

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
Плохих Анастасия Александровна

Красноярск 2023г.

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 обуславливает 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 ситуации, 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 Е.Н. Bishop (1964) и ее модификация J.E. Burnett (1966).

Оценка по шкале Е.Н. 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 (Е.Н. 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	Кзади	Срединное	Кпереди	-

отношению к оси таза				
----------------------	--	--	--	--

* 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;
- хориоамнионит;
- 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.