

Преждевременные роды

Определение

Преждевременные роды (ПР) - это роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36 недель[1] [1, 2], при этом установление срока беременности определяется на основании данных о 1-м дне последней менструации (при регулярном менструальном цикле) и УЗИ плода, выполненном в 1-м триместре.

Клиническая картина заболевания или состояния

Следующие признаки могут наблюдаться в течение нескольких часов до возникновения классических симптомов родов: менструальноподобные спастические боли; неболезненные и нерегулярные сокращения матки; боли в пояснице; ощущение давления во влагалище или малом тазу; выделения слизи из влагалища, которые могут быть прозрачными, розовыми или слегка кровянистыми («слизистая пробка»).

Диагностика

- До зачатия или на ранних сроках беременности рекомендован сбор анамнеза и выявление факторов риска ПР
- При угрожающих ПР рекомендован осмотр шейки матки в зеркалах
- Для определения состояния родовых путей и степени «зрелости» шейки матки влагалищное исследование рекомендовано проводить только после того, как будут исключены предлежание плаценты (при УЗИ) и пролабирование/разрыв плодных оболочек (осмотреть шейку матки в зеркалах и, при подозрении на ПРПО, выполнить тест на подтекание околоплодных вод)
- Всем пациенткам рекомендовано измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания с целью оценки витальных функций
- Всем пациенткам рекомендована аускультация плода, а также определение частоты, продолжительности и интенсивности маточных сокращений с целью оценки состояния плода и признаков начала родовой деятельности

Лабораторные диагностические исследования

- При ПРПО рекомендовано исследование уровня лейкоцитов в крови и исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови для своевременной диагностики септических осложнений
- При угрожающих, начавшихся ПР и при ПРПО рекомендовано определение антигена стрептококка группы В (СГВ) (*S. agalactiae*) в отделяемом цервикального канала или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (оптимально - в вагино-ректальном посеве) для своевременной диагностики и профилактики септических осложнений
- При ПРПО рекомендован осмотр шейки матки в зеркалах для идентификации подтекания околоплодных вод

Инструментальные диагностические исследования

- Пациенткам группы риска ПР рекомендовано УЗИ шейки матки (трансвагинальная УЗцервикометрия) для своевременной диагностики истмико-цервикальной недостаточности

Иные диагностические исследования

Для исключения/подтверждения инфекционно-воспалительного процесса и для решения вопроса о целесообразности хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) при длине шейки матки ≤ 25 мм в сроке 22 -23 недели беременности на основании коллегиального решения (совместный осмотр, консилиум) рекомендован диагностический трансабдоминальный амниоцентез

Лечение

Медикаментозная терапия

- При угрожающих ПР и начавшихся ПР в сроках беременности 24 – 33 недель [57] рекомендована токолитическая терапия
- При отсутствии объективных признаков ПР (отсутствие укорочения шейки матки по данным УЗ-цервикометрии и отсутствие положительных результатов тестов на ПР (при их выполнении) токолитическая терапия не рекомендована
- В качестве первой линии токолитической терапии рекомендованы #нифедипин** (блокатор «медленных» кальциевых каналов) [65–67] и атозибан** (препарат, блокирующий рецепторы окситоцина)
- В качестве второй линии токолитической терапии рекомендованы гексопреналин** (токолитические препараты - симпатомиметики) и нестероидные противовоспалительные препараты (#индометацин), при этом в 24 – 31 недели беременности рекомендованы как токолитические препараты - симпатомиметики (гексопреналин**), так и нестероидные противовоспалительные препараты (#индометацин) , а в 32 – 33 недели беременности рекомендованы токолитические препараты – симпатомиметики (гексопреналин**) в связи с неблагоприятными эффектами #индометацина на плод после 32 недель
- При ПРПО, начавшихся или запланированных (индуцированных) ПР в течении 24 часов рекомендовано внутривенное введение магния сульфата** в 24 - 33 недель беременности с целью нейропротекции плода
- При ПРПО рекомендована антибактериальная терапия с целью пролонгирования беременности и снижения неонатальной заболеваемости с момента постановки диагноза ПРПО в течение 10 дней, либо до родов (если они начинаются ранее)
- При ПРПО не рекомендовано применение амоксициллина+клавулоновой кислоты** в связи с высокой частотой развития некротизирующего энтероколита у новорожденных

Хирургическое лечение

- При укорочении шейки матки и интактных плодных оболочках рекомендован серкляж (наложение швов на шейку матки)
- Для адекватного анестезиологического обеспечения при серкляже рекомендовано применение как методов нейроаксиальной анестезии (эпидуральная, спинальная, комбинированная спинально-эпидуральная), так и общей анестезии

Иное лечение

- При ПРПО в 24 - 36 недель беременности рекомендована выжидательная тактика, направленная на пролонгирование беременности, под контролем состояния беременной и плода[

- При ПРПО рекомендовано наблюдение всех пациенток в условиях круглосуточного стационара

Родоразрешение

- При ПР через естественные родовые пути при отсутствии противопоказаний в качестве метода обезболивания рекомендована нейроаксиальная аналгезия (эпидуральная, спинальная, комбинированная спинально-эпидуральная)

- С учетом отрицательного влияния на состояние плода и новорожденного при ПР и наличии противопоказаний рекомендовано избегать применения опиоидов в качестве адъювантов для нейроаксиальной аналгезии

- При ПР и тазовом предлежании плода до 32 недель беременности КС рекомендовано в качестве метода выбора родоразрешения

- При оперативном родоразрешения путем операции КС при ПР рекомендовано применение как методов нейроаксиальной анестезии (эпидуральная, спинальная, комбинированная спинально-эпидуральная), так и общей анестезии для адекватного анестезиологического обеспечения

- При отсутствии сопутствующих факторов риска непрерывный мониторинг состояния плода в родах не рекомендован

- Рекомендовано отсроченное пережатие сосудов пуповины в присутствии неонатолога после рождения плода

- Рекомендовано после рождения ребенка в гестационном сроке менее 27 недель помещать его в прозрачный полиэтиленовый пакет и под лучистое тепло для поддержания температуры тела

Профилактика

При угрожающих ПР, начавшихся ПР и ПРПО в 24 - 33 недель беременности рекомендована антенатальная профилактика РДС плода. (бетаметазон** внутримышечно в дозе 12 мг 2 раза с интервалом 24 часа или дексаметазон** внутримышечно в дозе 6 мг 4 раза с интервалом 12 часов или в дозе 8 мг 3 раза с интервалом 8 часов (суммарная доза 24 мг).

Инфекции амниотической полости и плодных оболочек (хориоамнионит) Год утверждения: 2021

Определение

Хориоамнионит (ХА) - инфекционное воспаление плодных оболочек, амниотической жидкости, децидуальной ткани и плода, вызванное полимикробными ассоциациями.

Клиническая картина заболевания или состояния

Основные симптомы ХА включают фебрильную лихорадку (температура тела $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$), болезненность матки, тахикардию у матери (≥ 100 ударов/минуту), тахикардию у плода (≥ 160 ударов/минуту), гноевидные или гноевидно-сукровичные влагалищные выделения, иногда - со зловонным запахом.

Диагностика заболевания или состояния

ХА диагностируется при наличии 3-х из следующих признаков: фебрильная лихорадка, тахикардия у плода, тахикардия у матери, лейкоцитоз у матери, болезненность матки, гноевидные или гноевидно-сукровичные выделения из влагалища. ХА верифицируется на основании гистологического исследования последа и/или микробиологического (культурального) исследования отделяемого женских половых органов (и/или амниотической жидкости) на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы.

Жалобы и анамнез

- Рекомендовано провести опрос на наличие жалоб на повышение температуры тела $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$, тахикардию, гноевидные или гноевидно-сукровичные выделения из влагалища, зловонный запах выделений из влагалища, болезненность матки

- Рекомендовано учесть факторы риска развития ХА с целью диагностики ХА

- Рекомендовано определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования (УЗИ) плода (оптимально – УЗИ в 1- триместре беременности) с целью определения дальнейшей тактики ведения пациентки

Физикальное обследование

- Рекомендовано проведение общей термометрии с целью выявления гипертермии

- Рекомендовано бимануальное влагалищное исследование с целью оценки болезненности матки, характера выделений из половых путей и характера околоплодных вод в случае их подтекания

- Рекомендовано измерение артериального давления на периферических артериях и измерение частоты сердцебиения пациентки с целью выявления артериальной гипертензии и тахикардии

- Рекомендована аускультация плода с помощью стетоскопа с целью оценки состояния плода

Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендовано определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) с целью готовности к гемотрансфузии

- Рекомендовано исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови, определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови, определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови с целью своевременной профилактики интранатальной передачи инфекции в случае ее выявления

- Рекомендован общий (клинический) анализ крови развернутый

- Рекомендовано исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови

- Рекомендовано микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы

- Рекомендовано микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы

- Рекомендовано патолого-анатомическое исследование последа

Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендована кардиотокография плода с целью оценки его состояния

- Рекомендовано УЗИ плода с целью фетометрии, оценки положения и предлежания плода

Иные диагностические исследования

- Рекомендована консультация врача-анестезиолога-реаниматолога с целью оценки интраоперационных рисков в случае оперативного родоразрешения путем кесарева сечения

Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Рекомендована антибактериальная терапия с целью снижения неонатальной заболеваемости и гнойно-септических осложнений у матери

Препаратами выбора являются ампициллин** или цефазолин** в сочетании с #гентамицином**. Схемы терапии: (1) ампициллин** 2 г внутривенно каждые 6 часов + #гентамицин** 3-5 мг/кг внутривенно каждые 24 часа или 1,5 мг/кг каждые 8 часов; (2) цефазолин** 2 г внутривенно каждые

8 часов + #гентамицин** 3-5 мг/кг каждые 24 часа или 1,5 мг/кг каждые 8 часов. Для монотерапии назначается ампициллин + [сульбактам]** 1,5 г внутривенно каждые 6 часов. Также для монотерапии назначаются цефалоспорины 2-3-го поколения.: #цефокситин** 2 г внутривенно каждые 8 часов или #цефтриаксон** 1-2 г каждые 24 часа, в тяжелых случаях суточную дозу можно увеличить до 4 г [4, 75, 80–84]. При аллергической реакции на пенициллины рекомендовано назначение клиндамицина** или #ванкомицина** в сочетании с #гентамицином**. Схема терапии: клиндамицин** 900 мг внутривенно каждые 8 часов или #ванкомицин** 1 г внутривенно каждые 12 часов + #гентамицин** 3-5 мг/кг внутривенно каждые 24 ч или 1,5 мг/кг каждые 8 часов.

- При родоразрешении путем кесарева сечения рекомендовано введение дополнительной дозы клиндамицина** 900 мг внутривенно или метронидазола** 500 мг внутривенно с целью снижения гнойно-септических осложнений у матери

- Рекомендована отмена антибактериальной терапии в послеродовом периоде при отсутствии клинических проявлений эндометрита в течение 24 часов

- При наличии фебрильной лихорадки рекомендовано назначение #парацетамола** с целью ее купирования

- Рекомендовано внутривенное введение магния сульфата** в 240 -336 недели беременности с целью нейропротекции плода

- Рекомендована антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома плода в 240 - 336 недель беременности

Родоразрешение

- Рекомендовано ведение непрерывного КТГ-мониторинга плода в родах с целью мониторинга за его состоянием

- Рекомендовано рассмотреть вопрос о родоразрешении независимо от гестационного срока с целью снижения риска акушерских и перинатальных осложнений

- Рекомендовано родоразрешение через естественные родовые пути при отсутствии показаний к кесареву сечению с целью снижения риска септических акушерских осложнений

- Рекомендована индукция родов путем внутривенной инфузии Окситоцина** при развитии слабости родовой деятельности

Список литературы ;

1. G.P., Chavchidze A.T. [Features of physical and sexual development and reproductive behaviour in female adolescents]. Georgian Med News. 2012; (202):28–32.
2. Suwanrath C., Suntharasaj T. Sleepwake cycles in normal fetuses. Arch Gynecol Obstet. 2010; 281(3):449–54.
3. Hamilton E., Warrick P., O’Keeffe D. Variable decelerations: do size and shape matter? J Matern Fetal Neonatal Med. 2012; 25(6):648–53.
4. Hu X.Q., Yang S., Pearce W.J., Longo L.D., Zhang L. Effect of chronic hypoxia on alpha1 adrenoceptor mediated inositol 1,4,5-trisphosphate signaling in ovine uterine artery. J Pharmacol Exp Ther. 1999; 288(3):977–83.
5. Mateev S., Sillau A.H., Mouser R., McCullough R.E., White M.M., Young D.A., et al. Chronic hypoxia opposes pregnancy-induced increase in uterine artery vasodilator response to flow. Am J Physiol Heart Circ Physiol. 2003; 284(3):H820-9.
6. Hu X.Q., Longo L.D., Gilbert R.D., Zhang L. Effects of long-term high altitude hypoxemia on alpha 1- adrenergic receptors in the ovine uterine artery. Am J Physiol. 1996; 270(3 Pt 2):H1001-7.
7. Mateev S.N., Mouser R., Young D.A., Mecham R.P., Moore L.G. Chronic hypoxia augments uterine artery distensibility and alters the circumferential wall stress-strain relationship during pregnancy. J Appl Physiol. 2006; 100(6):1842–50.
8. Pressure N.H.B.P.E.P.W.G. on H.B., Pregnancy I. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J
9. Клинические рекомендации « Инфекции амниотической полости и плодных оболочек (хориоамнионит)»
10. Maharaj D. Assessing Cephalopelvic Disproportion: Back to the Basics. Obstet Gynecol Surv. 2010; 65(6):387–95.
11. Pavličev M., Romero R., Mitteroecker P. Evolution of the human pelvis and obstructed labor: new explanations of an old obstetrical dilemma. Am J Obstet Gynecol. 2020; 222(1):3–16.
12. Milman N., Paszkowski T., Cetin I., Castelo-Branco C. Supplementation during pregnancy: beliefs and science. Gynecol Endocrinol. 2016; 32(7):509–16.
13. DeSilva J.M., Rosenberg K.R. Anatomy, Development, and Function of the Human Pelvis. Anat Rec. 2017; 300(4):628–32.
14. Gruss L.T., Schmitt D. The evolution of the human pelvis: changing adaptations to bipedalism, obstetrics and thermoregulation. Philos Trans R Soc B Biol Sci. 2015; 370(1663):20140063.
15. Huseynov A., Zollikofer C.P.E., Coudyzer W., Gascho D., Kellenberger C., Hinzpeter R., et al. Developmental evidence for obstetric adaptation of the human female pelvis. Proc Natl Acad Sci. 2016; 113(19):5227–32.
16. Клинические рекомендации : «Преждевременные роды»