

**ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России
Кафедра оперативной гинекологии ИПО**

Зав.кафедрой:
д.м.н., Доцент
Макаренко Т.А.

Реферат на тему
«Преждевременные роды»

Выполнила:
Клинический ординатор
Кафедры оперативной гинекологии ИПО
Ермохина Владислава Сергеевна

КРАСНОЯРСК 2020

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

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Рецензия д.м.н., доцента Макаренко Татьяны Александровны на реферат клинического ординатора первого года обучения по специальности «Акушерство и гинекология» Ермохиной Владиславы Сергеевны по теме «Преждевременные роды».

Основные оценочные критерии рецензии:

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	
2	Наличие орфографических ошибок	
3	Соответствие текста реферата теме	
4	Владение терминологией	
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	
6	Логичность доказательной базы	
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	
8	Использование известных научных источников	
9	Умение сделать общий вывод	

Итоговая оценка:

Комментарий рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Содержание

1. Введение
2. Патогенез
3. Клиника и Диагностика
4. Лечение
5. Заключение
6. Список используемой литературы

Введение

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

ПР относятся к большим акушерским синдромам, которые характеризуются длительным субклиническим течением и вовлечением в патологический процесс плода.

Проблема преждевременных родов занимает одно из ведущих мест в современном акушерстве, так как определяет уровень перинатальной заболеваемости и смертности. По рекомендации ВОЗ учет перинатальной смертности осуществляется с 22-й недели беременности при массе плода 500 г и более. На долю недоношенных детей приходится 60—70 % ранней неонатальной смертности и 65—75 % детской смертности; мертворождаемость при преждевременных родах наблюдается в 8—13 раз чаще, чем при своевременных. Перинатальная смертность недоношенных новорожденных в 33 раза выше по сравнению с этим показателем у доношенных. Проблема преждевременных родов имеет и психосоциальный аспект, так как рождение недоношенного ребенка, его болезнь или смерть являются тяжелой психической травмой. Женщины, потерявшие детей, ощущают боязнь за исход последующих беременностей, испытывают чувство собственной вины, что в конечном итоге приводит к заметному уменьшению их жизненной активности, конфликтам в семье, а часто и к отказу от предполагаемой беременности. В связи с этим проблема преждевременных родов имеет не только медицинское, но и большое социальное значение.

Патогенез

Научно доказана связь ПР с инфекцией нижних половых путей. Каждая из внутриамниотического воспаления, которое в большинстве случаев протекает субклинически. У данных пациенток имеется высокий риск преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) и гнойно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде. Инфекционно-воспалительный процесс приводит к повышению сократительной активности миометрия и деградации внеклеточного матрикса с ремоделированием шейки матки и амниотической мембраны персистирующая инфекция приводит к развитию манифестного хориоамнионита и синдрома системной воспалительной реакции (СВРП) плода.

Клиника и диагностика

Различают угрожающие, начинающиеся и начавшиеся преждевременные роды. Угрожающие преждевременные роды характеризуются болями в пояснице и в нижней части живота. Возбудимость и тонус матки повышены, что может быть подтверждено результатами гистерографии и тонусометрии. При влагалищном исследовании обнаруживают, что шейка матки сохранена, наружный зев ее закрыт. У повторнородящих он может пропускать кончик пальца. Нередко отмечаются подтекание околоплодных вод и повышенная двигательная активность плода.

При начинающихся преждевременных родах обычно выражены схваткообразные боли внизу живота или регулярные схватки, что подтверждается результатами гистерографии. При влагалищном исследовании отмечают изменения шейки матки (укорочение или сглаженность). Часто наблюдается преждевременное излитие околоплодных вод. Для начавшихся преждевременных родов характерны регулярная родовая деятельность и динамика раскрытия шейки матки (более 2-4 см).

Основная трудность диагностики заключается в том, что роды развиваются незаметно, маточная активность в течение беременности постоянно повышается с переходом от исходной фоновой к более регулярным и более сильным сокращениям. К клиническим признакам начинающихся преждевременных родов относятся жалобы женщин на схваткообразные боли внизу живота и пояснице, при этом схватки продолжаются не менее 40 с, возобновляются каждые 5 мин и сопровождаются сглаживанием и открытием шейки матки на 3 см и более иногда с подтеканием околоплодных вод.

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»).

При поступлении беременной по поводу преждевременных родов необходимо:

1. выяснить возможную причину угрозы или наступления преждевременных родов;
2. установить срок беременности и предполагаемую массу плода, его положение, предлежание, характер сердцебиения плода, характер выделений из влагалища (околоплодные воды, кровотечение), состояние шейки матки и плодного пузыря,

наличие или отсутствие признаков инфекции, наличие родовой деятельности и ее интенсивность;

3. определить стадию развития преждевременных родов (угрожающие, начинающиеся, начавшиеся), так как терапия должна быть строго дифференцированной. При Угрожающих или начинающихся родах может быть проведена терапия, направленная на сохранение беременности. При начавшихся родах такое лечение неэффективно.

Для диагностики угрожающих и начинающихся преждевременных родов Редко требуется проведение специальных исследований, с целью определения возбудимости и сократительной активности матки (гистерография).

При влагалищном исследовании определяют состояние шейки матки: ее консистенцию, длину (сглаженность), проходимость канала, отношение шейки матки к оси таза, наличие деформации шейки матки, состояние плодного пузыря.

Для угрожающих преждевременных родов характерно наличие непостоянных болей в нижней части живота и пояснице. При начинающихся преждевременных родах обычно отмечаются выраженные схваткообразные боли внизу живота или регулярные схватки. Начавшиеся преждевременные роды характеризуются наличием регулярных схваток, иногда наблюдается подтекание околоплодных вод.

При угрожающих преждевременных родах шейка матки обычно сохранена, наружный зев закрыт либо пропускает кончик пальца. При начинающихся родах шейка матки укорочена либо сглажена, канал ее проходим для пальца. При начавшихся преждевременных родах наблюдаются сглаженность и открытие шейки матки. С целью более объективной оценки акушерской ситуации при преждевременных родах можно использовать индекс гоколиза по Баумгартену, который позволяет индивидуально подойти к назначению лечения, оценить показания и противопоказания к сохранению беременности.

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.

2.4. Инструментальные диагностические исследования Пациенткам группы риска ПР рекомендовано УЗИ шейки матки (трансвагинальная УЗ-цервикометрия) для своевременной диагностики истмико-цервикальной недостаточности. Длина шейки матки ≤ 25 мм до 34 недель беременности является прогностическим фактором ПР. В 20 беременности длина шейки матки ≤ 25 мм ассоциирована с повышением риска ПР в 6 раз. До 34 недель при одноплодной беременности определение длины шейки матки ≤ 25 мм имеет чувствительность 76%, специфичность – 68%, PPV – 20% и NPV – 96% для диагноза ПР.

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 22.0-23.6 недели беременности на основании коллегиального решения (совместный осмотр, консилиум) рекомендован диагностический трансабдоминальный амниоцентез.

Лечение

Для понижения возбудимости матки и подавления ее сократительной деятельности предлагается следующее комплексное лечение.

1. Постельный режим.

2. Психотерапия, седативные средства: настойка пустырника (15,0:200,0) по 1 столовой ложке 3-4 раза в день, настойка валерианы (20,0:200,0) + настойка пустырника (20,0) по 1 столовой ложке 3 раза в день; могут быть использованы такие седативные препараты, как триоксазин по 0,3 г 2-3 раза в сутки, нозепам (тазепам) по 0,01 г 2-3 раза в день, сибазон по 0,015 г 1-2 раза в сутки.

3. Спазмолитическая терапия: 0,1 % раствор метацина – 1 мл внутримышечно, баралгин по 2 мл, но-шпа по 2 мл внутримышечно 2-4 раза в сутки, 2 % раствор папаверина гидрохлорида по 2 мл внутримышечно 2-3 раза в сутки.

После хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности целесообразно назначить более сильные спазмолитики (баралгин, метацин). В случае проявлений истмико-цервикальной недостаточности без хирургической коррекции или после ушивания наружного зева шейки матки по методу Сенди целесообразно использовать препараты с менее выраженными спазмолитическими свойствами, но являющиеся антиагрегантами, способствующими снижению уровня простагландинов (но-шпа, папаверина гидрохлорид).

4. Средства, снижающие активность матки: 25 % раствор магния сульфата по 10 мл внутривенно 2-4 раза в сутки; токолитики: партусистен, бриканил: антагонисты ионов кальция – финоптин (изоптин).

При угрожающих ПР и начавшихся ПР в сроках беременности 24.0 – 33.6 недель рекомендована токолитическая терапия

Введение токолитических препаратов может снизить силу и частоту сокращений матки, отсрочить наступление родов на 48 часов и/или даже 7 дней, но не пролонгировать беременность до доношенного срока. Препараты вводятся в течение 48 часов с целью профилактики РДС у плода, проведения магнезиальной терапии для нейропротекции плода, и перевода беременной в стационар 3-й группы.

Противопоказаниями для токолитической терапии являются: внутриутробная гибель плода, ВПР, несовместимые с жизнью, тяжелая преэклампсия и эклампсия, кровотечение у матери с нестабильной гемодинамикой, хориоамнионит, противопоказания со стороны матери к данной терапии, ПРПО при сроке беременности более 32.0 недель, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), несостоятельность рубца на матке, раскрытие маточного зева более 4 см. Токолитическая терапия в сроках менее 24.0 недель

должна быть рассмотрена индивидуально, с разъяснением семье о неблагоприятном прогнозе для новорожденного при родах в этом сроке 34.0 недели беременности являются порогом, при котором перинатальная заболеваемость и смертность являются достаточно низкими, чтобы оправдать потенциальные осложнения со стороны матери и плода, и затраты, связанные с проведением токолитической терапии.

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 .

Гексопреналин является эффективным токолитиком с доказанной эффективностью, однако большое количество побочных эффектов как со стороны матери, так и плода ограничивают его применение. Схема применения: 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 длительном токолизе рекомендуемая доза - 0,075 мкг/мин; максимальная суточная доза 430 мкг. Дозировка препарата индивидуально. Внутривенный Токолиз проводится в положении женщины на левом боку, желательно кардиомониторным контролем. Рекомендуемый мониторинг: контроль ЧСС и АД матери каждые 15 минут, определение уровня глюкозы крови каждые 4 часа, контроль объема вводимой жидкости и диуреза, аускультация легких каждые 4 часа, контроль за состоянием плода и сократительной активностью матки.

Хирургическое лечение

При укорочении шейки матки и интактных плодных оболочках рекомендован серкляж (наложение швов на шейку матки)

Серкляж проводится в 16.0 – 26.6 недель беременности. Серкляж может быть выполнен как профилактическая мера у пациенток с отягощенным анамнезом (поздний выкидыш и/или ПР) или применен экстренно, когда у пациентки наблюдается преждевременное созревание и укорочение шейки матки, нередко сопровождающееся пролабированием плодных оболочек. Необходимо тщательно взвесить пользу и риск от проводимой процедуры с учетом срока беременности (с увеличением срока риски повышаются), степени раскрытия шейки матки, квалификации врача акушера-гинеколога и возможностей стационара. После 240 недель беременности серкляж проводится только в стационаре 3-й группы. Не рекомендовано наложение швов на шейку матки (серкляж) пациенткам с признаками инфекции, кровотечением из влагалища, сокращениями матки.

Не рекомендована профилактика РДС плода и острый токолиз при длине шейки матки >25 мм и отрицательном результате теста на ПР - ПСИФР-1 или ПАМГ-1

Заключение

Преждевременные роды являются одной из наиболее серьезных причин неонатальной заболеваемости и перинатальной смертности, а также последующих нарушений состояния ребенка, дальнейшее снижение которых и сохранение здоровья женщины по-прежнему остаются актуальными проблемами современного акушерства. Тактика ведения преждевременных родов зависит от их стадии (угрожающие, начинающиеся, начавшиеся), а также от срока беременности, состояния матери и плода, плодного пузыря и раскрытия шейки матки, наличия родовой деятельности и ее выраженности. При коррекции сократительной деятельности матки в процессе быстрых преждевременных родов β -миметиками снижается интенсивность схваток и маточная активность. Использование β -миметиков в процессе быстрых преждевременных родов позволило снизить перинатальную смертность в 1,5 раза. Прежде всего рекомендуется ингибирующая терапия, при этом следует помнить о сроке беременности. Перинатальная смертность снижается после 30 нед беременности, и прогноз еще более оптимистичен при гестационном возрасте плода 32—34 нед и массе тела более 2000 г. Другой показатель, который следует учитывать при решении вопроса о риске или пользе — это открытие шейки матки и ее положение во время лечения. Лечение угрожающих преждевременных родов токолитиками высокоэффективно и позволяет пролонгировать беременность до сроков доношенной в 75—80 % случаев. Однако сохранить беременность любым токолитиком на длительный срок маловероятно, когда открытие шейки матки превышает 4 см. При определении срока и метода преждевременного родоразрешения учитывают множество факторов, в числе которых биологическая готовность организма к родам и морфофункциональная зрелость плода. Оперативное родоразрешение показано при патологии, угрожающей жизни матери, острой и хронической гипоксии плода, не поддающейся медикаментозной терапии, фетоплацентарной недостаточности, тазовом предлежании плода с массой тела не менее 1500 г и аномалиях родовой деятельности. Выживаемость плода при этом во многом зависит от наличия неонатальной службы высокого уровня по выхаживанию детей.

Список используемой литературы

1. Клинические рекомендации « Преждевременные роды» от 2020 года
2. Кулаков В.И ., Мурашко Л.Е. К 88 Преждевременные роды,— М.: Медицина, 2002.— 176 с.
3. Галкина А. С., Ван А. В., Некрасова К. Р., Джобава Э. М., Доброхотова Ю. Э. Угрожающие преждевременные роды: спорные вопросы диагностики и токолитической терапии (обзор литературы). Проблемы репродукции. 2014
4. Акушерство- авторы Г.Г.Гентер, К.К.Скробанский, М.С.Малиновский, И.Ф.Жордания, В.И.Бодяжина, К.Н.Жмакин и др.). Широко использованы материалы монографий отечественных и зарубежных авторов последних лет.