

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения

Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:

ДМН, Профессор Цхай Виталий Борисович

РЕФЕРАТ

«Преждевременные роды с позиции современного акушерства»

Выполнила: клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии
лечебного факультета
Носова Лилия Андреевна

Проверил: Ассистент Коновалов Вячеслав Николаевич

г. Красноярск

2018г.

Оглавление

Определение	- 3 -
Классификация	- 3 -
Этиология	- 3 -
Патогенез.....	- 4 -
Клиника	- 4 -
Диагностика преждевременных родов.....	- 4 -
Дифференциальная диагностика.....	- 6 -
Лечение	- 6 -
Ведение преждевременных родов	- 8 -
Профилактика	- 9 -
Заключение	- 12 -
Список использованной литературы:	- 13 -

Определение

Согласно определению ВОЗ, преждевременными называют роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36 недель и 6 дней (154 - 259 дней), начиная с первого дня последней нормальной менструации при регулярном менструальном цикле, при этом масса тела плода составляет от 500 до 2500 г.

С 2012 года прерывание беременности в связи с тяжелыми структурными аномалиями развития плода (некурабельные ВПР) должно производиться до 22 недель беременности

Классификация преждевременных родов в соответствии со сроком гестации:

* **до 28 недель** (27 недель 6 дней включительно) - очень ранние ПР.

При этом новорожденные являются глубоко недоношенными, имеют экстремально низкую массу тела (до 1000 г), выраженную незрелость легких (хотя в ряде случаев профилактика РДС эффективна).. Прогноз для них крайне неблагоприятный. Показатели заболеваемости и смертности новорожденных крайне высокие.

* **28-30 нед и 6 дней**- ранние ПР.

Для новорожденных (тяжелая недоношенность) характерна очень низкая масса тела (до 1500 г), легкие плода незрелые, с помощью кортикостероидов удается добиться их ускоренного созревания. Исход родов для плода и постнатальный прогноз более благоприятны.

* **31-33 нед и 6 дней** - преждевременные роды.

У новорожденных имеет место недоношенность средней степени.

* **34-36 недель 6 дней** — поздние преждевременные роды.

Легкие плода практически зрелые и не требуют введения средств для стимуляции созревания (сурфактанта). Инфекционная заболеваемость новорожденных, родившихся в 34-37 недель беременности, значительно ниже, чем родившихся в более ранние сроки.

Этиология

Гормональные нарушения, инфекция полового тракта и их сочетание-основные этиологические факторы преждевременных родов.

Факторы риска ПР:

- Низкий социально-экономический уровень жизни
- Стрессовая ситуация на работе и/или в семье

- Возраст < 18 или > 34 лет
- Многоплодная/индуцированная беременность
- Алкогольная/никотиновая/лекарственная зависимость
- Цервико-вагинальная инфекция
- Инфекция мочевыводящих путей (в т.ч. бессимптомная)
- Многоводие
- Сахарный диабет (тяжелые формы)
- Тяжелая экстрагенитальная патология
- Гипертермия
- Хирургические вмешательства при данной беременности

Патогенез

- Повышенный выброс цитокинов при инфекционном поражении
- повышение количества и активация окситоциновых рецепторов в миометрии, что способствует сократительной деятельности матки.

Клиника

Клиническая картина угрозы преждевременных родов: повышение тонуса матки. Беременная предъявляет жалобы на тянущие либо схваткообразные боли внизу живота и в пояснице; чувство давления и распираия в области влагалища; учащённое мочеиспускание — симптом низкого расположения предлежащей части. При влагалищном исследовании шейка матки сохранена, наружный зев закрыт. У повторнородящих он может пропускать кончик пальца.

Клиника начинающихся преждевременных :

- регулярная родовая деятельность (схватки)
- При влагалищном исследовании отмечается динамика раскрытия шейки матки (более 2-4 см)
- Часто наблюдается преждевременное излитие околоплодных вод.

Диагностика преждевременных родов

Диагностика преждевременных родов не представляет трудности и основывается на жалобах беременной, данных общего осмотра и влагалищного исследования.

1) АНАМНЕЗ

При сборе анамнеза необходимо обращать внимание на наличие факторов риска преждевременных родов, на особенности течения и исход предыдущих беременностей, если таковые были. У повторнородящих уточнить срок предыдущих родов, массу плода, особенности течения родов и послеродового периода. Для выработки правильной лечебной и диагностической тактики необходимо точно определить срок беременности.

2) ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

При общем осмотре измеряют температуру тела, АД, частоту и характер пульса беременной. При осмотре беременной отмечают повышенную возбудимость или тонус матки при угрожающих преждевременных родах и регулярные схватки при начинающихся или начавшихся родах.

Во время влагалищного исследования при угрожающих преждевременных родах определяется структура и консистенция шейки матки (шейка матки сформирована, влагалищная часть до 2,0 см, наружный зев сомкнут или пропускает кончик исследующего пальца). При начавшихся преждевременных родов шейка матки сглажена, есть динамика раскрытия шейки матки.

3) ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лабораторную диагностику проводят с целью определения этиологии угрозы преждевременных родов. При подозрении на инфекционную этиологию производят посев из цервикального канала с обязательным определением чувствительности к антибиотикам, при подозрении на вирусную инфекцию проводят качественную ПЦР.

4) ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основной задачей ультразвукового исследования (УЗИ) является точное определение гестационного срока и массы плода, выявление ЗРП — необходимо для правильной выработки акушерской тактики.

УЗИ позволяет определить динамику изменений в шейке матки (УЗИ цервикометрия-определение длины цервикального канала и диаметра внутреннего зева).

Показания к госпитализации: госпитализация беременных с угрозой прерывания, с начавшимися преждевременными родами, ПРПО с 22 нед беременности проводится в отделение патологии беременности родильного дома, а не в гинекологический стационар.

ДИАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Диагноз начала преждевременных родов может быть уточнен с помощью трансвагинального УЗИ с измерением длины шейки матки или определения фибронектина плода в шеечно-влагалищном секрете. В целях определения риска преждевременных родов используют доступные в нашей стране экспресс-тест-системы для определения фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1) - Актим ПАРТУС, Актим ПРОМ – в цервикальном секрете. Указанные методы повышают диагностическую точность и снижают риск ятрогенных осложнений, так как препятствуют гипердиагностике преждевременных родов.

Для диагностики активных преждевременных родов важны два показателя:

регулярные схватки (не менее 4 за 20 мин наблюдения) и динамические изменения шейки матки (укорочение и сглаживание). Степень раскрытия шейки матки является индикатором прогноза эффективности токолиза. При раскрытии зева более 3 см (признак активной фазы первого периода) токолиз скорее всего будет неэффективен. Изменения шейки матки являются более объективным показателем, чем оценка родовой деятельности. При длине шейки матки более 3 см, вероятность начала родов в течение ближайшей недели составляет около 1 %. Такая пациентка не подлежит госпитализации или может быть выписана из стационара.

Дифференциальная диагностика

При угрожающих преждевременных родах, основным симптомом которых являются боли внизу живота и в пояснице, дифференциальная диагностика проводится с патологией органов брюшной полости, в первую очередь с патологией кишечника - спастическим колитом, острым аппендицитом, заболеваниями почек и мочевыводящих путей - пиелонефритом, мочекаменной болезнью, циститом. При возникновении болей в области матки необходимо исключить некроз узла миомы, несостоятельность рубца на матке, ПОНРП.

Госпитализация в родовое отделение:

- при выраженной угрозе преждевременных родов; · при укороченной до 1 см или сглаженной шейке матки;
- при регулярных схватках; · при данных анамнеза об имевших место преждевременных родах.

После купирования явлений угрозы беременная переводится в отделение патологии для дальнейшего лечения.

Лечение

Немедикаментозное лечение:

При угрозе преждевременных родов показан постельный режим, физический, эмоциональный и половой покой.

Физиотерапевтические методы — электрофорез магния синусоидальным модулированным током, иглорефлексотерапия, электроаналгезия.

Медикаментозная терапия:

-токолитическую терапию; -профилактику РДС плода (в случаях необходимости); - профилактика инфекционных осложнений (при начавшихся преждевременных родов)

Токолитическая терапия.

В настоящее время наиболее популярными токолитиками являются селективные β 2-адреномиметики, блокаторы рецепторов окситоцина и блокаторы кальциевых каналов.

Селективные β 2-адреномиметики:

Гексопреналина сульфат - (гинипрал, ипрадол)

· острый токолиз следует начинать с болюсного введения 10 мкг (1 ампула по 2 мл) препарата, разведенного в 10 мл изотонического раствора, в течение 5-10 минут с последующей инфузией со скоростью 0,3 мкг/мин;

· при проведении длительного токолиза рекомендуемая доза гексопреналина сульфат-0,075 мкг/мин. Максимальная суточная доза 430 мкг.

Блокаторы рецепторов окситоцина

Атосибан (трактоцил) вводят в/в в 3 последовательные этапа:

1. Вначале в течение 1 минуты вводится 1 флакон по 0,9 мл препарата без разведения (начальная доза 6,75 мг)

2. Сразу после этого в течение 3-х часов проводится инфузия препарата в дозе 300 мкг/мин (скорость введения 24 мл/час или 8 капель/мин.)

3. После этого проводится продолжительная (до 45 часов) инфузия атосибана в дозе 100 мкг/мин (скорость введения 8 мл/час или 3 капли/мин.). Общая продолжительность лечения не должна превышать 48 часов. Максимальная доза на весь курс не должна превышать 330 мг.

Блокаторы кальциевых каналов

Нифедипин:

Схемы применения нифедипина: 20 мг per os; далее - если сокращения матки сохраняются - через 30 минут 20 мг повторно, затем по 20 мг каждые 3-8 часов в течение 48 часов по показаниям. Максимальная доза 160 мг/сутки;

или 10 мг сублингвально, затем, при необходимости, каждые 20 минут по 10 мг (максимальная доза в течение первого часа 40 мг), затем каждые 4 часа по 20 мг до 48 часов.

Профилактика РДС плода:

Схемы применения:

2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг с интервалом 24 часов (наиболее часто используемая схема в РКИ, вошедших в систематический обзор);

или 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг с интервалом 12 часов;

или 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов

Профилактика инфекционных осложнений:

Во время преждевременных родов антибиотики должны быть назначены с профилактической целью. Первую дозу следует вводить как минимум за 4 часа до рождения ребенка.

Схема применения:

- ампициллин — начальная доза 2 грамма в/в сразу после диагностики преждевременных родов, затем по 1 грамму каждые 4 часа до родоразрешения; или
- цефалоспорины 1-го поколения - начальная доза 1 грамм в/в, затем каждые 6 часов до родоразрешения; или
- при положительном результате посева на стрептококк группы В (БГС) начальная доза 3 г пенициллина в/в, затем по 1,5 грамм каждые 4 часа до родоразрешения.

Ведение преждевременных родов

-В случае нормального течения родов их ведут выжидательно, проводят адекватное обезболивание родов.

-Оптимальный метод обезболивания при преждевременных родах — эпидуральная анальгезия.

-Основной задачей ведения I периода родов является профилактика быстрого их течения. Адекватное обезболивание и недопущение бурной родовой деятельности – основные мероприятия профилактики травматизации недоношенных детей.

-В случае развития аномалий родовой деятельности проводят их лечение. Коррекция нарушений сократительной деятельности матки при быстрых преждевременных родах проводится внутривенным капельным введением токолитиков. Токолиз продолжается не менее 2–3 часов, так как после быстрой отмены препарата вновь возникают дискоординированные сокращения или гиперактивность матки. Токолиз следует прекратить при открытии шейки матки на 8–9 см, т.е. за 30–40 мин до предполагаемых родов.

-При слабости родовой деятельности проводят её стимуляцию. Введение стимулирующих средств при преждевременных родах следует проводить осторожно, отслеживая характер родовой деятельности и состояние плода.

-Использование акушерских щипцов, вакуум-экстракции плода возможно при сроках гестации 34–37 нед.

-При тазовом предлежании недоношенного плода предпочтительным следует считать КС

-Профилактика кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах проводится по обычной методике (внутривенное введение преимущественно окситоцина).

Профилактика

1. Первичная профилактика (вне беременности)

Рекомендуется:

- ограничение повторных внутриматочных манипуляций (выскабливание полости матки);
- информирование общественности о повышенном риске преждевременного рождения детей, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.

Ограничение количества переносимых эмбрионов в зависимости от возраста пациентки и прогноза.

Не рекомендуется:

- рутинное применение поливитаминов до зачатия и на протяжении первых двух месяцев беременности;
- назначение белково-энергетических пищевых добавок в период беременности;
- дополнительный прием кальция во время беременности;
- дополнительный прием антиоксидантов - витаминов С и Е;
- постельный режим (bed-rest);
- гидратация (усиленный питьевой режим, инфузионная терапия), используемая в целях нормализации фетоплацентарного кровотока для предотвращения преждевременных родов.

2. Вторичная профилактика (в период беременности)

Рекомендуется:

- внедрение антитабачных программ среди беременных;
- назначение вагинального прогестерона в капсулах беременным с короткой шейкой матки (10-25 мм) или с преждевременными родами в анамнезе.

Отдельные методы профилактики в группе беременных высокого риска преждевременных родов:

Швы на шейку матки. Считается неэффективным наложение швов при короткой шейке матки всем беременным, кроме женщин из группы высокого риска преждевременных родов.

При длине шейки матки 15 мм и менее при дополнительном интравагинальном введении прогестерона частота преждевременных родов уменьшается.

Согласно данным Кохрейновского обзора, наложение швов на шейку матки снижает частоту преждевременных родов у женщин высокого риска без статистически значимого снижения частоты перинатальной смертности или неонатальной заболеваемости.

При беременности двойней наложение швов на укороченную шейку матки, наоборот, повышает риск преждевременных родов. Вместе с тем, рядом авторов описывается положительный опыт наложения **П-образных и циркулярных швов**, которые способствуют пролонгированию беременности до рождения жизнеспособных детей (>33-34 недель беременности), при двойнях, тройнях и даже четверне.

Производные прогестерона. По данным мировой литературы эффективно назначение прогестерона в группе высокого риска у «асимптомных» женщин (прежде всего среди женщин, в анамнезе которых имеются преждевременные роды) снижает риск повторных преждевременных родов на 35 %.

В настоящее время натуральный (биоидентичный) прогестерон одобрен для сохранения беременности в первом триместре у пациентов, получающих лечение вспомогательными репродуктивными технологиями в США, Европе и других странах. Профиль безопасности этого препарата хорошо изучен. В США профилактика преждевременных родов путем назначения вагинального прогестерона женщинам с короткой шейкой матки, выявленной при УЗ-цервикометрии, оказалась эффективной и экономически оправданной.

В отличие от натурального прогестерона нет единого мнения в поддержку применения 17 альфа-гидроксипрогестерона капроната, синтетического прогестерона для профилактики преждевременных родов. Более того, имеются данные о риске развития гестационного сахарного диабета или антенатальной гибели плода при применении 17 альфа-гидроксипрогестерона капроната.

Прогестерон и его производные неэффективны при многоплодной беременности.

При назначении препаратов прогестерона необходимо информированное согласие женщины, поскольку компаниями-производителями при регистрации указанных лекарственных средств на территории Российской Федерации в показаниях к их применению не указаны угрожающие преждевременные роды и возможность использования препаратов во втором и третьем триместрах беременности.

Антибактериальная профилактика

Рекомендуется:

- скрининг и лечение бессимптомной бактериурии, определяемой как наличие бактерий в посевах в количестве более 10^5 КОЕ/мл. Выбор препарата зависит от результатов посева (чувствительности к антибиотикам). Возможная схема лечения:

ампициллин 500 мг 4 раза в день per os в течение 3 дней;

-скрининг и лечение сифилиса. Возможные схемы лечения:

- первичный, вторичный и ранний латентный: пенициллин 2,5 млн. ЕД (1,5 г) однократное внутримышечное введение;

- поздний латентный: пенициллин 2,5 млн. ЕД (1,5 г) трехкратное внутримышечное введение с интервалом в 1 неделю.

- скрининг и лечение гонококковой инфекции в группе высокого риска по гонорее. Возможные схемы лечения: цефтриаксон 125 мг или цефиксим 400 мг однократное внутримышечное введение.

- при выявлении β -гемолитического стрептококка в микробиологических посевах.

Не рекомендуется:

- назначение антибиотиков при целом плодном пузыре (даже при положительном фибронектиновом тесте);

- рутинный скрининг на патогенную и условно-патогенную флору нижних отделов половых путей у беременных из группы низкого риска преждевременных родов, а также антибактериальная терапия при колонизации.

Имеется положительный опыт пролонгирования беременности при включении в комплекс лечебных мероприятий антибактериальной терапии при лейкоцитозе с нейтрофильным сдвигом, выявлении высокой колонизации патогенных и условно-патогенных микроорганизмов в бактериологических посевах из влагалища и шейки матки у беременных высокого риска.

Рекомендуется:

- скрининг и лечение бактериального вагиноза у беременных с преждевременными родами в анамнезе. Имеются данные о том, что лечение бактериального вагиноза, проведенное на сроке беременности менее 20 недель, может снизить риск преждевременных родов.

Возможные схемы лечения: метронидазол 500 мг 2 раза в день per os в течение 7 дней, или метронидазол 250 мг 3 раза в день per os в течение 7 дней, или препараты клиндамицина 300 мг 2 раза в день per os 7 дней.

В 1-м триместре стоит воздержаться от лечения, так как метронидазол и клиндамицин противопоказаны при этом сроке беременности.

- скрининг и лечение хламидийной инфекции. Возможные схемы лечения: азитромицин 1 г однократно per os или эритромицин (кроме эритромицина эстолата) 500 мг 4 раза в день per os в течение 7 дней, или амоксицилин 500 мг 4 раза в день - 7 дней, или джозамицин 500 мг 3 раза в день per os в течение 7 дней.

Заключение

Преждевременные роды являются актуальной медико-социальной проблемой.

Снижение заболеваемости недоношенных и инвалидности с детства зависит от успехов медико-биологических исследований, которые откроют новую эру в лечении каждого конкретного больного, эру персонализированной медицины.

Если Арчи Кохрейн в свое время писал, что «эффективная медицина должна быть доступной», то реалии сегодняшнего дня требуют очень важного дополнения: медицина должна быть не только доступной, но и безопасной, особенно, когда это касается беременной женщины.

Задачей акушеров в настоящее время является обеспечение предгестационной подготовки супружеских пар с потерями беременности в анамнезе, тщательное мониторирование беременности в плане профилактики инфекционно-воспалительных осложнений, использование данных доказательной медицины при проведении вторичной профилактики угрожающих преждевременных родов и бережное родоразрешение с применением новых технологий по снижению неонатальной заболеваемости и смертности

Список использованной литературы:

- 1) Клинические рекомендации (протокол) Преждевременные роды.
Адамян Л.В., Серов В.Е. и др. 2014
- 2) Национальное руководство по акушерству и гинекологии под ред. Г.
М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. 2015
- 3) Клинические рекомендации акушерство и гинекология под ред. В. Н.
Серова, Г. Т. Сухих.