

Профилактика, диагностика и ведение преждевременных родов

Профилактика, диагностика и ведение

Аскеров А.А. д.м.н., профессор

Определение

Преждевременные роды – это роды, произошедшие раньше срока гестации 37 недель. Роды считаются преждевременными, если они произошли в сроке 37-41 неделя. Роды, произошедшие в сроке 37-41 неделя, называются поздними. Роды, произошедшие в сроке 22-36 недель, называются преждевременными. Роды, произошедшие в сроке 22-27 недель, называются ранними родами, в сроке 28-33 недели – ранними родами, и в сроке 34-36 недель – преждевременными родами.

Факторы риска

- Возраст 16 лет и ниже и 35 лет и выше
- ИМТ менее 18,5 и больше 30
- Курение
- Низкий социально-экономический уровень жизни
- Преждевременные роды в анамнезе
- Многоплодная беременность
- Истмико-цервикальная недостаточность
- Конизация/ампутация шейки матки
- Два и более выскабливаний полости матки (в том числе во время искусственных абортов)
- Патология матки
- Стрессы на работе и/или в семье, хронический стресс, депрессия
- Интервал между беременностями менее 6 месяцев

Факторы риска (2)

- Инфекции (бактериальный вагиноз в сочетании с преждевременными родами в анамнезе, инфекции мочевыводящих путей, в т.ч. бессимптомная бактериурия, сифилис, гонорея)
- Многоводие или маловодие
- Индуцированная беременность
- Тяжелая экстрагенитальная патология в стадии декомпенсации
- Пародонтит
- Маточные кровотечения в 1 и 2-м триместрах беременности
- Предлежание плаценты и ПОНРП
- Хирургические вмешательства (операции на органах брюшной полости)
- Травмы
- Мужской пол плода
- Предраковые состояния шейки матки

В МКБ-10 нет этой нозологии!

- **Угроза** спонтанной потери беременности во втором триместре и преждевременных родов

Это – **совокупность факторов риска** для досрочного окончания беременности

Норвитц Эррол Р. Наглядные акушерство и гинекология: пер. с англ., 2003

Критерии диагностики риска потери беременности и преждевременных родов при короткой шейке матки

Укорочение шейки матки при трансвагинальном ультразвуковом исследовании:

- при длине цервикального канала более 3 см, риск развития преждевременных родов в ближайшую неделю составляет 1%;
- длина 2,5 см и менее увеличивает риск развития ПР в 6 раз;
- при длине шейки матки менее 15 мм роды происходят в течение 3-х дней

Расширение внутреннего зева (диаметр его более 2 см) и канала шейки матки, пролабирование плодного пузыря

Tsoi E, Fuchs IB, Rane S, Geents L, Nicolaides KH. Sonographic measurement of cervical length in threatened preterm labor in singleton pregnancies with intact membranes. Ultrasound Obstet Gynecol 2005;25:353-356.

Мониторинг шейки матки

У пациенток, страдающих привычным невынашиванием беременности (ПНБ) во II триместре, или известными факторами риска без ПНБ, во время беременности **еженедельно или с интервалом в 2 нед** следует проводить мониторинг состояния шейки матки начиная **с 14 нед** при подозрении на посттравматическую ИЦН и **с 15-16 нед** – при подозрении на функциональную ИЦН или при наличие факторов риска

Какой диагноз ?

О99.8 Другие уточненные болезни и состояния, осложняющие беременность

- Группа риска по преждевременному завершению беременности (ОАА, многоплодие)
- Структурные изменения шейки матки, предшествующие началу родовой деятельности (функциональная ИЦН)

Профилактика

- Внедрение антиникотиновых программ среди беременных
- Скрининг и лечение бессимптомной бактериурии
- Скрининг и лечение сифилиса
- Скрининг и лечение гонококковой инфекции в группе высокого риска по гонорее
- Назначение прогестинов при преждевременных родах в анамнезе и укорочении шейки матки при данной беременности (после консультации акушера-гинеколога)
- Акушерские пессарии
- Проведение бесед о соблюдении принципов рационального питания
- Профилактика стрессов

Не эффективно

- увеличение дородовых посещений
- соблюдение постельного режима,
- специальная диета
- воздержание от секса,
- госпитализация в «критические сроки»,
- раннее профилактическое использование токолитиков,
- метаболическая терапия
- наложение шва на шейку матки, кроме группы женщин с выявленным «укорочением» шейки матки менее 15 мм (у женщин с несостоятельностью шейки матки в анамнезе, показано наложение швов на шейку (серклаж) до появления признаков укорочения шейки матки).
Лучше акушерские пессарии
- лечение бактериального вагиноза, кроме группы беременных с преждевременными родами в анамнезе;
- профилактическое назначение антибиотиков при целом плодном пузыре.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА В ГРУППАХ БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО РИСКА

Эффективно:

- **использование цервикального пессария (A-1b)**
- **назначениепрегненов (A-1a)**
- скрининг и лечение инфекций (бессимптомной бактериурии (A-1a), сифилиса, гонококковой и хламидийной инфекции (B-2a) скрининг и лечение бактериального вагиноза у беременных с преждевременными родами в анамнезе (B-2a)
- внедрение антиникотиновых программ среди беременных (A-1a)

Abdel-Aleem H, Shaaban OM, Abdel-Aleem MA. Using a cervical pessary to prevent preterm birth. Published on-line: May 31, 2013. <http://summaries.cochrane.org>.

Romero R, Nicolaides K, Conde-Agudelo A, Tabor A, O'Brien JM, Cetingoz E, Da Forseca E, et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol*. 2012 Feb;206(2):124.e1-19.

Lumley J., Oliver S.S., Chamberlain C., et al. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst. Rev. 2004; 4: CD001055.

недостаточность перешейка и шейки матки, приводящая к самопроизвольному выкидышу во II или III триместре беременности

- Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) наблюдается у 15,0-42,7% женщин, страдающих невынашиванием беременности
- К ИЦН могут привести повреждения мышечной ткани в области внутреннего зева канала шейки матки (сфинктера шейки матки), изменение соотношения между соединительной и мышечной тканью в шейке матки, а также нарушение нейрогуморальных воздействий на шейку матки.

Органическая и функциональная ИЦН

- Причинами органической ИЦН являются предшествующие выскабливания слизистой оболочки матки, механической дилатацией шейки матки, и глубокие разрывы шейки матки при патологических родах
- функциональная ИЦН - нарушения соотношения между мышечной и соединительной тканями шейки матки, и изменений реакции ее структурных элементов на нейрогуморальные раздражители. При гистологии ткани шейки матки у женщин с функциональной ИЦН обнаруживают увеличение количества мышечной ткани до 50% (в норме составляет не более 15% массы шейки матки), что ведет к раннему размягчению шейки матки при беременности и развитию ее недостаточности

Укорочение шейки матки и расширение внутреннего зева цервикального канала служит главным прогностическим признаком и пусковым моментом преждевременного завершения беременности -Длина шейки матки менее 26 мм ассоциирована с повышенным риском преждевременных родов

Функциональная ИЦН

- Функциональная ИЦН - при гипофункции яичников, у 1/3 больных гиперандрогенией, врожденная ИЦН у женщин с гипоплазией матки, генитальным инфантилизмом, пороками развития матки
- В развитии функциональной ИЦН определенную роль играют а- и б-андренорецепторы. Активация а-адренорецепторов ведет к сокращению мышцы матки и расширению перешейка, а активация б-адренорецепторов оказывает обратное действие. Чувствительность а-адренорецепторов усиливается при гиперэстрогении, а б-адренорецепторов — при повышении уровня прогестерона. Раздражение а-адренорецепторов и торможение б-адренорецепторов приводят к развитию функциональной ИЦН

Факторы риска

1. Травма шейки матки в анамнезе (посттравматическая ИЦН):
 - Повреждение шейки матки при родах (разрывы, не восстановленные хирургическим путем, оперативные роды через естественные родовые пути (наложение акушерских щипцов, роды крупным плодом, плодом в тазовом предлежании, плодоразрушающие операции и др.).
 - Инвазивные методы лечения патологии шейки матки (конизация, ампутация шейки матки)
 - Искусственные аборты, прерывания беременности на поздних сроках.
2. Врожденные пороки развития шейки матки (врожденная ИЦН).
3. Функциональные нарушения (функциональная ИЦН) при гиперандрогении, дисплазии соединительной ткани, повышенном содержании релаксина в крови (отмечают при многоплодной беременности, индукции овуляции гонадотропинами).
4. Повышенная нагрузка на шейку матки (многоводие, многоплодие, крупный плод).
5. Риском по возникновению ИЦН является ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение), так как массивная гормональная подготовка закономерно приводит размягчению шейки матки. И если у женщины имеется любая анатомическая аномалия шейки матки, то вероятность развития ИЦН возрастает в несколько раз.

- Диагноз ИЦН основывается на анамнезе (травмы шейки матки, выкидыши, эндокринные нарушения), осмотре (деформации, патологическое укорочение, размягчение и раскрытие шейки матки) и инструментальных методах обследования (гистеросальпингография – вне беременности и УЗИ – во время беременности).
- Диагноз во время беременности может быть установлен при осмотре шейки матки с помощью влагалищных зеркал и при влагалищном (пальцевом) исследовании.
- Выявляют сначала размягчение и укорочение шейки матки, позже — зияние наружного зева шейки матки и пролабирование плодного пузыря. У нерожавших женщин наружный зев может быть закрыт



1

2

Акушерский пессарий – это небольшое пластиковое или силиконовое медицинское устройство, которое вводится во влагалище для **удержания матки в определённом положении**

- Акушерский пессарий применяется в акушерстве для профилактики преждевременных родов у беременных с ИЦН и для профилактики развития данной патологии. Эффективность этого метода коррекции ИЦН составляет 85 %.
- предназначен для поддержки шейки матки у беременных женщин с дополнительными жалобами на пролабирование (болезненное давление "вниз" в положении стоя и при ходьбе), беременных женщин, которые подвержены физическим нагрузкам (например, стоят в течение долгого времени), с повышенным внутриматочным давлением, например, при многократных или многоплодных беременностях или при обнаружении ультразвуковым обследованием признаков несостоятельности шейки матки.
- Перфорированная модель пессария (тип ASQ) обеспечивает лучший отток жидкости при повышенной вагинальной секреции

Модели акушерских пессариев Dr. Arabin: а - пессарий не перфорированный (тип А); б - пессарий перфорированный (тип ASQ), в - моделирование объема пессария перед введением

Механизм действия пессария

• Замыкание шейки матки стенками центрального отверстия пессария

- формирование укороченной и частично открытой шейки
- уменьшение давления на шейку при формировании физиологической сакрализации шейки матки и частичной передачи внутриматочного давления на переднюю стенку матки вследствие вентрально-косого положения пессария и сакрализации шейки
- сохранение слизистой пробки и снижение вероятности инфицирования матери и плода

Введение пессария

Пессарий устанавливается выпуклой стороной краиально!



Клинические критерии для вмешательства

- Клинически документированные сокращения матки (4 за 20 минут или 8 за 60 минут) **плюс** не менее одного из следующих признаков:
 - документированный разрыв плодных оболочек;
 - раскрытие шейки более 2 см;
 - сглаживание шейки более чем на 80%;
 - динамические структурные изменения шейки матки (раскрытие и/или сглаживание, документированное) за период наблюдения.
- Наличия только схваток недостаточно для постановки диагноза, так как почти 50% таких беременностей затем пролонгируются до срока.

Примечание: для семейных врачей достаточно зафиксировать любой случай регулярных сокращений матки или подозрения на преждевременный разрыв плодного пузыря (ПРПП).

- При возможности, использовать данные трансвагинального УЗИ, которое используется в качестве инструмента для диагностики укорочения шейки матки и раскрытия внутреннего зева, также для прогнозирования риска преждевременных родов.

Если длина шейки матки составляет менее 15 мм — 50% шансов родить в сроке менее 32 недель.

- Определение фетального фибронектина во влагалищном содержимом после 22 недель является хорошим прогностическим фактором преждевременных родов.

Диагностика дородового излития околоплодных вод

Объективно: жидкые прозрачные выделения из влагалища

При сомнении:

- предложить пациентке чистую прокладку и оценить характер и количество выделений через 1 час;
- провести осмотр на гинекологическом кресле стерильными зеркалами — жидкость, вытекающая из цервикального канала или находящаяся в заднем своде, подтверждает диагноз; **влагалищное исследование противопоказано!**
- провести цитологический тест (симптом «папоротника») (частота ложноотрицательных ответов более 20%);
- использовать одноразовые тест-системы («Амниотест») по возможности;
- провести УЗИ — олигогидрамнион в сочетании с указанием на истечение жидкости из влагалища подтверждает диагноз (**2b**).

Тактика

1. Полное информирование пациентки и членов семьи
2. Срочная госпитализация в учреждение II уровня (после 34 недель беременности) или III уровня (с 22 недель до 34 недель), обеспечение информирования вышестоящего уровня стационара, адекватная транспортировка в сопровождении медперсонала. При невозможности транспортировки - госпитализация в ближайший стационар и вызов бригады на себя.
3. Профилактика материнской и неонатальной инфекции при излитии околоплодных вод - дать первую дозу: эритромицин 500 мг перорально или ампициллин 1,0 г в/м, или цефазолин 2,0 г в/в.
4. Профилактика респираторного дистресс-синдрома: дексаметазон по 6 мг в/м каждые 12 часов, всего 24 мг. Лечение может быть совместно с токолизом (индометацин, нифедипин)

Показания для назначения кортикостероидов

- Срок беременности 24-34 недели **И**
 - клинические признаки преждевременных родов
ИЛИ
 - дородовое кровотечение
ИЛИ
 - преждевременный разрыв плодных оболочек
ИЛИ
 - любое состояние, при котором необходимо плановое преждевременное родоразрешение.
- Применение кортикостероидов при выше перечисленных состояниях между 35 и 36 неделями беременности решается индивидуально (например, при многоплодии).

Предостережения для назначения кортикостероидов:

- Системные инфекции
- Подозрение на хориоамнионит (повышение температуры тела до 38°C, озноб, тахикардия матери и плода, гноевидные выделения из половых путей, болезненность матки при пальпации).

Острый токолиз

- проводится только как мера для пролонгирования беременности с целью достижения терапевтического эффекта кортикостероидов и/или для перевода на более высокий уровень оказания медицинской помощи:
 - Нифедипин по 10 мг под язык каждые 20 минут в течение первого часа, затем по 10 мг внутрь каждые 6-8 часов в течение не более 48 часов от начала терапии
ИЛИ
 - Индометацин 100 мг перорально или ректально, затем по 25 мг каждые 6 часов в течение не более 48 часов (не применять после 32 недель беременности).
- гипотензия (крайне редко проявляется у пациенток с нормотонией);- тахикардия, приливы, головные боли, головокружение, тошнота.

Тактика ведения беременности при преждевременных родах

Открытие маточного зева (см)	Срок беременности (нед.)	
	Менее 34	34-37
Менее 3	<ul style="list-style-type: none">- перевод на 3-й (2-й) уровень- профилактика РДС- токолиз на время транспортировки	<ul style="list-style-type: none">- перевод на 2-й (3-й) уровень- токолиз на время транспортировки
Более 3	<ul style="list-style-type: none">- для 1-го уровня — вызов неонатологической реанимационной бригады- роды	<ul style="list-style-type: none">- вызов неонатолога- роды