A pregnant woman with dark hair is lying on her side on a light-colored surface. She is wearing a white t-shirt and has her eyes closed, appearing relaxed. Her right hand is resting on her bare pregnant belly. The background is plain white.

**Методы подготовки шейки
матки к родам
Преждевременное
излитие околоплодных
вод: акушерская тактика**

Родовозбуждение (индукция родов) – искусственное индуцирование родовой деятельности с целью родоразрешения через естественные родовые пути.

Подготовка шейки матки к родам (преиндукция родов) – мероприятия, направленные на созревание шейки матки при отсутствии или недостаточной ее готовности к родам.

Цель подготовки шейки матки и родовозбуждения: предотвращение неблагоприятных материнских и перинатальных исходов при родах через естественные родовые пути в клинические ситуациях, когда продолжение беременности и ожидание спонтанного начала родовой деятельности представляет более высокий риск, чем процедура родовозбуждения.

Степени зрелости шейки матки по Хечинашвили Г.Г.

- **Незрелая:** плотная или размягчена только по периферии, сохранена или слегка укорочена, отклонена к крестцу, наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца, нижний сегмент не истончен, предлежащая часть через своды определяется неотчетливо, толщина стенок влагалищной части шейки матки 2 см

Степени зрелости шейки матки по Хечинашвили Г.Г.

- **Созревающая:** размягчена не полностью, уплотнена по ходу цервикального канала, укорочена до 2 см, цервикальный канал изогнут, длиннее на 1 см и более, проходим для 1 пальца до внутреннего зева или с трудом за внутренний зев, имеется резкий переход на нижний сегмент, нижний сегмент не истончен, предлежащая часть через своды определяется неотчетливо, толщина стенок влагалищной части шейки матки 1,5 см

Степени зрелости шейки матки по Хечинашвили Г.Г.

- **Неполностью созревшая:** размягчена почти полностью, уплотнена в области внутреннего зева, укорочена до 2 см, цервикальный канал длиннее на 1 см, проходим для 1 пальца за внутренний зев, изогнут, переход на нижний сегмент не плавный, нижний сегмент истончен, предлежащая часть через своды определяется довольно отчетливо, толщина стенок влагалищной части шейки матки 1 см

Степени зрелости шейки матки по Хечинашвили Г.Г.

- **Зрелая:** размягчена полностью, укорочена до 2 см и менее, цервикальный канал длиннее на 0,5 см, проходим для 1 пальца и более, не изогнут, плавный переход на нижний сегмент, предлежащая часть через своды пальпируется отчетливо, толщина стенок влагалищной части шейки матки 0,5 см

**Медикаментозная
подготовка шейки матки к
родам и родовозбуждение**

**(преиндукция и индукция
родов)**

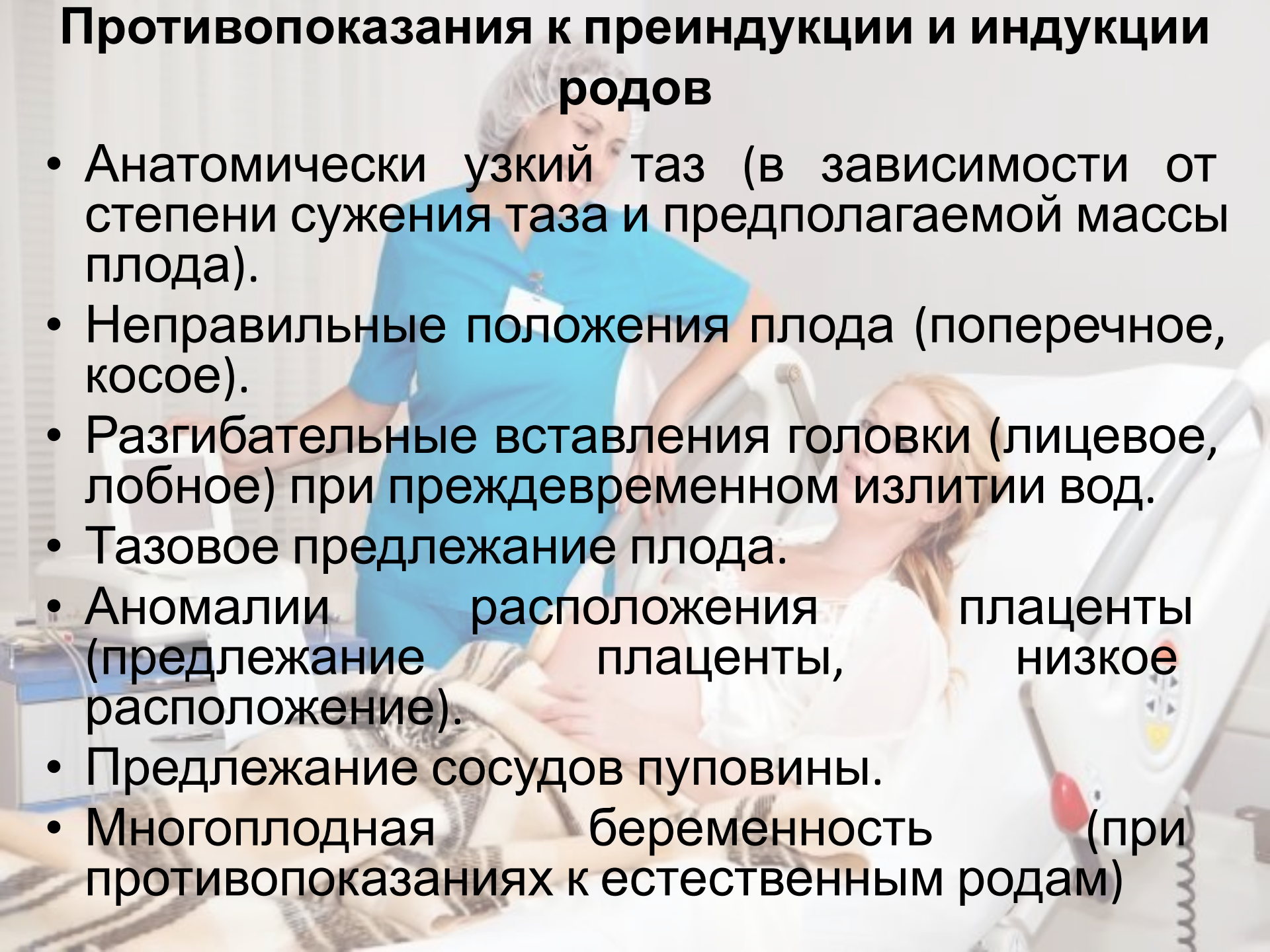
Показания со стороны матери:

- преэклампсия умеренной степени;
- гестационная и хроническая артериальная гипертензия;
- сахарный диабет, гестационный сахарный диабет;
- холестатический гепатоз;
- экстрагенитальные заболевания, требующие досрочного родоразрешения;
- незрелость родовых путей в сроке беременности 40 недель 4 дня и более (для преиндукции), 41 неделя – для индукции;

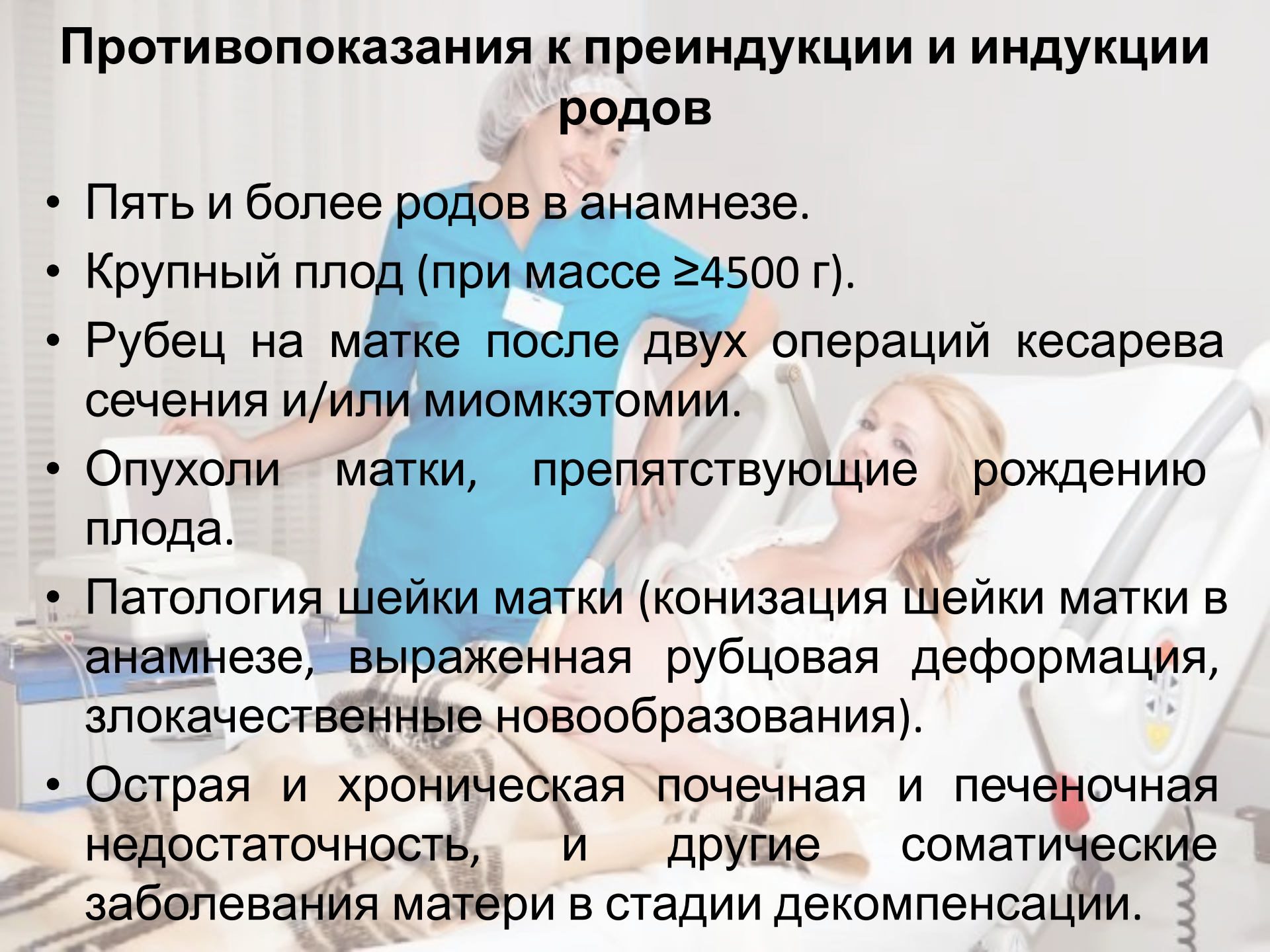
Показания со стороны плода:

- явления изосенсибилизации по резус-фактору или по системе АВ0 с учетом клиниколабораторных данных;
- маловодие в доношенном сроке беременности;
- антенатальная гибель плода.

Противопоказания к преиндукции и индукции родов

- Анатомически узкий таз (в зависимости от степени сужения таза и предполагаемой массы плода).
 - Неправильные положения плода (поперечное, косое).
 - Разгибательные вставления головки (лицевое, лобное) при преждевременном излитии вод.
 - Тазовое предлежание плода.
 - Аномалии расположения плаценты (предлежание плаценты, низкое расположение).
 - Предлежание сосудов пуповины.
 - Многоплодная беременность (при противопоказаниях к естественным родам)
- 
- A background image showing a healthcare professional, likely a nurse or midwife, wearing blue scrubs and a white hairnet, standing by a hospital bed. She is leaning over the bed, which has a pregnant woman lying in it. The woman is wearing a white top and looking towards the professional. The setting is a clinical room with medical equipment visible.

Противопоказания к преиндукции и индукции родов

- Пять и более родов в анамнезе.
 - Крупный плод (при массе ≥ 4500 г).
 - Рубец на матке после двух операций кесарева сечения и/или миомкэтомии.
 - Опухоли матки, препятствующие рождению плода.
 - Патология шейки матки (конизация шейки матки в анамнезе, выраженная рубцовая деформация, злокачественные новообразования).
 - Острая и хроническая почечная и печеночная недостаточность, и другие соматические заболевания матери в стадии декомпенсации.
- 

Противопоказания к преиндукции и индукции родов

- Преэклампсия тяжелой степени.
- Хориоамнионит (возможно родозбуждение окситоцином без увеличения риска гнойно-септических осложнений).
- Плацентарная недостаточность: централизация плодового кровообращения по данным доплерометрии, гемодинамические нарушения 2-й или 3-й степени, СЗРП средней и тяжелой степени.
- гипоксия плода по данным кардиотокографии.

Противопоказания к преиндукции и индукции родов

- Пороки развития плода, при которых рекомендовано абдоминальное родоразрешение.
- Отягощенный перинатальный анамнез: анте- или интранатальная гибель плода, рождение ребенка с тяжелым поражением ЦНС или травмой (внутрижелудочковое кровоизлияние 3–4-й ст., детский церебральный паралич и пр.), смерть ребенка в раннем неонатальном периоде в связи с осложнениями, возникшими в процессе родов.
- Другие состояния, определяющие невозможность или повышенный риск осложнений при родах через естественные родовые пути.
- Острые воспалительные заболевания половых органов (для препаратов влагалищного применения, возможно применение мифепристона для преиндукции родов).
- Кровянистые выделения из половых путей неуточненной этиологии.

Лекарственные средства, сертифицированные для преиндукции и индукции родов в Российской Федерации:

- Синтетические антигестагены (Мифепристон: таблетки 200 мг).
- Простагландины E2 (Динопростон: гель интрацервикальный 0,5-1 мг).
- Окситоцин; окситоцин 5 МЕ/1 мл – раствор для внутривенного и внутримышечного введения.

Синтетические антигестагены

- Блокируют рецепторы к прогестерону
- Стимулирует освобождение интерлейкина-8 децидуальной тканью
- Оказывают выраженное расслабляющее влияние на шейку матки
- Повышают чувствительность миометрия к утеротоническим средствам
- За счет повышения активности фосфолипазы А₂, высвобождения арахидоновой кислоты из липидов и угнетения простагландинсинтетазы увеличивают синтез простагландинов
- Потенцирует действие эндогенных C_2H_2 и экзогенных простагландинов

Простагландин E2

- Влияет на адренэргическую передачу на пресинаптическом уровне
- Регулирует процесс выделения норадреналина из адренэргических окончаний
- Увеличивает проницаемость сосудистой стенки
- Усиливает миграцию из кровотока в шейку матки нейтрофилов и интерлейкина-8
- Повышает синтез коллагеназы
- Вызывает деградацию коллагена
- Вызывает необходимые структурные изменения в шейке матки, обуславливая ее созревание

Методика введения окситоцина:

- инфузомат – в разведении 1,0 мл (5 МЕ) окситоцина в 50,0 мл 0,9% раствора NaCl, начиная со скорости 1,8 мл/ч (3 мЕд/мин);
- в/в капельные введение: в разведении 1,0 мл (5 МЕ) в 400,0 мл 0,9% раствора NaCl, начиная с 6 капель в минуту (3 мЕд/мин).
- Целесообразным является достижение частоты маточных сокращений – 4–5 в течение 10 мин. При достижении должной частоты схваток вводимая доза окситоцина не меняется.

Методика введения окситоцина:

- Если частота маточных сокращений меньше рекомендуемой, следует увеличить скорость введения окситоцина через 20-30 минут от начала инфузии на 3 мЕд/мин (1,8 мл/ч или 5–6 капель/мин).
- Максимальная скорость введения окситоцина составляет 19 мЕд/мин (11,4 мл/ч или 30 кап./мин).

Перед выполнением протокола преиндукции и индукции родов необходимо:

- Провести клинико-лабораторное обследование состояния беременной и внутриутробного плода в соответствии с клинической ситуацией, но не менее представленного объема:
- клинический анализ крови
- коагулограмма
- мазок на микробиоценоз влагалища
- оценка положения и предлежания плода, измерение предполагаемой массы плода и размеров таза
- расчет срока беременности по дате последней менструации и данным УЗИ (оптимально 11–14 недель).

- владалищное исследование: оценка состояния шейки матки, плодного пузыря.
- кардиотокография (КТГ): перед началом пре-/индукции и в динамике перед каждым последующим этапом подготовки шейки матки или родовозбуждением
- ультразвуковое исследование (УЗИ) плода, матки и плаценты с определением предполагаемой массы плода, а также при тенденции к перенашиванию: индекс околоплодных вод, наличие взвеси, состояние плаценты; цервикометрия (перспективная для индукции длина - менее 25 мм)
- доплерометрия кровотока в системе мать-плацента-плод

Преиндукция и индукция родов

Основопологающим фактором, определяющим выбор метода преиндукции или индукции родов, является определение готовности к родам, в первую очередь на основе оценки степени зрелости шейки матки.

- Предпочтительным методом родовозбуждения при наличии зрелой шейки матки является амниотомия:
- при наличии светлых околоплодных вод проводится наблюдение за развитием спонтанной родовой деятельности под динамическим кардиомониторным контролем;
- при отсутствии регулярной родовой деятельности в течение 6 часов рекомендуется продолжить родовозбуждение внутривенным введением окситоцина под постоянным кардиотокографическим контролем сократительной активности матки и сердцебиения плода
- в случае отсутствия эффекта от введения

- при наличии густо мекониальных околоплодных вод и/или признаков гипоксии плода по данным КТГ, крупных размеров плода, возраста первородящей старше 35 лет, отягощенного акушерского анамнеза и других факторов риска рекомендуется родоразрешить беременную путем операции кесарева сечения.
- при незначительном окрашивании околоплодных вод меконием, удовлетворительных данных КТГ и отсутствии факторов риска возможно дальнейшее ведение родов через естественные родовые пути под постоянным кардиотокографическим контролем.
- в случае появления признаков гипоксии плода, своевременно изменить тактику на абдоминальное родоразрешение

II. Созревающая и неполностью созревшая шейка матки

- У первородящих подготовка шейки матки начинается с применения мифепристона по схеме 200 мг дважды с интервалом 24 часа, оценка эффективности через 48–72 часа
- при недостаточной эффективности - преиндукция с помощью простагландинсодержащего геля (0,5/1 мг динопростона вводится в цервикальный канал ниже уровня внутреннего зева)
- повторное введение (0,5 мг) возможно через 6 ч. Максимальная рекомендуемая доза за 24-часовой период — 1,5 мг (три дозы с интервалом 6-6-12 ч).

II. Созревающая и неполностью созревшая шейка матки


- У повторнородящих преиндукцию родов возможно начать с применения простагландинсодержащего геля
- При полном созревании шейки матки и отсутствии спонтанного развития родовой деятельности может быть проведено родовозбуждение амниотомией.

III. Незрелая шейка матки

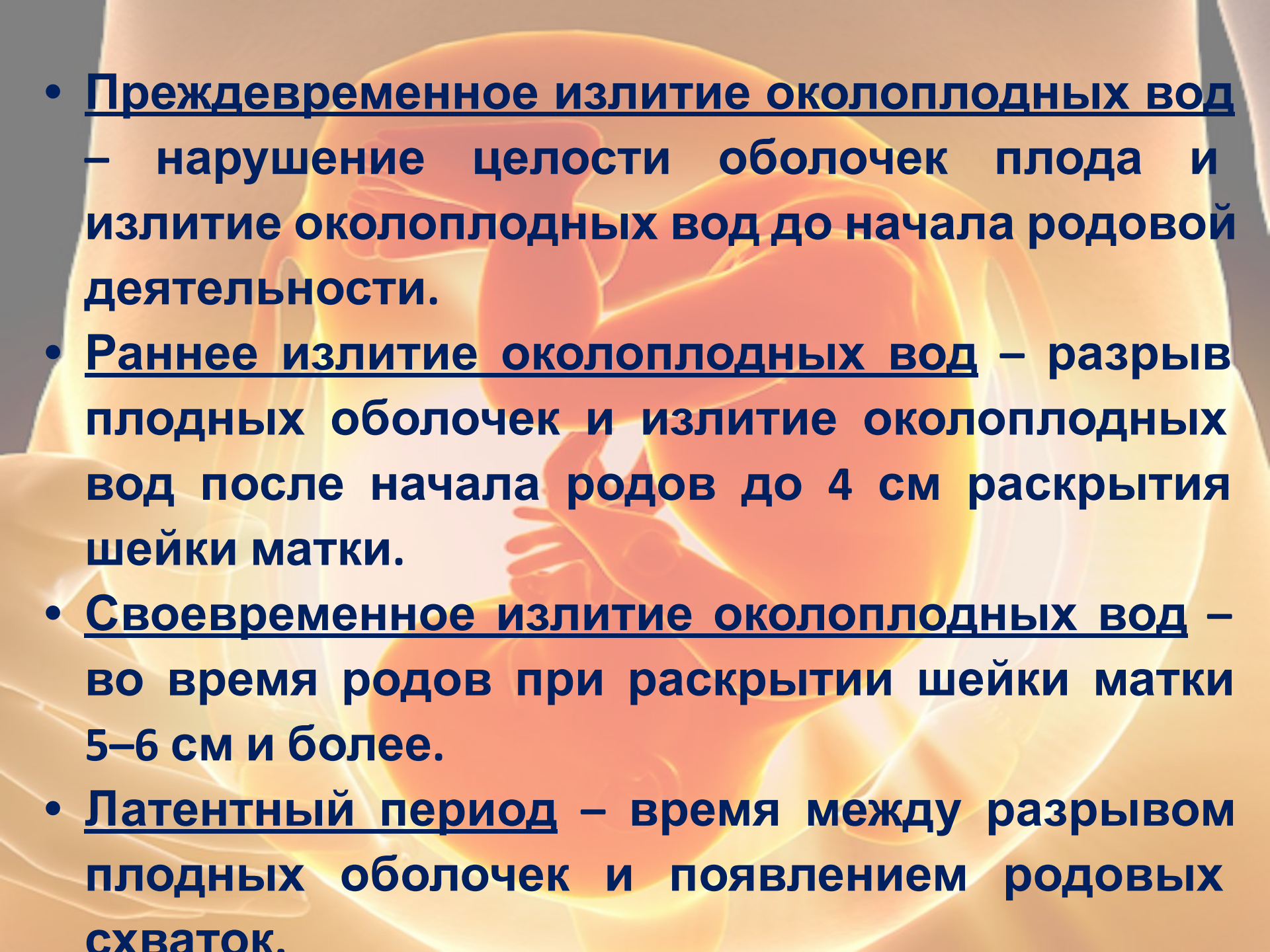
- при незрелой шейке матки независимо от паритета начальным препаратом преиндукции является мифепристон
- важным фактором является наличие резерва времени для проведения преиндукции, т.к. продолжительность до получения эффекта в среднем варьирует от 10 до 39 ч.
- дополнительно в качестве подготовки незрелой шейки матки можно использовать интрацервикальное введение ламинарий (до назначения мифепристона или одновременно с ним)

III. Незрелая шейка матки

- при достижении не полностью созревшей или зрелой шейки матки можно продолжить подготовку шейки матки динопростом или провести родовозбуждение с амниотомией
- если шейка матки остается незрелой после преиндукции мифепристомом, следует решить вопрос о родоразрешении путем операции кесарева сечения.

An illustration of a fetus in the womb, rendered in a glowing orange and yellow color scheme. The fetus is curled in a fetal position. The background shows the outline of the mother's torso and hands. Overlaid on the fetus is the text "Преждевременное излитие околоплодных вод" in a bold, dark blue font.

**Преждевременное
излитие
околоплодных вод**

- 
- Преждевременное излитие околоплодных вод – нарушение целостности оболочек плода и излитие околоплодных вод до начала родовой деятельности.
 - Раннее излитие околоплодных вод – разрыв плодных оболочек и излитие околоплодных вод после начала родов до 4 см раскрытия шейки матки.
 - Своевременное излитие околоплодных вод – во время родов при раскрытии шейки матки 5–6 см и более.
 - Латентный период – время между разрывом плодных оболочек и появлением родовых схваток.

Эпидемиология

- Частота преждевременного излития околоплодных вод (ПИОВ) составляет 2–20% всех беременностей
- перинатальная смертность при ПИОВ 18–20%.
- В 8–10% ПИОВ наблюдается при доношенной беременности;
- 2–4% при одноплодной и 7–20% многоплодной недоношенной.
- В целом на долю ПРПО при недоношенной беременности приходится 20–40%, что сочетается с 30–40% преждевременных родов.

Факторы риска ПИОВ

Материнские факторы:

- ПИОВ 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

Факторы риска ПИОВ

Маточно-плацентарные факторы:

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

Последствия ПИОВ

- преждевременные роды и ассоциированные с ними состояния: недоношенность, сепсис, гипоплазия легких у новорожденного.
- мертворождение наблюдается в 8–13 раз чаще при преждевременных родах, чем при своевременных.
- ПИОВ при недоношенной беременности (до 36 недель 6 дней) повышает перинатальную смертность в 4 раза, а неонатальную заболеваемость в 3 раза.
- Наиболее частые осложнения, особенно до 32 недель беременности, для новорожденного: респираторный дистресс синдром 10–40% (40–70% неонатальной смертности), интраамниальная инфекция 15–30% (3–20% смертности), внутрижелудочковые кровоизлияния, некротизирующий энтероколит, ретинопатия, персистирующий артериальный проток,

Последствия ПИОВ

- У 13–60% женщин с ПИОВ 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.

Диагностика ПИОВ

- Визуальное определение вытекания амниотической жидкости в задний свод влагалища. При проведении исследования женщину просят покашлять (проба кашлевого толчка). Осмотр производят с использованием влагалищного зеркала.
- Тест на определение околоплодных вод с помощью одноразовой тест-системы обнаружения во влагалищном содержимом плацентарного α -микроглобулина-1^{*}) или нитразиновый тест (рН среды)
- УЗИ позволяет выявить только значительную потерю амниотической жидкости, метод применим только при наличии исходных данных об объеме околоплодных вод.

Акушерская тактика при ПИОВ

Выжидательная: предполагает наблюдение за естественным развитием родовой деятельности (в течение 6 часов с момента ПИОВ).

Активно-выжидательная: предполагает мероприятия по преиндукции (подготовка шейки матки) к родам при наличии «незрелой», «созревающей» и «не полностью созревшей» шейке матки через 6 часов с момента ПИОВ; проведение индукции родов (родовозбуждения) при наличии «зрелой» шейки матки при отсутствии развития родовой деятельности через 6 часов с момента ПИОВ

Активная: предполагает мероприятия по родоразрешению с момента госпитализации или по истечении 18 часов с момента ПИОВ

Акушерская тактика при ПИОВ с учетом срока беременности

Выбор выжидательной или активно-выжидательной тактики:

- Пролонгирование беременности в сроках до 22 недель нецелесообразно
- При сроке беременности от 22 до 34 недель рациональная выжидательная тактика позволяет достичь максимально возможной степени зрелости плода при минимально возможном риске восходящего инфицирования.
- При преждевременном разрыве плодных оболочек в сроке беременности более 34 недель и зрелом плоде длительное пролонгирование беременности нецелесообразно

При доношенной беременности и ПИОВ повышается частота аномалий родовой деятельности, острой гипоксии плода, оперативного родоразрешения; инфекционно-воспалительных осложнений.

При доношенной беременности у большинства женщин после ПРПО самостоятельно развивается родовая деятельность:

- у 50% – в течение 12 часов;
- у 70% – в течение 24 часов;
- у 90% – в течение 48 часов;
- у 2–5% роды не начинаются и в течение 72 часов.

- При ПИОВ в доношенном сроке беременности период консервативных мероприятий целесообразно ограничить 48-72 часами.
- первичное обследование и наблюдение в течение 6 часов проводится в родильном отделении.
- дальнейшее динамическое наблюдение осуществляется в условиях отделения патологии беременности. Осмотр врача – 2 раза в сутки. Соблюдение общего режима (III), смена подкладных каждые 4 часа, смена белья и душ – ежедневно.

Вагинальное исследование – проводится только при поступлении, через 12 часов после окончания преиндукции родов (2-й прием мифепристона), в родах и при акушерских ситуациях, влияющих на изменение тактики ведения. При наличии условий – разведение плодных оболочек.

Объективная оценка общего состояния беременной:

ведение специального листа наблюдения в истории родов (при длительности безводного промежутка 12 часов и более), с фиксацией каждые 3 часа: температура тела, пульс, АД, характер выделений из половых путей, тонус и сократительная активность матки, ЧСС плода

Инфекционный скрининг:

- бактериоскопическое исследование отделяемого из цервикального канала, уретры и влагалища (при госпитализации) на Gp и микробиоценоз;
- микробиологическое исследование с определением чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам отделяемого из цервикального канала (до начала эмпирической антибактериальной терапии) – при длительности безводного промежутка 12 часов и более;
- клинический анализ крови – при поступлении и через 24 часа;
- уровень С-реактивного белка – через 24 часа;
- прокальцитонин (пресепсин) – по показаниям;
- общий анализ мочи – при поступлении и через 24 часа.

Объективная оценка состояния плода:

- КТГ – каждые 12 часов при отсутствии родовой деятельности;
- УЗИ (фетометрия, плацентометрия, амниотический индекс) – при поступлении;
- доплерометрия маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока – при поступлении и через 24 часа.

Эмпирическая антибактериальная терапия через **18 часов** с момента диагностики ПИОВ и до получения результатов микробиологического исследования: **ампициллин** 1 гр. 4 раза в сутки в/м; **цефазолин** 1,0 г в/м 2-4 раза в сутки (при аллергии на пенициллины).

Токолитическая терапия: проводится только с целью регуляции СДМ (селективные β_2 -адреномиметики: **гексопреналина сульфат (гинипрал[®])**)

- При наличии **зрелой шейки матки** и отсутствии регулярной родовой деятельности в течение 6 часов рекомендуется приступить к родовозбуждению путем внутривенного капельного введения окситоцина.
- При **незрелой, созревающей и неполностью созревшей шейке матки** – преиндукция родов мифепристоном 200 мг: 1) прием через 6 часов безводного промежутка; 2) прием через 12 часов после 1-го
- Через 12 часов – оценка состояния шейки

- При недостаточно зрелой шейке матки после подготовки мифепристоном – продолжение преиндукции родов: интравагинальное введение 1 мг динопростона с последующей оценкой эффекта через 12 часов.
- При достижении полной зрелости шейки матки и отсутствии регулярной родовой деятельности – родовозбуждение путем внутривенного капельного введения окситоцина в течение 2–4 часов.
- При нарушении функционального состояния плода, появлении признаков хориоамнионита, отсутствии эффекта от преиндукции родов и отсутствии эффекта от индукции родов в течение 2-4-х часов – родоразрешение путем операции кесарева сечения

Противопоказания к преиндукции и индукции родов:

- Стандартные (акушерские и соматические) противопоказания к родоразрешению через естественные родовые пути.
- Тазовое предлежание плода при «незрелой» шейка матки.
- Крупный плод (4500 гр и более).
- Гестационный сахарный диабет.
- Рубец на матке .
- Тяжелая преэклампсия.
- Хроническая плацентарная недостаточность, выраженная степень ВЗРП.
- Наличие примеси мекония в околоплодных водах.
- Хориоамнионит (для преиндукции).
- Срок беременности 42 недели (для преиндукции).
- Отягощенный перинатальный анамнез.



**Преждевременное излитие
околоплодных вод при
недоношенном сроке**

Ведение женщин с ПРПО при сроке беременности от 22 недель до 33 недель 6

- **Выжидательная тактика** ^{дней} (предполагает пролонгирование беременности и наблюдение за естественным развитием родовой деятельности)
- **Цель:** пролонгирование беременности (дни, недели) для достижения максимальной степени зрелости плода на фоне отсутствия показаний к срочному или экстренному родоразрешению
- **Условия:** сохранение постоянного уровня околоплодных вод (индекса амниотической жидкости более 3 см), удовлетворительное состояние плода и матери, отсутствии воспалительного процесса, отсутствии противопоказаний к пролонгированию беременности

Ведение женщин с ПРГЮ при сроке беременности от 22 недель до 33 недель 6 дней

- Наблюдение осуществляется в условиях ОПБ. Осмотр врача – 2 раза в сутки. Соблюдение полупостельного режима (II), смена подкладных каждые 4 часа, смена белья и душ – ежедневно. Вагинальное исследование – проводится только в родах (!).
- Объективная оценка общего состояния беременной:
- ведение специального листа наблюдения в истории родов, с фиксацией каждые 4 часа: температура тела, пульс, АД, характер выделений из половых путей, тонус и сократительная активность матки, ЧСС плода.

Инфекционный скрининг:

- бактериоскопическое исследование отделяемого из цервикального канала, уретры и влагалища (при госпитализации) на Gp и микробиоценоз;
- ПЦР диагностика *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* при отсутствии данных обследования в обменно-уведомительной карте ЖК;
- микробиологическое исследование с определением чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам отделяемого из цервикального канала, включая исследование на *Streptococcus agalacticae* (β гемолитический) (при отсутствии данных в обменно-уведомительной карте ЖК) (до начала эмпирической антибактериальной терапии);
- клинический анализ крови – 1 раз в 3 суток;
- уровень С-реактивного белка – каждые 3 суток и по показаниям;
- прокальцитонин (пресепсин) – по показаниям;
- общий анализ мочи – каждые 3 суток.

Объективная оценка состояния плода:

- КТГ – ежедневно;
- УЗИ (фетометрия, плацентометрия) – 1 раз в 7 суток;
- доплерометрия кровотока МП/ФП бассейна – 1 раз в 3 суток
- УЗИ (амниотический индекс) – каждые 3 суток

Профилактика РДС плода

- Профилактика РДС осуществляется на сроке беременности 23–34 полные недели:
- Бетаметазон в дозе 12 мг в/м дважды с интервалом в 24 часа (курсовая доза 24 мг).
- Дексаметазон в дозе 8 мг в/м трехкратно с интервалом в 8 часов (курсовая доза 24 мг).
- Оптимальная длительность воздействия глюкокортикоидов 48 часов. Их профилактическое действие продолжается 7 дней.
- При сроке беременности менее 34 недель через 7 и более дней после начального курса профилактики РДС, предусмотрен повторный курс.

Токолитическая терапия

Токолитическая терапия не влияет на частоту преждевременных родов и перинатальную смертность, но дает время для проведения профилактики РДС у плода. Токолиз показан на период не более 48 ч.

Токолитики:

- Селективные β_2 -адреномиметики: гексопреналина сульфат (гинипрал), фенотерол (партусистен) – 22-34 недели
- Блокатор окситоциновых рецепторов: атозибан (трактоцил) – 22-30 недель
- Блокаторы медленных кальциевых каналов: нифедипин – 22-34 недели
- Ингибиторы циклооксигеназы: индометацин – 22-32 недели
- Сульфат магния (как нейропротектор) – 22-36 недель

Токолитические препараты назначают в режиме

Токолиз β 2-адреномиметиком – гексопреналина сульфат (гинипрал)

- Токолиз начинают с болюсного введения 10 мкг (2 мл) в разведении в 10 мл изотонического раствора в течение 5–10 мин с последующей инфузией со скоростью 0,3 мкг/мин
- При проведении длительного токолиза рекомендуемая доза гинипрала – 0,075 мкг/мин. Максимальная суточная доза – 430 мкг/сут.
- При использовании инфузوماتов: 75 мкг концентрата для инфузий разводят в 50 мл изотонического раствора натрия хлорида

Токолиз антагонистом окситоцина (атозибан, трактоцил)

- Атозибан – конкурентный антагонист человеческого окситоцина на уровне рецепторов. Связываясь с рецепторами окситоцина, снижает частоту маточных сокращений и тонус миометрия, приводя к подавлению сократимости матки. Применяется в следующих случаях:
- регулярные сокращения матки продолжительностью не менее 30 секунд и частотой более 4 в течение 30 минут;
- раскрытие шейки матки до 3 см;

Противопоказания:

- Срок беременности менее 24 или более 33 полных недель;
- Преждевременный разрыв оболочек при беременности сроком более 30 недель;

Магния сульфат

- Магния сульфат не зарегистрирован в качестве токолитического средства, но допустим к применению у беременных при гипомагниемии, пре- и эклампсии;
- обладает нейропротекторным действием для матери и плода.
- Применение магния сульфата при преждевременных родах до 32 недель достоверно уменьшает частоту церебрального паралича и грубых моторных дисфункций.
- Способ применения и дозы: 4 г сульфата магния 25% растворяют в 100 мл физиологического раствора и вводят в/в в течение 30–45 мин, после чего переходят на непрерывное в/в введение со скоростью 2 г/ч в течение 12–24 часов.

Антибактериальная терапия

- Антибактериальная терапия при ПИОВ в недоношенном сроке беременности должна начинаться сразу после постановки диагноза и продолжаться в течение 7 суток.
- Эмпирическая а/б терапия (проводится до получения результатов микробиологического исследования): **ампициллин** 1 гр. 4 раза в сутки в/м; **амоксициллин/сульбактам** по 1,5 г в/в или в/м, каждые 8 часов; **цефазолин** 1,0 г в/м 2-4 раза в сутки; **цефтриаксон** 1,0 г в/в или в/м 1-2 раза в сутки (при аллергии на пенициллины).
- Целенаправленная а/б терапия – по результатам микробиологического исследования (при необходимости – консультация клинического

Противопоказания к выжидательной тактике

- Хориоамнионит (не является противопоказанием к оперативному родоразрешению. При отсутствии активной родовой деятельности и шансов быстрого рождения ребенка метод выбора – кесарево сечение)
- Осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения
- Преэклампсия/эклампсия,
- Декомпенсированные состояния матери или плода
- Выраженное маловодие (амниотический индекс менее 3 см) в течение 3 дней.
- Мекониальное окрашивание вод.

Операция кесарево сечение:

- при наличии тазового предлежания, рубца на матке, многоплодной беременности, ОАГА (бесплодие, перинатальные потери в анамнезе и др.), умеренной преэклампсии,
- при отсутствии родовой деятельности **через 24-48 часов (!)** после проведения курса профилактики РДС плода;
- появление признаков хориоамнионита на фоне отсутствия развития родовой деятельности,
- Операция кесарево сечение в экстренном порядке: стандартные акушерские показания

Роды в сроке 34 недели – 36 недель и 6

дней

- длительная (более 48 часов безводного промежутка) **выжидательная тактика не показана**, так как повышает риск хориоамнионита и не приводит к улучшению исходов.
- профилактика РДС плода рутинно не проводится, решение принимается индивидуально по согласованию с неонатологом.
- **активно-выжидательная:** преиндукция (подготовка шейки матки к родам) при наличии «созревающей» шейки матки при длительности безводного промежутка 48 часов и более
- **активная:** индукция родов (родовозбуждение) при наличии «зрелой» шейки матки, а также на фоне нарастания продолжительности безводного промежутка при его длительности 48 часов и более

Условия для активно-выжидательной тактики

- Удовлетворительное состояние плода и матери, отсутствие признаков воспалительного процесса
- Отсутствие противопоказаний к пролонгированию беременности (стандартные)
- Наблюдение в условиях ОПБ, оценка состояния беременной и плода, инфекционный скрининг, антибактериальная терапия как при сроках 22-34 нед
- Токолитическая терапия не проводится
- При длительности безводного промежутка **48** часа и более, при отсутствии родовой деятельности и наличии «созревающей» шейки матки – начать подготовку к родам (преиндукция) мифепристоном 200 мг/таб №2 с интервалом 6-12 часов с последующей индукцией родов (окситоцин) по

Противопоказание к продолжению активно-выжидательной тактике – переход к активной (родоразрешение)

- Хорионамнионит: родоразрешение в срочном порядке, не является противопоказанием к оперативному родоразрешению по стандартной методике; не является противопоказанием к родостимуляции (по стандартной методике)
- Осложнения беременности, требующие срочного и экстренного родоразрешения (стандартные акушерские показания)
- Мекониальное окрашивание вод – родоразрешение в срочном порядке

При длительности безводного промежутка 48 часов и более, при отсутствии родовой деятельности:

- при наличии зрелой шейки матки – родовозбуждение окситоцином по стандартной методике.
- при отсутствии биологической готовности организма беременной к родам («незрелая» шейка матки) и/или отсутствие эффекта от родовозбуждения – родоразрешение путем операции кесарево сечение в срочном порядке

Операция кесарево сечение в срочном порядке:

- при отсутствии родовой деятельности при наличии тазового предлежания, многоплодной беременности, ОАГА (бесплодие, перинатальные потери в анамнезе и др.), умеренной преэклампсии, рубца на матке
- появление признаков хорионамнионита на фоне отсутствия развития родовой деятельности
- Операция кесарево сечение в экстренном порядке: стандартные показания

