

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России Кафедра организации здравоохранения с психологией и педагогикой

Преподаватель:

Доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой
ФГБОУ ВО СОГМА, к.м.н., Врач-психотерапевт, профессор РАЕ Татров А.С.

«Преждевременные роды»

Исполнитель: Аспирант 1-го года обучения Умаева Т.С.

Научный руководитель: Профессор, д.м.н. Цидаева Т.И.

Владикавказ 2022Г.

Определение

- ▶ Преждевременные роды (ПР) – это роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36,6 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 1-м триместре





МКБ



- O60 – Преждевременные роды и родоразрешение
- O60.0 – Преждевременные роды без родоразрешения
- O60.1 – Преждевременные самопроизвольные роды с досрочным родоразрешением
- O60.2 – Преждевременные самопроизвольные роды со своевременным родоразрешением
- O60.3 – Преждевременное родоразрешение без самопроизвольных родов
- O47.0 – Ложные схватки до 37 полных недель беременности
- O42 – Преждевременный разрыв плодных оболочек

Факторы риска

➤ **Анамнестические:**

- ПР в анамнезе
- внутриматочные операции
- операции на шейке матки

➤ **Социально-биологические:**

- хронические интоксикации (наркомания, курение,алкоголизм)
- Низкий социальный уровень
- Низкий индекс массы тела
- Ожирение
- Возраст менее 18 лет и старше 35 лет

Факторы риска

➤ **Общемедицинские:**

- Операции на органах брюшной полости во время беременности
- Тяжелая экстрагенитальная патология
- Общие травмы
- Мужской пол плода
- Наличие очагов хронической инфекции

➤ **Акушерские:**

- интервал между беременностями менее 6 мес
- Многоплодие
- Многоводие или маловодие
- Индуцированная беременность
- Беременность после ЭКО



Клиническая картина

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
или
- ▶ слегка кровянистыми ("слизистая пробка").

Диагностика

- ▶ Угрожающие ПР проявляются нерегулярными болями в нижней части живота, поясничной области. Объективно определяется повышенный тонус матки, укорочение шейки матки, открытие наружного зева.
- ▶ Начавшиеся ПР сопровождаются болями в нижних отделах живота, регистрируемой регулярной маточной активностью, центрированным положением укороченной, размягченной и нередко дилатированной шейкой матки, наличием слизистых или слизистосукровичных выделений из половых путей, свидетельствующих о созревании шейки матки. Возможно преждевременное излитие околоплодных вод.
- ▶ Активные ПР характеризуются наличием 4 схваток в течение 20 мин и открытием шейки матки ≥ 4 см

Диагностика

► Физикальное обследование:

- 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.



Диагностика

► УЗИ

- Длина шейки матки ≤ 25 мм до 34 недель беременности является прогностическим фактором ПР.
- В 20 недель 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%



Лечение

► Медикаментозная терапия:

- В качестве первой линии токолитической терапии рекомендованы: нифедипин (блокатор "медленных" кальциевых каналов) и atosiban (препарат, блокирующий рецепторы окситоцина).
- Нифедипин не зарегистрирован в качестве токолитического средства и используется off-label, поэтому перед его применением необходимо заключение врачебной комиссии (заведующий отделением и 2 врача акушера-гинеколога) и письменное информированное согласие пациентки на его использование. Схема применения: 20 мг внутрь, 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 .
- Рекомендуемый мониторинг: постоянный контроль ЧСС плода, измерение пульса, артериального давления (АД) каждые 30 минут в течение первого часа, затем м каждый час в течение первых 24 часов, затем каждые 4 часа.

Медикаментозное лечение

- ▶ Атозибан является высокоселективным блокатором рецепторов окситоцина, с небольшим количеством побочных эффектов.
- ▶ Схема применения: препарат вводится внутривенно в 3 последовательных этапа согласно инструкции. Общая продолжительность курса лечения не должна превышать 48 часов, максимальная доза – не более 330 мг.
- ▶ Повторный курс можно начинать в любое время после первого применения препарата, повторять его можно до 3 циклов.
- ▶ Побочные эффекты (со стороны матери): тошнота, рвота, гипергликемия, головная боль, головокружение, тахикардия, артериальная гипотензия (в этих случаях показано снижение дозы препарата), зуд, кожная сыпь.



Медикаментозное лечение

- ▶ Гексопреналин является эффективным токолитиком с доказанной эффективностью.
- ▶ Схема применения: острый токолиз следует начинать с болюсного введения 10 мкг (1 ампула по 2 мл) препарата, разведенного 10 мл изотонического раствора, в течение 5-10 минут с последующей инфузией со скоростью 0,3 мкг/мин, при длительном токоллизе рекомендуемая доза – 0,075 мкг/мин; максимальная суточная доза 430 мкг.
- ▶ 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



Медикаментозная терапия

- Индометацин применяется начиная с 50-100 мг ректально или внутрь, затем по 25 мг каждые 6 часов (не более 48 часов).
- Побочные эффекты со стороны матери: тошнота, рефлюкс-эзофагит, гастрит.
- Побочные эффекты со стороны плода после 31 недели гестации: преждевременное закрытие артериального протока, олигурия и маловодие.



Хирургическое лечение

- При укорочении шейки матки и интактных плодных оболочках рекомендован серкляж
- 

Профилактика

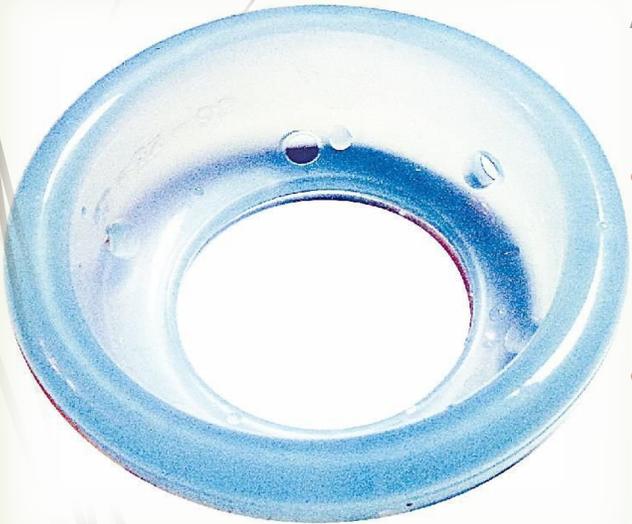
- ▶ Антенатальная профилактика РДС плода

- Для профилактики РДС плода рекомендованы:

Бетаметазон внутримышечно в дозе 12 мг 2 раза с интервалом 24 часа

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).

- Рекомендовано профилактическое назначение препаратов прогестерона по 200 мг в день вагинально с 22 до 34 недель беременным группы высокого риска ПР
- Наложение акушерского пессария



Список использованной литературы

- ▶ Акушерство : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018г.
- ▶ Клинические рекомендации «Преждевременные роды» -2020г.
- ▶ <https://diseases.medelement.com/disease/преждевременные-роды/14507>