

Рецензия

на реферат по дисциплине «Акушерство и гинекология» клинического ординатора Кыргыз Д.С. на тему: «Преждевременные роды»

Актуальность заявленной темы реферата, очевидна, так как проблема преждевременных родов имеет большое социальное значение. Рождение недоношенного больного ребенка является психологической травмой для семьи. Эта проблема и здравоохранения в целом, связанная с высокой стоимостью выхаживания недоношенных детей, высокой частотой инвалидности, особенно среди детей с экстремально низкой массой тела при рождении.

В работе полностью раскрыто содержание материала, материал изложен грамотно, в определенной – логической последовательности, продемонстрировано системное и глубокое – знание программного материала, знание современной учебной и научной литературы, точно используется терминология.

Четко соблюдены требования к оформлению реферата: титульный лист, оглавление со страницами, введение, основная часть, заключение, списки литературы, источников. В основной части работы автор последовательно и доходчиво излагает теоретический материал.

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факт, что автор стремился максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал и справился с поставленной задачей. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

В целом работа выполнена на хорошем уровне, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ и заслуживает оценки «отлично».

Руководитель клинической ординатуры: Шапошникова Е.В.



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

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Заведующий кафедрой: д.м.н., доц., Базина М.И

Реферат

на тему: Преждевременные роды

Выполнила: клинический ординатор
кафедры акушерства и гинекологии

ИПО Кыргыз Д.С.

Проверила : к.м.н., доц., Шапошникова Е.В

Красноярск, 2019 г.

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Классификация преждевременных родов.....	4
3. Факторы риска преждевременных родов.....	5
4. Диагностика.....	5
5. Дифференциальный диагноз.....	7
6. Врачебная тактика.....	7
7. Заключение.....	12
8. Литература.....	13

Введение

Частота преждевременных родов в развитых странах составляет 5-7%, неонатальная смертность - 28%. Ежегодно в мире рождается 15 миллионов недоношенных детей . Преждевременные роды (ПР) являются комплексной медико-социальной проблемой, связанной с решением задач по улучшению качества последующей жизни детей, родившихся недоношенными и сопряженными материальноэкономическими затратами. Тяжесть осложнений, связанных с недоношенностью, пропорциональна гестационному сроку преждевременных родов. В настоящее время перед акушерами стоят две основные задачи: детекция угрожающих преждевременных родов во избежание ненужных вмешательств и подготовка плода к преждевременному рождению с помощью адекватных и одновременно безопасных медикаментозных средств.

Классификация ПР

В соответствии со сроком гестации:

до 28 недель (27 недель 6 дней включительно) - очень ранние ПР, 5% всех преждевременных родов. При этом новорожденные являются глубоко недоношенными, имеют экстремально низкую массу тела (до 1000 г), выраженную незрелость легких (хотя в ряде случаев профилактика РДС эффективна). Прогноз для них крайне неблагоприятный. Показатели заболеваемости и смертности новорожденных крайне высокие.

28-30 недель 6 дней - ранние ПР, около 15% всех преждевременных родов. Для новорожденных (тяжелая недоношенность) характерна очень низкая масса тела (до 1500 г), легкие плода незрелые, с помощью кортикостероидов удается добиться их ускоренного созревания. Исход родов для плода и постнатальный прогноз более благоприятны.

31-33 недели 6 дней - преждевременные роды, около 20% всех преждевременных родов. У новорожденных имеет место недоношенность средней степени.

34-36 недель 6 дней - поздние преждевременные роды, 70% всех преждевременных родов. Легкие плода практически зрелые и не требуют введения средств для стимуляции созревания (сурфактанта). Инфекционная заболеваемость новорожденных, родившихся в 34-37 недель беременности, значительно ниже, чем родившихся в более ранние сроки. Пролонгирование беременности при этом сроке не оказывает существенного влияния на показатели смертности новорожденных.

По механизму возникновения преждевременные роды разделяют:

- на самопроизвольные;
- индуцированные (искусственно вызванные), которые выполняют по медицинским показаниям со стороны матери или плода. Индукцию родов проводят независимо от срока беременности при заболеваниях, угрожающих здоровью и жизни женщины, или при аномалиях развития плода.

По клиническому течению различают:

- угрожающие преждевременные роды;
- начавшиеся преждевременные роды.

Факторы риска преждевременных родов

- 1 и > ПР в анамнезе
- 1 и > поздних выкидышей
- 2 и > медабортов
- Высокий паритет (> 4 родов)
- Конизация/ампутация шейки матки
- Низкий социально-экономический уровень жизни
- Стрессовая ситуация на работе и/или в семье
- Возраст < 18 или > 34 лет
- Многоплодная/индуцированная беременность
- Алкогольная/никотиновая/лекарственная зависимость
- Пародонтит
- Цервико-вагинальная инфекция
- Маточные кровотечения
- Предлежание плаценты
- ПОНРП
- Инфекция мочевыводящих путей (в т.ч. бессимптомная)
- Многоводие
- Преждевременное «созревание» шейки матки
- Сахарный диабет (тяжелые формы)
- Тяжелая экстрагенитальная патология
- Гипертермия
- Хирургические вмешательства при данной беременности, травмы

Диагностика преждевременных родов.

Диагностика преждевременных родов связана с определенными трудностями, так как отсутствует специфическая симптоматика. Диагноз начала преждевременных родов может быть уточнен с помощью трансвагинального УЗИ с измерением длины шейки матки или определения фибронектина плода в шейечно-вагинальном секрете. В целях определения риска преждевременных родов используют доступные в нашей стране экспресс-тест-системы для определения фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ГТСИФР-1) в цервикальном секрете. Указанные методы повышают диагностическую точность и снижают риск ятрогенных осложнений, так как препятствуют гипердиагностике преждевременных родов.

Для диагностики активных преждевременных родов важны два показателя: регулярные схватки (не менее 4 за 20 мин наблюдения) и динамические изменения шейки матки (укорочение и сглаживание). Степень раскрытия шейки матки является индикатором прогноза эффективности

токолиза. При раскрытии зева более 3 см (признак активной фазы первого периода) токолиз скорее всего будет неэффективен.

Изменения шейки матки являются более объективным показателем, чем оценка родовой деятельности. При длине шейки матки более 3 см, вероятность начала родов в течение ближайшей недели составляет около 1%. Такая пациентка не подлежит госпитализации или может быть выписана из стационара.

С прогностической целью в настоящее время используются следующие маркеры преждевременных родов:

- определение длины шейки матки с помощью гинекологического исследования или УЗИ. Чаще всего используют показатели: $< 2,5$ см, < 3 см. При неосложненной беременности эти методы позволяют выявить женщин с повышенным риском преждевременных родов (например, при длине шейки 2,5 см и менее риск преждевременных родов повышается в 6 раз по сравнению с таковым в популяции). Однако чувствительность этого метода низкая (25-30% для гинекологического исследования и $35 \pm 0\%$ для УЗИ), что не позволяет использовать данный тест в качестве скрининга;
- тест на определение фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1) в цервикальном секрете для оценки зрелости шейки матки. Отрицательный результат указывает на низкий риск преждевременных родов в течение 7 дней после проведения теста. Прогностическая ценность отрицательного результата - 94 %.

Наиболее точный на сегодня маркер преждевременных родов - выявление фибронектина в шейечно-влагалищном секрете на сроке беременности до 35 недель, что свидетельствует о повышенном риске преждевременных родов, особенно в течение 2 недель с момента проведения теста. Обычно фибронектин плода отсутствует в шейечно-влагалищном секрете с 24 недель беременности почти до родов, однако в 24-26 недель его обнаруживают у 3~4% женщин; риск преждевременных родов у этих женщин значительно повышен. Для клинической практики очень важно то, что этот тест имеет высокую прогностическую ценность отрицательного результата - при отсутствии фибронектина во влагалищном секрете вероятность того, что женщина родит в течение недели, составляет около 1 %.

Для более точного прогнозирования преждевременных родов необходимо использовать комплексную оценку: клинические симптомы и данные объективного обследования.

Дифференциальный диагноз

При угрожающих преждевременных родах, основным симптомом которых являются боли внизу живота и в пояснице, дифференциальная диагностика проводится с патологией органов брюшной полости, в первую очередь с патологией кишечника — спастическим колитом, острым аппендицитом, заболеваниями почек и мочевыводящих путей — пиелонефритом, мочекаменной болезнью, циститом. При возникновении болей в области матки необходимо исключить некроз узла миомы, несостоятельность рубца на матке, ПОНРП.

Врачебная тактика при преждевременных родах

Общие положения. Врачебная тактика при преждевременных родах зависит от гестационного срока, клинической картины (угрожающие или начавшиеся (активные) преждевременные роды), целостности плодного пузыря и должна придерживаться следующих основных направлений:

1. Прогнозирование наступления преждевременных родов.
2. Повышение жизнеспособности плода (профилактика РДС плода).
3. Пролонгирование беременности для перевода матери в учреждение соответствующей группы, проведения профилактики РДС, подготовки к рождению недоношенного ребенка.
4. Профилактика и лечение инфекционных осложнений, в том числе при преждевременном разрыве плодных оболочек.

Профилактика РДС плода. Усилия, направленные на повышение жизнеспособности плода при преждевременных родах, заключаются в антенатальной профилактике РДС кортикостероидными препаратами. Антенатальная кортикостероидная терапия (АКТ) для ускорения созревания легких плода используется с 1972 года. АКТ высокоэффективна в снижении риска развития РДС, ВЖК и неонатальной смерти недоношенных новорожденных при сроке беременности 24-34 полные недели (34 недель 0 дней). Курсовая доза АКТ составляет 24 мг. Схемы применения: 2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг с интервалом 24 часов (наиболее часто используемая схема в РКИ, вошедших в систематический обзор); или 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг с интервалом 12 часов; 14 или 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов.

Показания для проведения профилактики РДС: преждевременный разрыв плодных оболочек; клинические признаки преждевременных родов (см. выше) в 24-34 полные (34 недель 0 дней) недели (любое сомнение в истинном гестационном сроке стоит трактовать в сторону меньшего и провести профилактику); беременные, нуждающиеся в досрочном

родоразрешении из-за осложнений беременности или декомпенсации ЭГЗ (гипертензивные состояния, СЗРП, предлежание плаценты, сахарный диабет, гломерулонефрит и т.д).

Токолиз при угрожающих преждевременных родах направлен на подготовку плода к преждевременному рождению, что заключается в проведении профилактики РДС плода и переводе беременной в перинатальный центр (лечебное учреждение 3-4 группы).

Общие противопоказания к проведению токолиза: Акушерские противопоказания: хориоамнионит; отслойка нормально или низко расположенной плаценты (опасность развития матки Кювелера); состояния, когда пролонгирование беременности нецелесообразно (эклампсия, преэклампсия, тяжелая экстрагенитальная патология матери). Противопоказания со стороны плода: пороки развития, несовместимые с жизнью; антенатальная гибель плода.

В настоящее время наиболее популярными токолитиками являются селективные В₂-адреномиметики, блокаторы рецепторов окситоцина и блокаторы кальциевых каналов.

Селективные р₂-адреномиметики. Препараты этой группы являются наиболее изученным в плане материнских и перинатальных эффектов. Их представителями в нашей стране являются гексопреналина сульфат и фенотерол. При использовании этих препаратов релаксация миометрия достигается связыванием их с В₂-адренергическими рецепторами и повышением уровней внутриклеточного циклического аденозин-монофосфата, что, в свою очередь, активирует протеинкиназу. Инактивирует легко-цепочечную миозин-киназу и подавляет сократительную активность миометрия.

Рекомендуемые схемы:

Гексопреналина сульфат .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 проведении длительного токолиза рекомендуемая доза гексопреналина сульфат- 0,075 мкг/мин. Максимальная суточная доза 430 мкг. При приготовлении раствора для введения с использованием внутривенных систем концентрат для инфузий разводят 500 мл изотонического раствора натрия хлорида. Приготовленный раствор вводят в/в капельно. Расчет дозы 0,3 мкг/мин соответствует: 1 ампула (25 мкг) - 120 капель в минуту, 2 ампулы (50 мкг) - 60 капель в минуту и т.д. При использовании инфузоматов: 75 мкг концентрата для инфузий (3 ампулы) разводят в 50 мл изотонического раствора натрия хлорида; скорость введения

0,075 мкг/мин. Указанная дозировка используется как ориентировочная - подбирается индивидуально.

Фенотерол (фенотерола гидробромид). При приготовлении раствора для введения с использованием внутривенных систем концентрат для инфузий 2 ампулы по 0,5 мг (1 мл - 2,5 мкг) разводят в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида. Начинают инфузию со скоростью 0,5 мкг/мин (5 капель в минуту), увеличивая дозу при необходимости каждые 15 мин до достижения эффекта. Чаще всего эффективная доза соответствует 1,5-2 мкг/мин (15-20 капель в минуту). Внутривенный токолиз проводят в положении женщины на левом боку под кардиомониторным контролем.

При использовании В2-адреномиметиков необходимы: контроль ЧСС матери каждые 15 минут, контроль АД матери каждые 15 минут, контроль 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.

Блокаторы рецепторов окситоцина. Антагонисты окситоциновых рецепторов являются принципиально новым классом токолитических препаратов, они блокируют окситоциновые рецепторы, способствуют снижению тонуса миометрия и уменьшению сократимости матки. Кроме того, препараты этой группы угнетают эффекты вазопрессина путем связывания с его рецепторами. В эту группу входит препарат атосибан.

Атосибан вводят в/в в 3 последовательные этапа:

1. Вначале в течение 1 минуты вводится 1 флакон по 0,9 мл препарата без разведения (начальная доза 6,75 мг)
2. Сразу после этого в течение 3-х часов проводится инфузия препарата в дозе 300 мкг/мин (скорость введения 24 мл/час или 8 капель/мин.)
- 3) После этого проводится продолжительная (до 45 часов) инфузия атосибана в дозе 100 мкг/мин (скорость введения 8 мл/час или 3 капли/мин.). Общая продолжительность лечения не должна превышать 48 часов. Максимальная доза на весь курс не должна превышать 330 мг.

Если возникает необходимость в повторном применении атосибана, также следует начинать с 1 этапа, за которым будет следовать инфузионное введение препарата (этапы 2 и 3). Повторное применение можно начинать в любое время после первого применения препарата, повторять его можно до 3 циклов.

Блокаторы кальциевых каналов. На сегодняшний день перспективными препаратами для токолитической терапии вследствие меньшей выраженности побочных эффектов со стороны беременной являются блокаторы кальциевых каналов. Чаще используется нифедипин, поскольку

доказаны его преимущества по сравнению с другими токолитическими препаратами (А-1а):

- меньшая частота побочных эффектов;
- увеличение пролонгирования беременности (снижение неонатальных осложнений - некротизирующего энтероколита, ВЖК и неонатальной желтухи).

Нифедипин и атосибан имеют сопоставимую эффективность в пролонгировании беременности до 7 дней. По сравнению с селективными В2- адреномиметиками при применении нифедипина отмечается улучшение неонатальных исходов, хотя отдаленные результаты пока не изучены. Сравнительных рандомизированных исследований по применению атосибана и нифедипина не проводилось. По данным систематического обзора с использованием уточненных косвенных сравнений отмечается тенденция к большей задержке родов, чем на 48 часов при применении нифедипина. В России нифедипин не зарегистрирован в качестве токолитического средства, поэтому перед его применением необходимо получить письменное информированное согласие пациентки на его использование. Учитывая малую стоимость нифедипина, проведение регистрационных исследований фирмой-производителем не планируется.

Профилактика инфекционных осложнений. Во время преждевременных родов антибиотики должны быть назначены с профилактической целью. Первую дозу следует вводить как минимум за 4 часа до рождения ребенка. Схема применения: ампициллин - начальная доза 2 грамма в/в сразу после диагностики преждевременных родов, затем по 1 грамму каждые 4 часа до родоразрешения; или цефалоспорины 1-го поколения - начальная доза 1 грамм в/в, затем каждые 6 часов до родоразрешения; или при положительном результате посева на стрептококк группы В (БГС) начальная доза 3 г пенициллина в/в, затем по 1,5 грамм каждые 4 часа до родоразрешения.

Родоразрешение. Наименьшего уровня смертности среди новорожденных, родившихся преждевременно, особенно глубоконе доношенных, удастся достичь при незамедлительном начале высококачественной неонатальной помощи, что возможно только в условиях перинатального центра. Поэтому беременные из группы риска рождения ребенка с массой тела менее 1500 грамм, должны быть заблаговременно переведены в стационар 3-го уровня. Решение о переводе беременной принимается в соответствии с клинической ситуацией.

Выбор метода родоразрешения зависит от состояния матери, плода, его предлежания, срока беременности, готовности родовых путей и

возможностей учреждения, где происходят преждевременные роды. Нет убедительных данных в пользу кесарева сечения в плане более благоприятного течения неонатального периода при преждевременных родах и задержке роста плода. Плановое КС по сравнению с вагинальными родами не улучшает исходов для недоношенного ребенка, увеличивая материнскую заболеваемость. Поэтому вагинальные роды для недоношенного плода в головном предлежании предпочтительны, особенно при сроке беременности более 32 недель. КС должно проводиться по обычным акушерским показаниям. Данные об эффективности оперативного родоразрешения при тазовом предлежании противоречивы. Выбор метода родоразрешения должен быть индивидуальным и основываться на клинических показаниях.

Заключение.

Преждевременные роды являются актуальной медико-социальной проблемой. Снижение заболеваемости недоношенных и инвалидности с детства зависит от успехов медико-биологических исследований, которые откроют новую эру в лечении каждого конкретного больного, эру персонализированной медицины. Если Арчи Кохрейн в свое время писал, что «эффективная медицина должна быть доступной», то реалии сегодняшнего дня требуют очень важного дополнения: медицина должна быть не только доступной, но и безопасной, особенно, когда это касается беременной женщины. Задачей акушеров в настоящее время является обеспечение предгестационной подготовки супружеских пар с потерями беременности в анамнезе, тщательное мониторирование беременности в плане профилактики инфекционно-воспалительных осложнений, использование данных доказательной медицины при проведении вторичной профилактики угрожающих преждевременных родов и бережное родоразрешение с применением новых технологий по снижению неонатальной заболеваемости и смертности.

Список литературы:

1. Клинический протокол: Преждевременные роды. 2014 г.
2. Акушерство: учебник/под редакцией В.Е Радзинского, А.М Фукса.- Москва. ГЕОТАР – медиа 2016 г.
3. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство.