

Преждевременные роды



Подготовил студент 4 курса
лечебного факультета 66 группы
Кагиров И.Р.

Определение

Преждевременные роды — термин, использующийся для обозначения родов наступивших при сроке от 22 до 37 недель и при массе плода более 500 г. До 2012 года в нашей стране новорожденных регистрировали лишь с 28 недель, а родившихся в сроках с 22 до 28 - лишь в возрасте 7 суток. Выживание плода стало возможно с учётом развития медицины — реанимационной службы, появления нового оборудования. Преждевременные роды различаются на угрожающие, начинающиеся и начавшиеся. Последние являются необратимым процессом.

Преждевременными считаются роды, наступившие на сроке от 22 до 37 недель (259 дней), начиная с первого дня последней менструации при нормальном цикле с массой тела плода от 500 до 2500 гр.



Классификация



По течению

Спонтанные (70—80 %)

- С регулярной родовой деятельностью при целом плодном пузыре — 40—50 %.
- Без регулярной родовой активности при излитии околоплодных вод — 20—40 %.

Спровоцированные искусственно по медицинским показаниям (20—30 %)

- По показаниям со стороны матери: тяжелые экстрагенитальные заболевания с декомпенсацией, угрожающие жизни женщины.
- По показаниям со стороны плода: внутриутробная гибель, прогрессирующее ухудшение состояния, неизлечимые и несовместимые с жизнью пороки развития.



По срокам беременности

- 22—28 недель (очень ранние). 5 % всех преждевременных родов. Глубокая недоношенность с экстремально низкой массой тела до 1000 гр. Крайне неблагоприятный прогноз.
- 28—30 недель и 6 дней (ранние). 15 % всех ПР. Тяжелая недоношенность с массой тела до 1500-2000 гр. При помощи введения глюкокортикоидов удается ускорить созревание легких плода. Прогноз более благоприятный, чем в первой группе.
- 31—33 недели и 6 дней. 20 % всех ПР. Недоношенность средней степени тяжести.
- 34—36 недель и 6 дней. Почти доношенные дети со зрелыми легкими. Не требуют введения глюкокортикоидов, низкий уровень инфекционных осложнений. Вес около 2500 гр.

Эпидемиология



Частота преждевременных родов составляет 5—10 % и несмотря на развитие медицины, остается стабильным. 60—70 % недоношенных детей погибают в первые дни жизни. Мертвыми рождаются в 8—13 раз чаще, чем при доношенных родах. А 50 % недоношенных детей страдает тяжелыми неврологическими заболеваниями, в том числе и ДЦП, тяжелыми нарушениями зрения и слуха (вплоть до рождения слепоглухих детей) и тяжелыми хроническими заболеваниями дыхательной системы.



Этиология



Не существует единой теории развития преждевременных родов. Из-за большого количества факторов риска невозможно точно выявить причину, в связи с чем прогнозирование ПР затруднено. Все факторы риска можно выделить в две большие группы:

Материнские факторы

- Одна и более предыдущих беременностей окончились преждевременно
- Аборты и диагностические выскабливания полости матки
- Ампутация или другие операции на шейке матки, истмико-цервикальная недостаточность
- Инфантилизм, седловидная или двурога матка, эндокринные заболевания

Факторы, обусловленные текущей беременностью

- Низкий социально-экономический статус матери и связанные с этим недоедание, недостаточное потребление витаминов и микроэлементов
- Злоупотребление алкоголем, никотином и наркотическими веществами.
- Возраст младше 18 и старше 35 лет.
- Хронические стрессовые ситуации. Тяжелый труд.
- Преждевременный разрыв плодного пузыря.
- Многоводие или маловодие.
- Тяжелые системные заболевания и ухудшение их течения на фоне беременности.
- Инфекции, как половых органов, так и системные
- Предлежание плаценты и ПОНРП.
- Маточные кровотечения.
- Травмы
- Операции на органах брюшной полости и предраковые состояния шейки матки

Патогенез



Наиболее распространены две теории механизма развития ПР.

- Уровень прогестерона снижается, а эстрогена повышается, в результате чего увеличивается выработка окситоцина, который и стимулирует маточные сокращения.
- Децидуальная активация – изучена мало и не доказана.
- Но в подавляющем большинстве случаев не удастся с точностью установить механизм развития ПР. В современном акушерстве принято считать, что они являются результатом воздействия сразу нескольких факторов, а не одного, и в каждом случае в зависимости от сочетания факторов и их количества, механизм развития ПР будет отличаться.

Патогенез преждевременных родов связан с:

- повышенным выбросом цитокинов при инфекционном поражении;
- коагулопатическими процессами, приводящими к микротромбозу плаценты с последующей отслойкой;
- повышением количества и активацией окситоциновых рецепторов в миометрии, что способствует открытию кальциевых каналов миоцитов и инициации сократительной деятельности матки.

СИМПТОМЫ



- **Угрожающие преждевременные роды** дают о себе знать болью в нижней части живота и пояснице. Возбудимость и тонус матки повышены (гистерография, тонусометрия). Однако шейка матки при этом не раскрывается. Нередко подтекание околоплодных вод и повышенная активность плода.
- **Начинающиеся преждевременные роды** сопровождаются схваткообразными сокращениями матки, ритмичное повышение тонуса матки. Фактически – это уже полноценные схватки. В этом случае шейка матки начинает укорачиваться и раскрываться. Довольно часто в этом случае происходит излияние околоплодных вод. Регулярная родовая деятельность и динамика раскрытия шейки матки ($>2-4\text{ см}$)
- Для **начавшихся** преждевременных родов характерны регулярная родовая деятельность и динамика раскрытия шейки матки (более $3-4\text{ см}$), что свидетельствует о далеко зашедшем патологическом процессе и его необратимости.

Течение



- **Течение преждевременных родов имеет ряд особенностей:** к ним относят частое преждевременное излитие околоплодных вод (40%), аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация), быстрые или стремительные роды при истмико-цервикальной недостаточности или затяжные, вследствие незрелой шейки матки, неподготовленности систем нейрогуморальных и нейроэндокринных механизмов регуляции, гипоксию плода. Возможны кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах, вследствие нарушения механизмов отслойки плаценты и задержки частей плаценты, инфекционные осложнения в родах (хориоамнионит) и послеродовом периоде (эндометрит, флебиты и др.).

Диагностика преждевременных родов



Из-за сочетания большого количества провоцирующих факторов и отсутствия каких-либо специфических симптомов, прогнозирование ПР затруднено. Уточнение диагноза ПР – это определение фибронектина во влагалищном отделяемом, которого в норме быть не должно (только перед родами) и трансвагинальное УЗИ с определением длины шейки матки. Учитывая то, что фибронектиновый тест пока недоступен в РФ, единственным диагностическим критерием является изменение длины шейки матки. При длине цервикального канала более 3 см, риск развития ПР в ближайшую неделю составляет всего 1%. А длина 2,5 см и менее увеличивает риск развития ПР в 6 раз. Также для прогнозирования ПР используется тест на зрелость шейки матки Actim-Partus (для определения фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1) в цервикальном секрете). Его отрицательный результат свидетельствует о низком риске развития ПР в ближайшие 7 дней. Точность теста составляет 94%. Также можно использовать гистерографию и тонусометрию. С помощью индекса токолиза по Баумгартену можно индивидуально подойти к тактике лечения и сохранению беременности.

Дифференциальный диагноз



Не существует специфической клиники, характерной для ПР, а большинство женщин, поступивших в стационар предъявляют жалобы на более или менее интенсивные боли в низу живота и пояснице, а также на тонус матки. Но 62 % беременных, обратившихся в стационар по поводу аналогичных симптомов, не имеют никакого отношения к состояниям угрожающим беременности, и это является проявлением сопутствующих заболеваний. Поэтому в первую очередь необходимо исключить кишечную, патологию, заболевания мочевыделительной системы, ПОНРП, некроз узла миомы матки и несостоятельность рубца на матке.

Алгоритм ведения преждевременных родов



Тактика ведения ПР прежде всего зависит от срока беременности и наличия преждевременного излития околоплодных вод. Включает в себя следующие этапы.

- Прогнозирование наступления ПР.
- Профилактика респираторного дистресс синдрома (ускорение созревания легких при помощи глюкокортикоидов).
- Пролонгирование (сохранение) беременности для перевода в стационар более высокого уровня для подготовки к рождению недоношенного ребенка.
- Профилактика инфекционных осложнений, особенно при наличии преждевременного излития околоплодных вод.

Профилактика РДС



- ПР на ранних сроках (до 34 недель) сопровождаются развитием респираторного дистресс синдрома, т.е. рождением ребенка с незрелыми легкими –дышать самостоятельно он не может, так как альвеолы спадаются и не выполняют своей основной функции, поэтому внутриутробно ускоряют созревание легочной ткани при помощи кортикостероидов (дексаметазон). Терапия проводится в течение двух дней, и этого достаточно не только для профилактики РДС, но и для снижения частоты развития внутрижелудочковых кровоизлияний, и для снижения показателей перинатальной смертности в целом.
- Назначаются кортикостероиды при дородовом излитии околоплодных вод, клинических проявлениях развития ПР и при подготовке к досрочному родоразрешению у женщин с тяжелыми системными заболеваниями, течение которых ухудшилось на фоне беременности.
- Противопоказана гормональная терапия при выраженных клинических симптомах инфекционного процесса и беременности сроком более 34 недель.

Пролонгирование беременности



- Увеличение продолжительности срока беременности нужно прежде всего для того, чтобы выиграть время для профилактики РДС плода. Проводится несколькими группами препаратов, относящихся к токолитикам – препараты, угнетающие сократительную активность матки (патруситен или генипрал – бетаАМ, сочетают с финоптином- антагонистом ионов Са). Проводится профилактический токолиз, т.е. до появления первых признаков сократительной активности, так как лечебный (уже на фоне сокращений) часто оказывается неэффективным. Проводится не более 48 часов, так как более длительное применение неэффективно. Также важно использование седативных препаратов. Шов на шейку матки, кольцо Гольджи. Спазмолитики (снижает РГ), индометацин. Электрорелаксация матки. Иглоукалывание. Электроаналгезия. Электрофорез магния синусоидальным модулированным током. Сульфат магния.
- **Противопоказаниями к введению токолитиков являются:**
- Хорионамниотит
- Кровотечение и отслойка плаценты
- Тяжелые декомпенсированные заболевания матери
- Состояния, при которых сохранение беременности не имеет смысла: внутриутробная гибель плода и врожденные пороки не совместимые с жизнью.
- **Профилактика инфекционных осложнений**
- При угрозе преждевременных родов, особенно на фоне дородового излития околоплодных вод, антибиотикотерапия должна быть начата не позднее 4 часов после поступления женщины в стационар.

Методы родоразрешения



- Метод родоразрешения зависит от срока беременности, состояния матери и плода, положения и предлежания плода и является индивидуальным в каждом конкретном случае.
- ПР не являются показанием к кесареву сечению, но при сроке беременности до 32 недель, этот метод все же более предпочтителен, так как улучшает адаптацию ребенка после рождения.



Связь преждевременных родов и преждевременного излития околоплодных вод

- Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) сопровождает практически каждые третьи преждевременные роды, и как следствие является причиной значительной части неонатальных заболеваний и смертей. Три основные причины неонатальной смертности, связанные с ПРПО при недоношенной беременности это недоношенность, сепсис и гипоплазия (недоразвитие) легких.
- Детская смертность от сепсиса в первые дни жизни в 4 раза выше, чем при ПР, не осложненных ПРПО. Для матери это состояние грозит в 13-60% случаев развитием хориоамнионита. Диагностика ПРПО также как и диагностика ПР осложнена отсутствием распространенных и достоверных методов диагностики, а также стертиостью клинических симптомов при высоких боковых разрывах, которые стираются уже через час после разрыва. И при выставлении диагноза полагаться приходится только на слова самой беременной.

Клинические проявления ПРПО

- Увеличение количества выделений и изменение их характера – они становятся жидкими и водянистыми.
- Изменение количества выделений при смене положения тела.
- Помимо выделений, могут появиться тянущие или схваткообразные боли внизу живота и/или кровянистые выделения.
- Особую настороженность следует проявить женщинам с многоплодной беременностью и наличием инфекционных заболеваний половых органов, а также тем женщинам, у которых вышеперечисленные симптомы появились после травмы или падения.
- В отечественной медицине сложилась такая ситуация, что больше внимания уделяется так называемому тонуусу матки. При наличии тянущих болей в низу живота и спине или неприятных ощущений, во многих случаях выставляется диагноз угрозы преждевременных родов и женщину интенсивно лечат, сохраняя беременность. Хотя как было сказано выше более половины беременных с аналогичными симптомами, не нуждаются в пролонгировании. И изолированный тонус матки сам по себе не является признаком преждевременных родов. Тогда как действительно реальная опасность ПРПО и важность своевременной диагностики часто умаляется, относя усилившиеся выделения к нормальным физиологическим. Или наблюдается иная крайность – каждую беременную, обратившуюся с жалобами на обильные и жидкие выделения, определяют в стационар и назначают комплексное лечение для профилактики инфекционных осложнений и развития ранней родовой деятельности. В результате чего, абсолютно здоровые женщины с нормально протекающей беременностью получают ненужное лечение, подвергая опасности плод, а беременные требующие немедленной госпитализации отправляются домой.



Диагностика преждевременного излития околоплодных вод

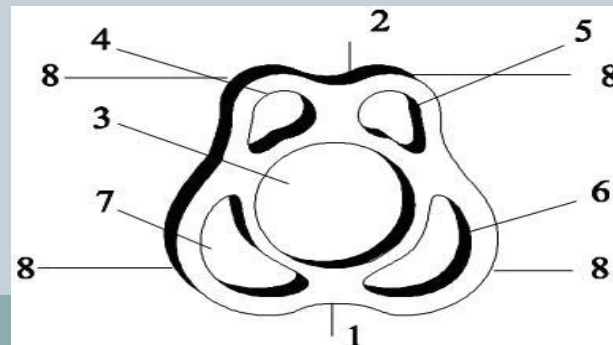
- Вот почему так важен адекватный метод диагностики, который смог бы выявить разрыв оболочек даже спустя 12 часов, на что не способны существующие сегодня методы диагностики. Наиболее распространенные и используемые методы, к сожалению, уже через час неинформативны и в большинстве своем недоступны для домашней диагностики, когда женщина сама смогла бы проверить свои подозрения, и в случае разрыва экстренно обратиться за медицинской помощью, не растрачивая драгоценные минуты и увеличивая шансы на сохранение беременности и рождение здорового малыша. Или убедившись в абсолютной безопасности не подвергать ребенка побочному действию, назначенных медикаментов.

Биологические маркеры в диагностике ПРПО

- Существует точный метод диагностики – «золотой стандарт» в определении ПРПО – амниоцентез с индигокармином, но в виду высокой степени его инвазивности, сложности проведения процедуры и высокого риска развития ПР, он не используется, хотя и дает 100% результат.
- В ходе многолетних исследований и работ все же был создан метод, который по своей информативности соответствует амниоцентезу с индигокармином, т.е. дает почти 100% результат. Но в отличие от первого метода он абсолютно неинвазивен и пригоден даже для самостоятельной диагностики женщиной в домашних условиях.
- Метод диагностики основан на выявлении плацентарного а-микроглобулина-1 (ПАГМ-1), который продуцируется клетками децидуальной оболочки плаценты и в большом количестве находится только в околоплодных водах и не обнаруживается в других жидких средах организма. Созданный тест настолько чувствителен, что реагирует даже на следы белка во влагалище. Он рекомендован Европейской Ассоциацией акушер-гинекологов, и уже нашел применение во многих ведущих клиниках страны.
- Но проблема ПРПО остается открытой, так как неосведомленность женщин (как и многих акушер-гинекологов) о наличии патологии, о ее последствиях, а самое главное о экспресс-методах диагностики, позволяющих за 5 мин поставить диагноз самостоятельно, удерживают эту высокую цифру – 40% преждевременных родов и 20% перинатальных смертей из-за преждевременного излития околоплодных вод.

Профилактика преждевременных родов

- **Первичная профилактика**
- Первичная профилактика проводится до наступления текущей беременности.
- Эффективно ограничение внутриматочных манипуляций (кюретаж, аборты), информирование женщин о высокой степени риска ПР при искусственном оплодотворении.
- Неэффективно назначение поливитаминов до наступления и в первые два месяца беременности.
- **Вторичная профилактика**
- Вторичная профилактика проводится в период беременности
- Эффективно внедрение антитабачных программ среди беременных.
- Неэффективно назначение кальция во время беременности, микроэлементов, витаминов С и Е, обильное питье для восстановления кровоснабжения плаценты.
- Спорно введение цервикального pessaria и неэффективно наложение швов на короткую шейку всем женщинам, кроме группы высокого риска (многоплодная беременность, истинная ИЦН).
- **Применение прогестерона для профилактики преждевременных родов**
- Исследования последних лет показали, что препараты прогестерона могут существенно снизить частоту преждевременных родов у пациенток группы высокого риска. Так, беременным с преждевременными родами в анамнезе показано внутримышечное введение 17-гидроксипрогестерона капроата в дозе 250 мг с 16-20 до 36 недель гестации. Беременным с бессимптомным укорочением шейки матки по данным ультразвукового исследования до 20 мм и менее показано вагинальное применение препаратов прогестерона (200 мг капсулы или 90 мг гель) ежедневно до 36 недель беременности.



Источники



- <http://www.sinteth.com.ua/index.php?p=163>
- <http://mama66.ru/pregn/808>
- <http://ru.wikipedia.org>



Спасибо за внимание!

