

# ***ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ***

*Доктор медицинских наук,  
профессор В.Ф. Долгушина*

# *Преждевременные роды*

- *Причины неизвестны*
- *Диагноз эмпирический*
- *Методы лечения обсуждаются*
- *Прогноз непредсказуемый*
- *Затраты колоссальные*

# **ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ**

- Самопроизвольные или индуцированные преждевременные роды определяют уровень перинатальной смертности и младенческой заболеваемости (50-70% ранней неонатальной смертности; 50% неврологических заболеваний)
- Социальные последствия: тяжелая психическая травма для семьи, высокая стоимость выхаживания недоношенных, значительная частота инвалидности детей (нарушения зрения, слуха, ДЦП, тяжелые хронические заболевания легких)

# ***ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ***

*Перинатальная смертность и заболеваемость недоношенных детей снизилась*

- ▣ Регионализация перинатальной помощи (оказание помощи в стационарах соответствующего уровня);*
- ▣ Применение кортикостероидов;*
- ▣ Сурфактант;*
- ▣ Применение антибиотиков;*
- ▣ Улучшение методов вентиляции легких;*
- ▣ Улучшенный неонатальный уход.*

# **Методическое письмо «преждевременные роды»**

- *Министерство здравоохранения и социального развития для использования в работе руководителями органов управления здравоохранения субъектов РФ при подготовке нормативных правовых актов, главными врачами перинатальных центров и родильных домов при организации медицинской помощи женщинам во время беременности и родов, а также для использования в учебном процессе*

*29.12.2011г., В.И. Скворцова*

# **ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ**

## **МКБ-060**

### **Определение**

**Преждевременные роды – роды, наступившие на сроке беременности от 22 до 37 недель (259 дней) начиная с первого дня последней нормальной менструации при регулярном менструальном цикле, при этом масса плода составляет от 500 до 2500 г.**

**Частота 5-10%**

# ***ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ***

## ***Классификация по сроку гестации***

***22 – 27 недель и 6 дней включительно – очень ранние преждевременные роды;***

***28 – 33 недели и 6 дней включительно – ранние преждевременные роды;***

***34 – 37 недель – преждевременные роды***

# **ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ**

## **Классификация**

### **Спонтанные преждевременные роды**

**(70-80%):**

- **Регулярная родовая деятельность при целом плодном пузыре (40-50%);**
- **Излитие околоплодных вод при отсутствии регулярной родовой деятельности.**

### **Индукцированные преждевременные роды**

**(20-30%):**

- **Показания со стороны матери: тяжелые ЭГЗ, тяжелый гестоз, ПОНРП, гепатоз беременных;**
- **Показания со стороны плода: некурабельные**



# Причины преждевременных родов

Преждевременные роды – это роды у  
больной

матери больным ребенком.

- ▣ 22 – 27 недель – ИЦН, инфекция.
- ▣ 28 – 33 недели – полиэтиологичное прерывание.
- ▣ 34 – 37 недель – гестоз, плацентарная недостаточность, ПОНРП, Rh – конфликт, многоплодие.

# ***ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ***

## ***Патогенез***

*Преждевременные роды – синдром в реализации которого участвуют такие механизмы, как инфекция, снижение маточного и плацентарного кровотока, перерастяжение матки и различные процессы, опосредованные иммунной системой.*

## ***ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ***

*Преждевременные роды – 40-60%  
внутриматочная инфекция (хронический  
эндометрит, восходящая цервико-вагинальная  
инфекция).*

*Субклинический хориоамнионит  
(морфологическое подтверждение)*

- ✓24-28 недель – 50%;*
- ✓28-30 недель – 30%;*
- ✓33-36 недель – 20%;*
- ✓37 недель – 10%*

# Факторы риска

- ✓ Курение;
- ✓ Низкий социально-экономический уровень жизни;
- ✓ Низкий индекс массы – недоедание;
- ✓ Ожирение;
- ✓ Стрессовая ситуация на работе и /или в семье;
- ✓ Возраст <18 или >35 лет;
- ✓ Интервал между беременностями < 6 месяцев;
- ✓ Многоплодная беременность;
- ✓ Многоводие или маловодие;
- ✓ Индуцированная беременность;
- ✓ Тяжелая экстрагенитальная патология – декомпенсация;
- ✓ Инфекция мочевыводящих путей (в т. ч. бессимптомная бактериурия)
- ✓ Пародонтит;
- ✓ Цервико-вагинальная инфекция;
- ✓ Маточные кровотечения в 1 и 2-ом триместрах;
- ✓ Предлежание плаценты, ПОНРП
- ✓ Хирургические вмешательства (операции на органах брюшной полости);
- ✓ Травмы

# **ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ**

## **Факторы риска**

### **(стратегия профилактики ПР)**

#### **Анамнестические:**

- 1 и более преждевременных родов в анамнезе;**
- 2 и более выскабливаний полости матки.**

#### **Клинические:**

- укорочение шейки матки при одноплодной беременности менее 15-25 мм, при многоплодной – менее 25 мм**

# ***ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ***

## ***Причины укорочения шейки матки***

- *Врожденное состояние*
- *Состояние после конизации*
- *Инфекции (интраамниотическая, «осадок» в амниотической жидкости)*

***Укорочение шейки матки= ИЦН?***

***ИЦН***

***Цервикальная недостаточность***

***Цервикальная несостоятельность***

# **ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ**

**Укорочение шейки матки <2,5 см**

## **Профилактика преждевременных родов**

- Наложение швов (при наложении швов на шейку матки менее 15 мм дополнительное интравагинальное введение прогестерона → частота ПР ↓)
- Акушерский пессарий
- Антибактериальная терапия (бессимптомная бактерурия, сифилис, гонорея)

# **ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ**

**Укорочение шейки матки <2,5 см**

## **Решение проблемы**

Скрининг: 19-22 нед. - длина шейки матки

## **Профилактика преждевременных родов**

- **Назначение препаратов прогестерона до 36 нед** (Оксипрогестерон капронат 250 мг в/м 1 раз в неделю, микронизированный прогестерон 200 мг вагинально 1 раз в день, гель прогестерона дидрогестерон);

При назначении препаратов прогестерона во II и III триместрах беременности необходимо информированное согласие женщины (в РФ в показаниях не зарегистрированы угрожающе преждевременные роды)



**Доказательная база для обоснования назначения микронизированного прогестерона во II и III триместрах беременности**  
**Роберто Ромеро (Детройт), Кипрос Николандес (Лондон, Фонд фетальной медицины), февраль 2012**

**Метаанализ: 5  
рандомизированных плацебо-  
контролируемых  
многоцентровых исследований.  
56711 женщин (16-24 нед.  
гестации →  
трансвагинальный  
ультразвуковой скрининг для  
оценки длины шейки матки)**

# Метаанализ

**1146 (2%) – бессимптомное укорочение шейки матки до 25 мм**

**Итоговый метаанализ:**

**775 женщин и 827 новорожденных**

**338**

Интравагинально  
микронизированный  
прогестерон 200  
мг в сутки:  
прогестерон-гель  
90мг/сут.  
интравагинально,  
прогестерон –  
100мг/сут.

**387**

плацебо

## *Результаты метаанализа*

- *Снижение частоты преждевременных родов на сроке до 33 недель на 42%*
- *Уменьшает риск преждевременных родов на сроке до 35 недель на 31%, до 28 недель – на 50%*

# *Результаты метаанализа*

- *Сокращает частоту РДС новорожденных*
- *Снижает (на 42%) суммарный показатель неонатальной заболеваемости и смертности*
- *Сокращает частоту перевода новорожденных в отделение интенсивной терапии*
- *Уменьшает частоту рождения детей с массой тела < 1500г*

# *Результаты метаанализа*

## *Рекомендации*

- *19-24 неделя – трансвагинальное ультразвуковое измерение длины шейки матки*
- *При укорочении шейки матки  $\leq 25$  мм показано назначение микронизированного прогестерона интравагинально в дозе 90-200 мг/сут. с 20 недели до 36 недель беременности*

***Назначение прогестерона  
до 36 недель беременности***

***«Методическое письмо по  
преждевременным родам  
Минздравсоцразвития РФ  
№15-4/10/2-12700 от  
16.12.2011»***

# *Преждевременные роды.*

*Акушерская тактика*

- 1.Срок беременности*
- 2.Клиника (угрожающие или начавшиеся роды)*
- 3.Наличие или отсутствие плодного пузыря*



# **Угрожающие преждевременные роды**

## **Клиника:**

- Боли внизу живота и в области поясницы;**
- Чувство давления и распираания в области влагалища.**

## **При объективном исследовании:**

- Возбудимость и тонус матки повышены;**
- Низкое расположение предлежащей части**
- Шейка матки сохранена (у повторнородящих наружный зев может пропускать кончик пальца) или укорочена**
- НГГ («малые» и единичные «большие» волны)**

# *Угрожающие преждевременные роды*

## *Дифференциальный диагноз:*

- Патология органов брюшной полости, заболевания почек и мочевыводящих путей;***
- Некроз миоматозного узла;***
- Несостоятельность рубца на матке;***
- ПОНРП***

# ***Начавшиеся преждевременные роды***

***Начавшиеся преждевременные роды***

- ***регулярная родовая деятельность, динамика в состоянии шейки матки: сглаживание и раскрытие;***

# Угрожающие преждевременные роды

## Прогнозирование начала наступления преждевременных родов (вопрос о госпитализации):

- ▣ **Изменение шейки матки (укорочение при влагалищном исследовании и УЗИ). При шейке матки больше 3 см вероятность начала родов в течение ближайшей недели  $\approx 1\%$ ;**
- ▣ **Определение фибронектина плода в шеечно – влагалищном секрете. Отрицательный тест больше 24 недель – вероятность родов в течение недели  $\approx 1\%$ ;**
- ▣ **Определение фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1);**
- ▣ **Определение провоспалительных цитокинов (ФНО –  $\gamma$ ,**

# **УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ**

**Тактика ведения**  
- **Активная тактика**

**Подготовка к родоразрешению при гестозе (средней и тяжелой степени), гепатозе, хориоамнионите, тяжелом ЭГЗ, ухудшении состояния плода (профилактика дистресс-синдрома).**

- **Выжидательная тактика.**

# УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Тактика ведения

## Выжидательная тактика:

- ✓ токолитическая терапия;
  - ✓ профилактика респираторного дистресс-синдрома новорожденного;
  - ✓ обследование для определения предполагаемой причины угрозы прерывания (инфекция, плацентарная недостаточность, тромбофилические нарушения, экстрагенитальная патология и др.);
  - ✓ лечение, направленное на устранение причины угрожающих преждевременных родов.
- (недопустимо! Диагноз: Угрожающие преждевременные роды.... ?)**

# УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

## **Токолитическая терапия**

**Токолитические препараты (токолитики) – медикаментозные средства, которые расслабляют матку.**

**Цель:**

- Проведение профилактики РДС новорожденного;**
- Перевод беременной в перинатальный центр.**

# УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

## Токолитическая терапия

**Токолитики:**

- ✓  **$\beta$ -миметики;**
- ✓ **Антагонист окситоцина (агосибан – трактоцил);**
- ✓ **Блокаторы кальциевых каналов (нифедипин → информированное согласие женщины);**
- ✓ **Сульфат магния;**
- ✓ **Нестероидные противовоспалительные препараты**



## **УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ**

### **Токолитическая терапия**

**$\beta$ -миметики (ритордин, партусистен, гинипрал, сальбутамол) – производные эpineфрина и норэpineфрина.**

**Стимуляция  $\beta$ -рецепторов ( $\beta_2$ -рецепторов) → расслабление мускулатуры матки.**

**Достаточное количество  $\beta_2$ -рецепторов в миометрии после 24-26 недель беременности.**

**$\beta$ -миметики → схваткообразные боли (а не повышенный тонус), СДМ при НГГ.**

# **Токолитическая терапия**

## **Показания к назначению $\beta$ – миметиков:**

- Угрожающие преждевременные роды;**
- Начинаясь преждевременные роды (открытие маточного зева не более 3 см);**
- Целый плодный пузырь;**
- Подтекание околоплодных вод при отсутствии хориоамнионита (время для профилактики РДС);**
- Живой плод без ВПР;**
- Отсутствие противопоказаний для использования  $\beta$  – миметиков.**

# **Токолитическая терапия**

## **Противопоказания для использования $\beta$ – миметиков:**

- **Сердечно-сосудистые заболевания матери;**
- **Гипертиреоз;**
- **Закрытоугольная форма глаукомы;**
- **Инсулинозависимый сахарный диабет;**
- **Дистресс плода, не связанный с гипертонусом матки**

# ***Токолитическая терапия***

## ***Акушерские противопоказания***

- Хориоамнионит;***
- Многоводие;***
- ПОНРП;***
- Несостоятельность рубца на матке.***

## *Токолитическая терапия*

### *Побочные эффекты $\beta$ – миметиков:*

**Материнские:** тошнота, рвота, головные боли, гипокалиемия, повышение уровня глюкозы крови, нервозность, беспокойство, тремор, тахикардия, одышка, боли в груди, отек легких.

**Плодовые:** тахикардия, гипербилирубинемия, гипокальциемия.

# УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

## Токолитическая терапия Схема применения гинипрала (гексопреналина сульфат)

**25 мкг гинипрала в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в капельно с начальной скоростью 8 капель в минуту (0,3 мкг в минуту), постепенно увеличивая дозу до появления терапевтического эффекта – прекращения схваток.**

**Средняя скорость введения 15 – 20 капель в минуту, продолжительность 6 – 12 часов.**

**Пероральный прием гинипрала после окончания инфузии не эффективен.**

# **Токолитическая терапия**

## **Гинипрал**

**Внутривенный токолиз проводят в положении женщины**

**на левом боку под контролем:**

- ЧСС;**
- АД;**
- Уровня глюкозы крови;**
- Объема вводимой жидкости и диуреза;**
- Электролитов крови;**
- Состояния легких;**
- Состояния плода и СДМ.**

# УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

## *Токолитическая терапия*

Сульфат магния – антагонист ионов кальция.

### Показания:

- ▣ **Наличие противопоказаний к использованию или непереносимость  $\beta$  – миметиков.**

### Противопоказания:

- ▣ **Нарушение внутрисердечной проводимости;**
- ▣ **Миастения;**
- ▣ **Сердечная недостаточность;**
- ▣ **Хроническая почечная недостаточность.**



# **УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ**

## **Токолитическая терапия**

**Сульфат магния - 20 мл 25% раствора на 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия со скоростью 20 капель в минуту.**

### **Контроль:**

- ▣ АД;**
- ▣ Диурез;**
- ▣ Сухожильные рефлексy;**
- ▣ Частота дыханий.**

# УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

## **Токолитическая терапия**

**Ингибиторы простагландинов (применение с 16 до 26 недель**

**(32 недель) беременности).**

### **Острый токолиз:**

**Индометацин 50 – 100 мг ректально, затем по 25 мг каждые**

**6 часов, не более 48 часов.**

### **Обычный режим токолиза:**

**Ректально 100 мг, а затем по 50 мг каждые 8 часов в течение**

**5 – 7 дней. Курсовая доза – 1000 мг.**

**Повторное использование препарата через 14 дней.**

# **Особенности течения преждевременных родов**

- ▣ ПИОВ;**
- ▣ Аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация);**
- ▣ Быстрые (ИЦН) или затяжные (незрелая шейка матки);**
- ▣ Гипоксия плода;**
- ▣ ПОНРП или низко расположенной плаценты;**
- ▣ Дородовое кровотечение при предлежании плаценты;**
- ▣ Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах;**
- ▣ Инфекционные осложнения в родах и послеродовом периоде**

# **Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности**

**Частота ПИОВ 18-51%**

## **Диагностика ПИОВ:**

- ▣ Жалобы беременных на излитие вод;**
- ▣ Осмотр с помощью зеркал ???;**
- ▣ Тесты для диагностики ПИОВ;**
- ▣ Определение в мазках содержимого влагалища элементов плода: пушковых волосиков, частиц серовидной смазки, плодовых эпителиальных клеток;**
- ▣ УЗИ: объем амниотической жидкости в динамике**

# ***Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности***

## **Дифференциальный диагноз:**

- Патологические выделения при вагинальных инфекциях;***
- Маловодие.***

# **Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности**

## **Тактика:**

- Активная тактика;**
- Выжидательная тактика.**

# **Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности**

## **Активная тактика**

### **Показания для родоразрешения:**

- ▣ Хориоамнионит (повышение температуры, тахикардия, лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышенный тонус матки вне зависимости от срока беременности);**
- ▣ Тяжелый гестоз;**
- ▣ ПОНРП;**
- ▣ Гепатоз;**
- ▣ Декомпенсация ЭГЗ;**
- ▣ Выпадение петель пуповины;**
- ▣ Декомпенсированные состояния плода.**

# **Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности**

**Выжидательная тактика** при сроке до 34 недель, при сроке до 24 недель информированное согласие беременной (точное определение срока беременности).

**Длительность латентного периода зависит от срока гестации: чем меньше срок, тем больше период до развития регулярной родовой деятельности.**



# **Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности**

## **Выжидательная тактика.**

**Контроль за состоянием матери и плода (каждые 3-4 часа запись в истории болезни):**

- Температура тела;**
- Пульс;**
- ЧСС плода;**
- Характер выделений из половых путей;**
- Оценка СДМ.**

# **Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности**

## **Дополнительное обследование:**

- Посев отделяемого из цервикального канала ( $\beta$  – гемолитический стрептококк, чувствительность к антибиотикам);**
- ОАК – 1 раз в 2-3 дня при отсутствии клинических признаков инфекции;**
- Оценка состояния плода (УЗИ, доплерометрия, КТГ не реже 1 раза в 2-3 дня)**

**Профилактическое назначение антибиотиков с момента ПИОВ до рождения ребенка (7-10 дней)**

# **Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода**

**Глюкокортикоиды способствуют созреванию  
сурфактанта легких плода (категория А-1в)**

## **Показания:**

- Угрожающие и начинающиеся преждевременные роды на сроке 24 – 34 недели.**

# Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода

## Противопоказания:

- ▣ **Хориоамнионит;**
- ▣ **Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;**
- ▣ **Тяжелый гестоз;**
- ▣ **Тяжелая форма диабета;**
- ▣ **Активная форма туберкулеза;**
- ▣ **Эндокардит;**
- ▣ **Остеопороз;**
- ▣ **Недостаточность кровообращения III степени;**
- ▣ **Острая инфекция или обострение хронической;**
- ▣ **Синдром Кушинга.**

## **Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода**

**Оптимальная длительность профилактики –  
48 часов.**

**Профилактическое действие  
глюкокортикоидов отмечается через 24 часа  
после начала терапии и продолжается 7 дней.**

**Польза повторного курса профилактики не  
доказана.**

**Допускается повторное (через 7 дней)  
введение при сроке меньше 34 недель  
беременности.**

# ***Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода***

*Любое сомнение в истинном гестационном сроке трактовать в сторону меньшего и назначить кортикостероиды.*

*После 34 недель→амниоцентез для определения зрелости легких плода перед назначением кортикостероидов*

## **Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода**

- Бетаметазон 12 мг в/м 2 дозы через 24 часа**
- Дексаметазон:**
  - 6 мг в/м 4 дозы через 12 часов (4 мг в/м 3 дозы в течение 48 часов)**
  - перорально: 2 мг (4 таблетки) 4 раза в сутки в первый день, 2 мг 3 раза в сутки - второй день, 2 мг 2 раза в сутки – третий день**

# ***Тактика ведения преждевременных родов***

## **Точное определение срока беременности:**

***Меньше 28 недель – вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения в интересах плода решается строго индивидуально;***

***28 – 33 недели – кесарево сечение предпочтительно: тазовое предлежание, многоплодие, АСД при ПИОВ, ПИОВ при незрелой шейке матки;***

***34 – 37 недель – ПИОВ при незрелой шейке матки, АСД.***

***До 36 недель – извлечение плода в плодном пузыре.***



# **Тактика ведения преждевременных родов через естественные родовые пути.**

- Интранатальный токолиз;
- Мониторирование ЧСС плода (КТГ);
- Адекватное обезболивание. Предпочтительно эпидуральная аналгезия.
  - Профилактика аномалий СДМ;
  - Снижение гиперактивной родовой деятельности;
  - Стойкая релаксация мышц тазового дна.

Ведение преждевременных родов без обезболивания следует расценивать как неоказание медицинской помощи»

# ***Тактика ведения преждевременных родов через естественные родовые пути.***

- ***Преждевременные роды не являются показанием для проведения рутинной эпизиотомии***
- ***После рождения недоношенного ребенка отсрочка пережатия пуповины на 30-120 секунд (при отсутствии особых показаний).***

## *Исход преждевременных родов*

- ▣ Роды в стационаре соответствующего уровня (наличие современной аппаратуры для интенсивной терапии новорожденных);*
- ▣ Профилактика СДР;*
- ▣ Рациональное ведение родов.*

***Спасибо за внимание!***