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

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

Реферат

«Современные методы подготовки шейки матки к родам»

Автор: клинический ординатор

Ухова Юлия Андреевна

Красноярск 2022г.

**Введение**

В последние годы в акушерстве наблюдается увеличение частоты индукции родов (родовозбуждения) и в развитых странах частота индуцированных родов достигает 20-25%. Индукция родов не является безопасной процедурой, а эффективность зависит от правильного выбора показаний и противопоказаний, времени проведения, метода или последовательности применения методов, обоснованных в конкретной клинической ситуации. Данное положение обусловливает необходимость оптимизации подходов к подготовке шейки матки и родовозбуждению, а также создание алгоритмов их проведения.

Цель подготовки шейки матки и родовозбуждения: предотвращение неблагоприятных материнских и перинатальных исходов при родах через естественные родовые пути в клинические ситуациях, когда продолжение беременности и ожидание спонтанного начала родовой деятельности представляет более высокий риск, чем процедура родовозбуждения.

**Современные методы клинической оценки родовых путей**

В основу классификации для определения «зрелости» шейки матки положены следующие признаки:

* консистенция (степень размягчения) шейки матки;
* длина влагалищной части шейки матки;
* проходимость цервикального канала;
* расположение шейки матки по отношению к проводной
* оси таза;
* место расположения предлежащей части.

В нашей стране методики оценки «зрелости» шейки матки были разработаны М.В. Федоровой (1969), А.П. Голубевым (1972), Г.Г. Хечинашвили (1974). За рубежом и в Российской Федерации наибольшее распространение получила шкала E.H. Bishop (1964) и ее модификация J.E. Burnett (1966).

Оценка по шкале E.H. Bishop

1. Каждый признак оценивается от 0 до 2 баллов.

2. Суммарная оценка в баллах выражает степень «зрелости» шейки матки:

а. 0-5 баллов — «незрелая» шейка матки;

б. 6-8 баллов — «недостаточно зрелая» шейка матки;

в. 9-13 баллов — «зрелая» шейка матки.

Чем выше балл по данной шкале, тем ниже вероятность развития аномалий родовой деятельности и необходимость использования утеротонических средств.

Шкала оценки степени «зрелости» шейки матки (E.H. Bishop, 1964 г.)

|  |  |
| --- | --- |
| Раскрытие шейки матки | Степень зрелости |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| Раскрытие шейки матки | 0 | 1-2 | 3-4 | 5-6 |
| Сглаженность шейки матки, % | 0-30 | 40-60 | 60-70 | 80 |
| Место нахождения предлежащей части плода\* | -3 | -2 | -1 | +1+2 |
| Консистенция шейки матки | Плотная | Размягчена | Мягкая | - |
| Положение шейки матки по отношению к оси таза | Кзади | Срединное | Кпереди | - |

\* Место нахождения предлежащей части плода (головки)

 -3 — головка над входом в малый таз

 -2 — головка прижата ко входу в малый таз

 -1 — головка малым сегментом во входе в малый таз

 0 — головка большим сегментом во входе в малый таз

 +1 — головка плода в широкой части полости малого таза

 +2 — головка в узкой части полости малого таза

**Показания и противопоказания для преиндукции родов**

Методологический подход к решению вопроса о преиндукции родов заключается в выборе и четком следовании алгоритма одного из нижеописанных методов. На основании методологического подхода решение вопроса о преиндукции родов осуществляется с учетом показаний и противопоказаний.

Показания:

* отсутствие противопоказаний к самопроизвольным родам;
* преэклампсия, резистентная к терапии;
* гестационная и хроническая артериальная гипертензия;
* иммунный конфликт по резус- и АВО-факторам;
* перенашивание беременности;
* эндокринная патология (сахарный диабет и др.);
* заболевания дыхательной, сердечно-сосудистой системы, почек, не поддающиеся терапии;
* холестатический гепатоз;
* гипотрофия плода;
* плацентарная недостаточность;
* маловодие;
* доношенная беременность (40-41 недели) при отсутствии готовности родовых путей к родам;
* антенатальная гибель плода.

Противопоказания:

* неправильное положение плода;
* анатомически узкий таз;
* разгибательные предлежания головки при ПРПО;
* тазовое предлежание;
* аномалии плацентации;
* многоплодная беременность;
* крупный плод (масса плода 4500 г и более);
* два рубца на матке и более;
* соматические заболевания матери в стадии декомпенсации;
* преэклампсия тяжелой степени, эклампсия;
* хорионамнионит;
* декомпенсированная и субкомпенсированная плацентарная недостаточность;
* отягощенный перинатальный анамнез;
* кровотечение.

**Медикаментозные методы преиндукции и индукции родов**

Рекомендовано с целью преиндукции родов в доношенном сроке беременности при незрелой или недостаточно зрелой шейкой матки назначить Мифепристон перорально однократно в дозе 200 мг в присутствии врача с повторным приемом через 24 часа в той же дозе.

Мифепристон - синтетический антагонист прогестерона на уровне его рецепторов. Мифепристон инициирует как созревание шейки матки, так и начало родовой деятельности. Применение Мифепристона чаще способствует развитию родовой деятельности или созреванию шейки матки через 48 часов по сравнению с плацебо, при этом действие препарата продолжается до 72-96 часов. В группе Мифепристона реже требуется применение окситоцина, меньше частота кесарева сечения, но выше - оперативных влагалищных родов, нарушений сердечного ритма плода без различий в неонатальных исходах. При использовании дозы Мифепристона 200 мг уровень его содержания в грудном молоке низкий и грудное вскармливание можно не прерывать. Следует избегать одновременного применения нестероидных противовоспалительных препаратов, включая ацетилсалициловую кислоту, так как это может снижать эффективность мифепристона.

Рекомендовано с целью преиндукции родов в доношенном сроке беременности назначить Динопростон - при незрелой шейке матки интравагинально в дозе 10 мг, при недостаточно зрелой шейке матки - интрацервикально в дозе 0,5-1,0 мг при строгом соблюдении условий стерильности.

Динопростон - относится к группе простагландинов, при местном применении способствует размягчению, сглаживанию и раскрытию шейки матки, стимулирует сокращения гладкой мускулатуры матки, увеличивает ее кровоснабжение. Динопростон по сравнению с плацебо повышает возможность родоразрешения в течение 24 часов, однако его применение сопровождается большей частотой гиперстимуляции матки с изменением сердцебиения плода, при этом частота КС не снижается.

**Немедикаментозные методы преиндукции родов**

Рекомендовано с целью немедикаментозной подготовки шейки матки к родам использовать гигроскопические расширители цервикального канала.

Дилапан-S - осмотический гигроскопический расширитель второго поколения, изготовленный из анизотропного ксерогеля. Представляет собой стерильный стержень из синтетического геля, работа которого основана на впитывании жидкости из цервикального канала, что приводит к обратимой дегидратации шейки матки и её размягчению. Увеличение расширителя в размерах влияет на эндогенное высвобождение простагландинов, с результирующим созреванием шейки матки за счёт механического растяжения.

Рекомендовано с целью немедикаментозной подготовки шейки матки к родам использовать катетер цервикальный дилатационный.

Принцип действия дилатационных цервикальных катетеров заключается в оказании механического воздействия на шейку матки, ее растяжения, что опосредованно приводит к высвобождению эндогенных простагландинов на локальном уровне и повышению уровней интерлейкинов (IL-6 , IL-8), матриксных металлопротеиназ ((ММР)-8), синтетазы оксида азота и гиалуронсинтетазы, что в свою очередь способствует процессу «созревания» шейки матки. По данным исследований риск развития гиперстимуляции, тяжелой неонатальной заболеваемости и смертности значительно ниже при использовании баллонных катетеров по сравнению с препаратами простагландинов.

Рекомендовано с целью повышения эффективности и улучшения исходов преиндукции родов использовать комбинацию немедикаментозных и медикаментозных методов.

Сочетание немедикаментозного и медикаментозного методов преиндукции родов способствует более быстрому «созреванию» шейки матки, уменьшению продолжительности родов, частоты слабости родовой деятельности и КС.

Рекомендовано для повышения эффективности мероприятий по преиндукции родов при выборе метода учитывать механизм его действия, интервал времени достижения эффекта, противопоказания к использованию и возможность комбинации с другими методами.

Фармакологические и механические агенты, используемые для преиндукции родов, отличаются по механизму действия, скорости развития ответной реакции организма беременной, а также противопоказаниям к применению. В связи с этим выбор метода или схемы последовательного или комбинированного применения методов для подготовки шейки матки и родовозбуждения должен учитывать клинические данные, индивидуальные особенности здоровья беременной, имеющийся интервал времени для достижения необходимого эффекта.