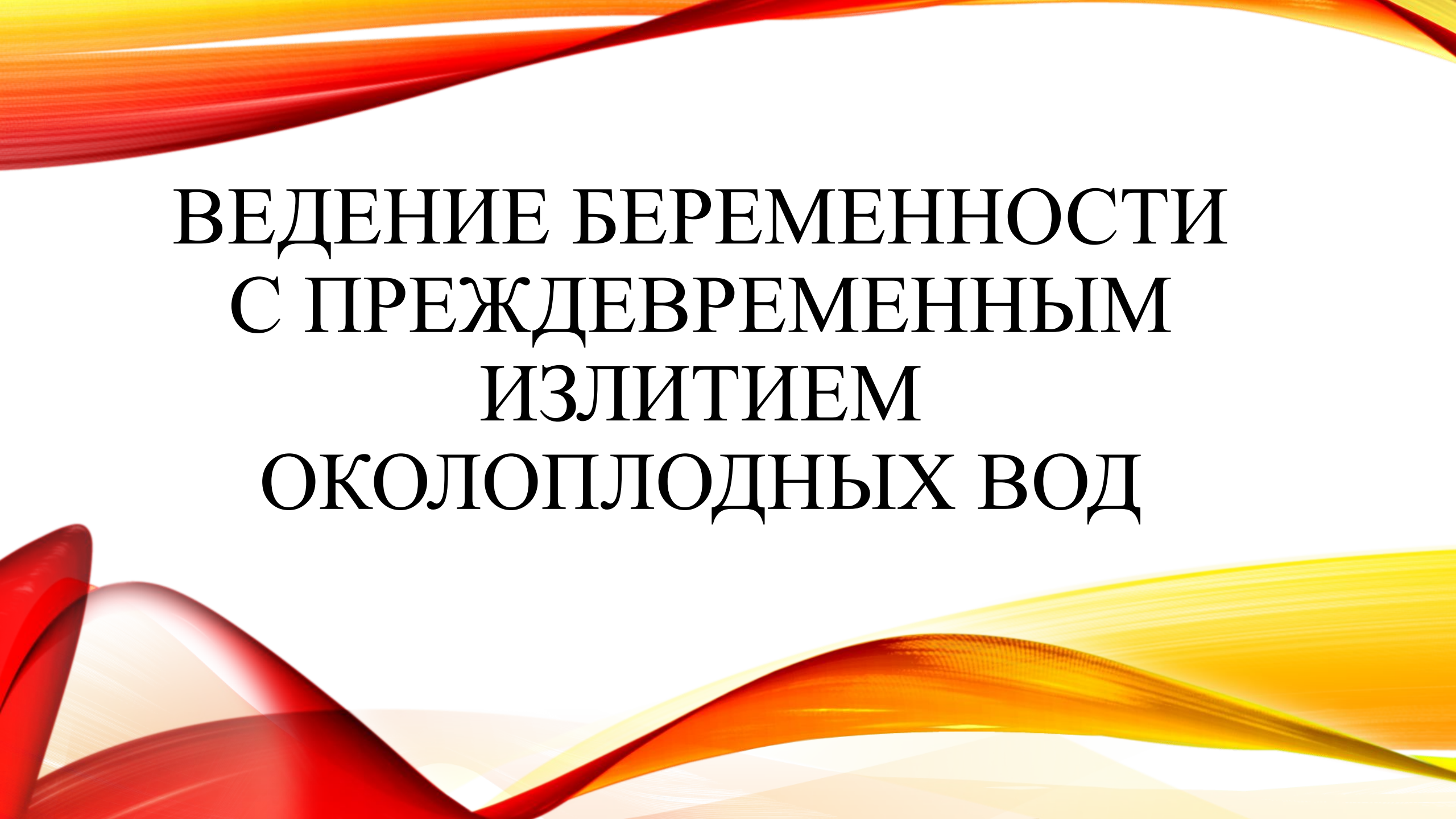




ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

- **Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО)** — это осложнение беременности, характеризующееся нарушением целостности оболочек плодного пузыря и излитием околоплодных вод (до начала родовой деятельности) на любом сроке беременности.



МАТЕРИНСКИЕ ФАКТОРЫ:

- ПРПО – во время предшествующей беременности недоношенной до срока (риск 16–32%);
- Маточное кровотечение во время данной беременности;
- Длительная терапия глюкокортикоидами;
- Системные заболевания соединительной ткани;
- Хронические воспалительные заболевания женской половой сферы;
- Привычное невынашивание беременности;
- Истмико-цервикальная недостаточность в анамнезе и при данной беременности.

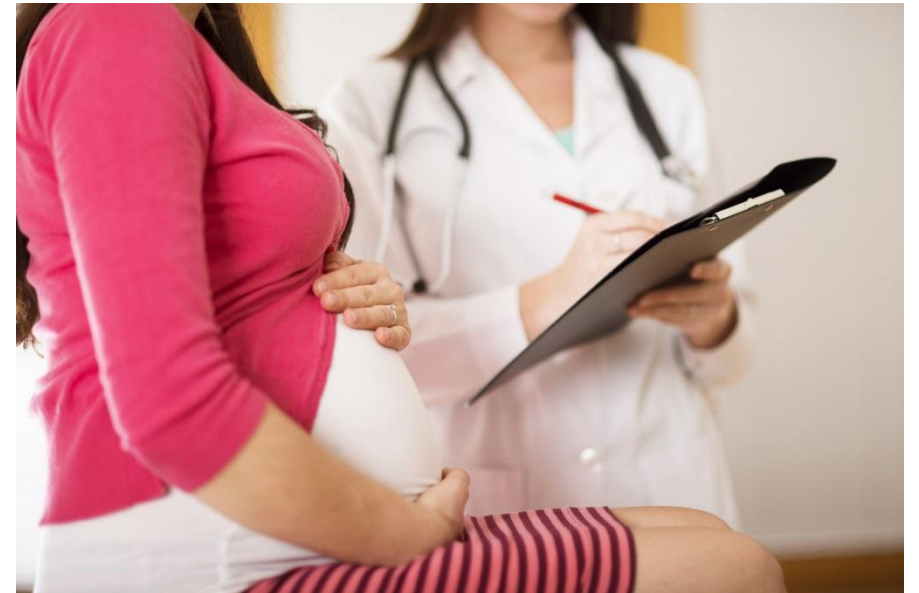
МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНЫЕ ФАКТОРЫ:

Отслойка плаценты (10–15% случаев);
Аномалии развития матки;
Хориоамнионит (чем меньше срок беременности, тем выше риск);
Многоплодная беременность (7–10% беременностей двойней).

ДИАГНОСТИКА

- **Жалобы и анамнез:**

- во многих случаях, диагноз очевиден в связи с внезапно хлынувшей из влагалища прозрачной жидкости с характерным запахом, впоследствии — продолжающимися небольшими ее выделениями.



ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ



- При поступлении беременной с ПРПО и отсутствием регулярной родовой деятельности целесообразно **отказаться от влагалищного исследования**, а диагноз подтвердить при осмотре в стерильных зеркалах. При сомнении – уточнение диагноза с помощью одноразовой тест системы определения разрыва плодных оболочек. Наличие обильных выделений из влагалища в результате воспаления, кровяных выделений, подтекание мочи, часто дает ложноположительные результаты при использовании нитразинового теста, микроскопии мазка. В современных условиях широко используют одноразовые тест-системы, основанные на выявлении во влагалищном содержимом биохимических маркеров, например, инсулиноподобный фактор роста, связывающий белок-1; плацентарный α -микроглобулин.

ОБЩИЙ АЛГОРИТМ МЕРОПРИЯТИЙ



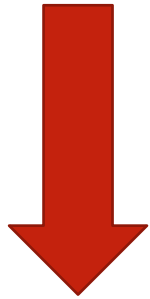
1. Подтвердить диагноз ПРПО
2. Уточнить срок беременности и предполагаемую массу плода: при сроке до 34 недель и риске рождения ребенка массой менее 2200 г показан перевод беременной в стационар 3-го уровня; в сроке 34–36 недель при массе от 2200 до 2500 г возможно родоразрешение на 2-м уровне.
3. Провести исследование для выявления инфекции.
4. Определить состояние матери и плода.
5. Провести профилактику инфицирования плода в родах стрептококком группы В у носительниц и необследованных женщин.

ОБЩИЙ АЛГОРИТМ МЕРОПРИЯТИЙ



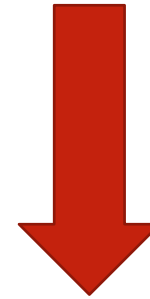
6. Оценить наличие противопоказаний для выжидательной тактики.
7. Выбрать тактику ведения и/или способ родоразрешения с учетом срока беременности, состояния матери и плода, его предлежания, готовности родовых путей.
8. При родоразрешении через естественные родовые пути для обезболивания родов целесообразно применять эпидуральную аналгезию из-за большей эффективности и меньшей токсичности по сравнению с другими методами обезболивания родов.
9. Приступить к профилактике РДС плода при недоношенной беременности в сроке 24–33 нед. 6 дней.

ВЕДЕНИЕ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОК



- ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ (консервативная)

Пролонгирование беременности,
включающее
использование токолитиков, антибиотиков,
проведение
профилактики РДС плода



- АКТИВНАЯ ТАКТИКА ведения беременной

Немедленное родоразрешение
вне зависимости от срока гестации
в связи с высоким риском осложнений

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ЗАВИСИТ ОТ РЯДА ФАКТОРОВ.

1. возраст женщины.
2. паритет (какие роды по счету)
3. срок беременности
4. готовность шейки матки к родам;
5. сократительная активность матки на момент осмотра;
6. размеры плода и таза;
7. наличие заболеваний у женщины и плода, а также осложнений беременности;
8. длительность безводного периода.

ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА

- Транспортировка/госпитализация в сроках беременности **238-258** дней – в организации здравоохранения II перинатального уровня,
- **197-237** дней – III перинатального уровня,
- **168-196** дней – IV перинатального уровня.
В сроке беременности **168-195** дней: пролонгирование беременности на фоне ежедневного мониторинга синдрома системного воспалительного ответа у матери.
- С **24** недель возможно проведение токолиза, с **25** недель – профилактики РДС у плода.

- В сроке беременности **196-237** дней: пролонгирование беременности на фоне токолиза для проведения профилактики РДС у плода с ежедневным мониторингом синдрома системного воспалительного ответа у матери.
- В сроке **238** дней и более – родоразрешение в зависимости от акушерской ситуации. При предполагаемой массе плода менее 1500 г целесообразно родоразрешение кесаревым сечением.
- Проведение токолиза возможно до **36** недель для завершения профилактики РДС у плода.
В сроке беременности **238–258** дней при отсутствии спонтанного развития родовой деятельности в течение 24–36 часов безводного промежутка целесообразно родовозбуждение.

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОЛОНГИРОВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ

1. токолитическая терапия (профилактика респираторного дистресс-синдрома плода), препаратами которой являются: селективные β -адреномиметики, блокаторы рецепторов окситоцина, блокаторы кальциевых каналов;
2. назначение кортикостероидных препаратов;
3. назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (индометацин);
4. назначение сернокислой магнезии.

ВИДЫ ТОКОЛИЗА

- **1. 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.
- 2 Массивный токолиз** – торможение преждевременных родовых схваток при наличии сглаженной шейки матки и/или раскрытие зева матки
- 3. 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.



ПОКАЗАНИЯ:

1. Предупреждение экстремально ранних преждевременных родов (до 28 недель)
2. Обеспечить время (48-72 часа) для профилактики респираторного дистресс-синдрома у новорожденного.



ОСНОВНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ТОКОЛИЗА

1. хориоамнионит;
2. отслойка нормально или низко расположенной плаценты;
3. опасность пролонгирования беременности для матери (тяжелая преэклампсия или экстрагенитальная патология);
4. пороки развития плода, несовместимые с жизнью;
5. антенатальная гибель плода;
6. декомпенсированная плацентарная недостаточность.



ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКЕ:

1. Хориоамнионит.
2. Осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения, например:
Презекламписия/эклампсия
3. Отслойка плаценты
4. Кровотечение при предлежании плаценты.
5. Декомпенсированные состояния матери.
6. Декомпенсированные состояния плода.
7. Выраженное маловодие (амниотический индекс менее 3 см) в течение 3 дней.
8. Развитие активной родовой деятельности: схватки с частотой не реже 4 раза за 30 мин, продолжительностью 30–40 с и более, укорочение шейки матки на 80% от исходной длины, открытие 3 см и более).
9. Мекониальное окрашивание вод.

ПОКАЗАНИЯМИ К ДОСРОЧНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ

1. хориоамнионит;
2. осложнения беременности: эклампсия и преэклампсия, кровотечение, отслойка или предлежание плаценты;
3. страдание матери и плода;
4. развивающаяся активная родовая активность.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПИОВ

1. Недоношенность,
2. Сепсис,
3. Гипоплазия легких у новорожденного.
4. Мертворождение наблюдается в 8–13 раз чаще при преждевременных родах, чем при своевременных.
5. Респираторный дистресс синдром 10–40% (40–70% неонатальной смертности),
6. интраамниальную инфекцию 15–30% (3–20% смертности),
7. внутрижелудочковые кровоизлияния,
8. некротизирующий энтероколит,
9. ретинопатию,
10. персистирующий артериальный проток,
11. неврологические нарушения.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПИОВ

- У 13–60% женщин с ПРПО при недоношенной беременности имеет место внутриматочная инфекция и в 2–13% развивается послеродовой эндометрит.

Для этой группы женщин характерно возрастание частоты преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, оперативного родоразрешения и послеродовых кровотечений. Таким образом, преждевременные роды являются одной из главных причин неблагоприятного исхода при ПРПО.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

