

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

В. Н. Сидоренко, Е. Н. Кириллова, С. А. Павлюкова

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2018

УДК 618.39(075.8)
ББК 57.16я73
С34

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 20.12.2017 г., протокол № 4

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии Белорусской медицинской академии последипломного образования О. А. Пересада; канд. мед. наук, доц. каф. акушерства, гинекологии и репродуктивного здоровья Белорусской медицинской академии последипломного образования О. В. Козлякова

Сидоренко, В. Н.

С34 Преждевременные роды : учебно-методическое пособие / В. Н. Сидоренко, Е. Н. Кириллова, С. А. Павлюкова. – Минск : БГМУ, 2018. – 27 с.

ISBN 978-985-21-0217-9.

Освещены современные аспекты этиопатогенетических механизмов и клинического течения преждевременных родов, подбора адекватной терапии и профилактики, показания и противопоказания к токолитической терапии.

Предназначено для студентов 4–6-го курсов лечебного и педиатрического факультетов.

УДК 618.39(075.8)

ББК 57.16я73

ISBN 978-985-21-0217-9

© Сидоренко В. Н., Кириллова Е. Н., Павлюкова С. А., 2018
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2018

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Тема занятия: «Невынашивание беременности». Данный материал рассматривается в рамках обучения студентов 4, 5, 6-го курсов лечебного, педиатрического факультетов по дисциплине «Акушерство и гинекология».

Общее время занятия: 6 часов.

В последние годы невынашивание беременности приобретает особую значимость в связи с существенным ростом данной патологии и, соответственно, увеличением перинатальной заболеваемости и смертности. Это не только медицинская, но и социальная проблема, решение которой приведет к улучшению качества жизни как матери, так и ребенка. При этом обеспечение качества жизни недоношенного ребенка связано со значительными материально-экономическими затратами в связи с тяжестью осложнений, непосредственно зависящих от гестационного срока преждевременных родов. Частота преждевременных родов в развитых странах составляет 5–7 %, в Республике Беларусь — 3,5 %. При этом неонатальная заболеваемость и смертность не имеют тенденции к снижению. Таким образом, в настоящее время чрезвычайно важно решение задач по прогнозированию и своевременной диагностике преждевременных родов, внедрению современных безопасных средств медикаментозной коррекции и подготовки плода к родоразрешению, а также проведение адекватной реабилитации и обоснованной прегравидарной подготовки.

Цель занятия: детально ознакомиться с этиологическими и патогенетическими механизмами преждевременных родов; изучить течение беременности и развитие возможных осложнений, тактику ведения беременности и родов, методы токолиза, а также профилактику гестационных и перинатальных осложнений.

Задачи занятия:

1. Научиться определять частоту и структуру преждевременных родов.
2. Изучить этиологию, патогенез, клинические признаки, диагностику, лечение и профилактику преждевременных родов.
3. Изучить тактику ведения преждевременных родов, профилактику возможных осложнений, показания для различных методов родоразрешения.
4. Освоить методы токолитической терапии.
5. Научиться определять анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка и методы оценки его состояния при рождении.
6. Изучить методы прегравидарной подготовки по профилактике невынашивания беременности.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить:

– из анатомии человека: строение, кровоснабжение, иннервацию женских половых органов;

– гистологии, цитологии, эмбриологии: строение эндометрия, плаценты, пупочного канатика, имплантацию, эмбриогенез, фетогенез;

– нормальной физиологии: функционирование женской репродуктивной системы;

– общей и биорганической химии: структуру и биологическое действие гормонов, биологически активных веществ, их влияние на миометрий;

– фармакологии: фармакодинамику и фармакокинетику лекарственных средств, оказывающих влияние на сократительную функцию матки, основные принципы действия, побочное и токсическое действие;

– внутренних болезней: общие клинические, лабораторные и инструментальные методы обследования.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Нормальная анатомия женских половых органов.
2. Оплодотворение, имплантация, эмбрио- и фетогенез.
3. Физикальные, лабораторные и инструментальные методы диагностики заболеваний щитовидной железы, гипофиза и надпочечников.
4. Фармакокинетика и фармакодинамика лекарственных средств, механизм действия, побочное и токсическое действие.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Дать определение преждевременных родов.
2. Перечислить причины преждевременных родов.
3. Описать клиническую характеристику преждевременных родов.
4. Охарактеризовать методы диагностики преждевременных родов.
5. Указать методы лечения угрожающих преждевременных родов.
6. Описать принципы лечения начавшихся преждевременных родов, схемы токолитической терапии.
7. Назвать особенности течения и осложнения преждевременных родов.
8. Описать тактику ведения преждевременных родов.
9. Перечислить методы профилактики преждевременных родов.
10. Дать характеристику недоношенного ребенка. Перечислить основные причины смертности недоношенных новорожденных.

Задания для самостоятельной работы студента. Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить учебный материал из смежных дисциплин, затем ознакомиться с учебным материалом представленного учебно-методического пособия. Для более детального изучения темы студенту рекомендуется вести записи с указанием вопросов, которые впоследствии можно уточнить в ходе дальнейшей самостоятельной работы

с дополнительной литературой или на консультации с преподавателем. Решение ситуационных и тестовых задач, используемых в качестве самоконтроля, позволит не только оценить собственные знания, но и покажет преподавателю уровень освоения студентом учебного материала.

Завершающим этапом в работе над темой служат контрольные вопросы, ответив на которые студент может успешно подготовиться к текущему контролю по дисциплине «Акушерство и гинекология». Для более углубленного изучения материала рекомендуется написание УИРС по следующим темам:

1. Преждевременные роды: этиопатогенетические аспекты, диагностика, акушерская тактика, профилактика.
2. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка.
3. Токолиз: современные аспекты, схемы, побочные эффекты.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Преждевременные роды (согласно определению ВОЗ) — роды, наступившие в сроки гестации от 22 до 36 недель и 6 дней, считая с первого дня последней менструации при условии регулярного менструального цикла, при этом масса плода составляет от 500 до 2500 г.

К этиологическим факторам, способствующим преждевременному началу родовой деятельности, относят:

1. Анамнестические данные: преждевременные роды в анамнезе, поздние выкидыши, 2 и более медицинских абортов, высокий паритет родов, оперативные вмешательства на шейке матки (конизация, ампутация шейки матки).

2. Низкий социально-экономический статус, стрессовые ситуации, возраст менее 18 лет или более 34 лет, вредные привычки (алкогольная, никотиновая или лекарственная зависимость), хронические инфекции (пародонтит, тонзиллит и др.).

3. Осложненное течение настоящей беременности: цервико-вагинальная инфекция (ИППП до или во время беременности), маточные кровотечения, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, инфекции мочевыводящих путей (в том числе и бессимптомные), многоплодная или индуцированная беременность (ЭКО), многоводие, сахарный диабет, тяжелая экстрагенитальная патология (артериальная гипертензия, гипер- или гипотиреоз, заболевания сердца, тромбофилии), гипертермия, хирургические вмешательства при данной беременности, травмы.

КЛАССИФИКАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Классификация преждевременных родов в зависимости от срока гестации:

– **очень ранние** — 22–27 недель и 6 дней — составляют 5 % от всех случаев. Наиболее частыми причинами являются истмико-цервикальная недостаточность с последующим инфицированием и вскрытием плодного пузыря. Новорожденные при этом рождаются глубоко недоношенными с экстремально низкой массой тела (от 500 до 1000 г), выраженной незрелостью дыхательных путей. Для плода, как правило, отмечаются неблагоприятные исходы — высокая перинатальная заболеваемость и смертность;

– **ранние** — 28–33 недели и 6 дней — составляют до 25 % всех преждевременных родов. Для новорожденных характерна физиологическая незрелость и очень низкая масса тела (до 1500 г), легкие плода незрелые, но назначение глюкокортикостероидов позволяет ускорить созревание сурфактанта и легочной ткани. Прогноз для плода/новорожденного более благоприятный;

– **поздние** — 34–36 недель и 6 дней — составляют до 70 % преждевременных родов. Легкие плода практически зрелые и не требуют введения средств для стимуляции созревания (сурфактанта). Перинатальная заболеваемость значительно ниже. Пролонгирование беременности в эти сроки не оказывает существенного влияния на показатели смертности новорожденных.

Кроме срока гестации и массы плода, факторами перинатальной заболеваемости являются особенности самих преждевременных родов: быстрые и стремительные роды, дискоординация родовой деятельности, инфицирование, неправильное положение плода и др.

Классификация преждевременных родов в зависимости от механизма их наступления:

1) **спонтанные** (70–80 %) — начавшиеся вследствие развития регулярной родовой деятельности при целом плодном пузыре или излитие околоплодных вод при отсутствии родовой деятельности;

2) **индуцированные** (20–30 %):

– в связи с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями у матери с декомпенсацией, угрожающие жизни осложнения беременности (тяжелая преэклампсия/эклампсия, HELLP-синдром, внутripеченочный холестаз и др.);

– из-за прогрессирующего ухудшения состояния плода или его антенатальной гибели.

Классификация преждевременных родов в зависимости от клинического течения:

- угрожающие;
- начинающиеся;
- начавшиеся.

При *угрожающих преждевременных родах* предъявляют жалобы на боли в спине, ноющие менструальноподобные боли внизу живота. Часто отмечается повышенный тонус матки, иногда схватки по типу Брекстона–Хикса. При влагалищном исследовании может наблюдаться укорочение шейки матки до 1,5–2 см, канал шейки матки закрыт, у повторнородящих он может пропускать кончик пальца. Предлежащая часть плода располагается низко.

При *начинающихся преждевременных родах* отмечаются более выраженные схваткообразные боли внизу живота или регулярные схватки. *Начавшиеся преждевременные роды* характеризуются регулярной родовой деятельностью и прогрессирующим раскрытием шейки матки. При влагалищном исследовании определяется размягчение, укорочение или сглаженность шейки матки. При этом цервикальный канал открывается и может пропускать фалангу одного или двух пальцев на всем протяжении. При сглаженной шейке матки раскрытие зева может быть до 3 см. Часто наблюдается преждевременное излитие околоплодных вод.

Стадия развития преждевременных родов определяет дальнейшую тактику ведения пациентки, так как при угрожающих или начинающихся родах назначается терапия, направленная на сохранение беременности, а при начавшихся родах данное лечение неэффективно.

ДИАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Диагностика преждевременных родов представляет некоторые трудности, обусловленные отсутствием специфической симптоматики.

При наружном акушерском исследовании необходимо уточнить выраженность тонуса матки (повышенный тонус, возбудимость или регулярные схваткообразные сокращения матки). При влагалищном исследовании определяют состояние шейки матки: ее консистенцию, длину, проходимость канала, расположение относительно оси таза, при проходимости канала — состояние плодного пузыря. Кроме того, важным является определение степени разворачивания нижнего сегмента как раннего признака угрозы преждевременных родов. Если при развернутом нижнем сегменте имеются изменения шейки матки (размягчение, сглаживание, открытие), то устанавливается диагноз начавшихся преждевременных родов. С целью диагностики угрожающих и начинающихся преждевремен-

ных родов для определения возбудимости и сократительной активности матки проводят токографию.

Для уточнения диагноза может быть использовано трансвагинальное ультразвуковое исследование с измерением длины шейки матки. Согласно научным данным, при длине шейки матки 35–48 мм риска преждевременных родов нет, при длине 25 мм можно ожидать преждевременные роды.

Наряду с ультразвуковой диагностикой используются лабораторные маркеры угрозы преждевременного прерывания беременности: определение в шейечно-влагалищном секрете фибронектина (основной маркер преждевременных родов), повышенный уровень β ХГЧ в крови в середине беременности, преобладание провоспалительных цитокинов с минимальным содержанием регуляторных цитокинов, повышенный уровень эстрогена в крови.

В целях выявления риска преждевременных родов используют также экспресс-тест (системы) (тест Actim Partus) для определения фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1) в цервикальном секрете, секретирующийся при отслойке плодных оболочек.

Критерии угрожающих преждевременных родов:

- жалобы на боли внизу живота;
- наличие 4 и более маточных сокращений в час;
- укорочение шейки матки до 2,5 см и менее и расширение цервикального канала на 2 см;
- положительный тест Actim Partus.

Критерии начавшихся преждевременных родов:

- регулярные схватки (4 за 20 минут);
- динамическое сглаживание и раскрытие шейки матки: степень ее раскрытия является предиктором прогноза эффективности токолитической терапии (при раскрытии акушерского зева более 3 см токолиз, как правило, неэффективен).

Угрожающие преждевременные роды дифференцируют со следующими состояниями:

- 1) острым пиелонефритом;
- 2) почечной и кишечной коликой;
- 3) пищевой токсикоинфекцией;
- 4) дискинезией желчевыводящих путей;
- 5) острым и подострым аппендицитом;
- 6) угрозой разрыва матки при наличии рубца на ней;
- 7) нарушением питания узла при наличии миомы матки;
- 8) преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Первичная профилактика проводится на этапе планирования беременности. Данная профилактика включает в себя ограничение повторных внутриматочных манипуляций, выявление пациенток, относящихся к группе высокого риска невынашивания беременности, ограничение количества переносимых эмбрионов при проведении вспомогательных репродуктивных технологий с учетом возраста пациентки и прогноза.

Вторичная профилактика проводится во время беременности. При проведении данной профилактики необходимо назначение интравагинального прогестерона беременным с синдромом «короткой» шейки матки (10–25 мм) или с преждевременными родами в анамнезе.

Также беременным из группы высокого риска преждевременных родов с целью профилактики выполняют наложение шва на шейку матки, а при ее длине менее 15 мм необходимо дополнительное интравагинальное введение прогестерона. Однако следует учитывать, что при многоплодной беременности наложение шва на шейку матки способствует увеличению риска преждевременных родов.

Во время беременности одобрено применение следующих производных прогестерона: дидрогестерон, микронизированный прогестерон. Дидрогестерон применяют в дозе от 20 до 60 мг перорально в таблетках до 20 недель беременности, микронизированный прогестерон (Утрожестан) — в дозе 200–400 мг интравагинально до 36 недель беременности.

Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности (серкляж) показана в группах высокого риска в сроки гестации 12–22 недели, при этом оптимальным является срок 14–18 недель. Серкляж включает наложение кругового или П-образного шва на шейку матки с целью механического сужения внутреннего зева. Условия для наложения трансвагинального циркулярного шва на шейку матки: наличие анестезиологического пособия, 1–2-я степень чистоты влагалища и цервикального канала. Также возможно выполнение трансабдоминального лапароскопического серкляжа у пациенток после ампутации шейки матки или трахелэктомии. Выполняется либо на этапе планирования беременности, либо до 12 недель гестации.

Помимо хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности в профилактике преждевременных родов возможно консервативное лечение с использованием *акушерского разгружающего pessaria*. Механизм действия pessaria заключается в замыкании шейки матки стенками центрального отверстия pessaria с формированием шейки матки и уменьшением давления на нее, а также в физиологической сакрализации шейки матки. Введение акушерского pessaria осуществляют в сроки более 20 недель.

Также имеются убедительные данные об эффективности своевременного скрининга и лечения инфекций (бессимптомной бактериурии, сифилиса, гонококковой и хламидийной инфекции), бактериального вагиноза у беременных с преждевременными родами в анамнезе.

ЛЕЧЕНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Лечение угрозы преждевременных родов должно учитывать возможные причины преждевременного прерывания беременности. Акушерская тактика зависит от гестационного срока, клинической картины (угрожающие или начавшиеся (активные) преждевременные роды), целостности плодного пузыря. При этом необходимо придерживаться следующих направлений:

1. Прогнозирование наступления преждевременных родов.
2. Профилактика респираторного дистресс-синдрома (РДС) новорожденного.
3. Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности для проведения профилактики РДС новорожденного и подготовки к рождению недоношенного ребенка.
4. Профилактика и лечение инфекционных осложнений, в том числе и при преждевременном излитии околоплодных вод.

Прогнозирование преждевременных родов осуществляется на основании следующих маркеров:

- 1) определение длины шейки матки с помощью трансвагинального УЗИ (2,5 см и менее после 22 недель гестации);
- 2) тест Actim Partus (определение фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста в цервикальном секрете) для оценки зрелости шейки матки;
- 3) выявление фибронектина в шейечно-влагалищном секрете в сроке до 35 недель указывает на повышенный риск преждевременных родов в течение 2 недель с момента проведения теста.

Профилактика РДС новорожденного. РДС — одно из самых частых и тяжелых осложнений раннего неонатального периода у недоношенных детей, обуславливающее летальность у них примерно в 25 % случаев. РДС развивается, как правило, вследствие недостаточной выработки сурфактанта в незрелых легких плода. Сурфактант является гетерогенной смесью липидов и белков, которая синтезируется в больших альвеолах, покрывает альвеолы, способствует их открытию при вдохе и препятствует их слипанию при выдохе. Продукция сурфактанта с участием метилтрансферазы начинается с 22–24-й недели внутриутробной жизни. После рождения под влиянием гипоксии синтез сурфактанта этим путем прекращается. С участием фосфохолинтрансферазы продукция

сурфактанта начинается с 35-й недели внутриутробной жизни, эта система более устойчива к ацидозу и гипоксии. Созревание легких может замедляться или ускоряться в результате воздействия различных факторов. Под влиянием глюкокортикоидов наблюдается усиленный синтез сурфактанта.

Профилактика РДС направлена на повышение жизнеспособности плода и проводится глюкокортикостероидными препаратами в сроках 24–34 полные недели. Курсовая доза глюкокортикостероидов составляет 24 мг: дексаметазон 4 мг в/м 3 раза в сутки в течение 2 дней или дексаметазон 8 мг в/м с интервалом введения 8 часов. Оптимальная длительность применения глюкокортикоидов составляет 48 часов. Профилактическое действие этих препаратов продолжается 7 дней.

Противопоказания к применению глюкокортикостероидов: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, активные формы туберкулеза, тяжелые формы сахарного диабета, эндокардит, остеопороз, острая инфекция или обострения хронической, порфирия.

Показания для проведения профилактики РДС:

- преждевременный разрыв оболочек;
- клинические признаки преждевременных родов в 24–34 недели;
- необходимость досрочного родоразрешения в связи с осложненным течением беременности или декомпенсации экстрагенитальных заболеваний.

Комплексная терапия преждевременных родов включает следующие мероприятия:

1. Лечебно-охранительный режим.
2. Психотерапия.
3. Прием седативных препаратов: настойки валерианы, пустырника по 30 капель 3 раза в сутки (длительность лечения определяется индивидуально); при тревожных состояниях могут быть использованы Нозепам по 0,01 г 2–3 раза в день, Сибазон по 0,015 г 1–2 раза в сутки.
4. Спазмолитическая терапия: дротаверина 2%-ный р-р в/м 2 мл 3 раза в сутки; Баралгин 2 мл в/м 2 раза в день, Но-шпа 2 мл в/м 2–4 раза в день до снятия симптомов угрозы прерывания беременности.
5. Токолитическая терапия.
6. Немедикаментозные методы терапии: электрофорез магния синусоидальным модулированным током, электрорелаксация матки, иглорефлексотерапия.

Средства, снижающие тонус матки, при преждевременных родах обеспечивают временное торможение родовой деятельности. Токолиз осуществляется для подготовки плода к родам, которая заключается в проведении профилактики РДС плода и переводе беременной в перинатальный центр (лечебное учреждение 3–4-го уровня).

Противопоказания к проведению токолиза:

1. Акушерские:

- хориоамнионит;
- отслойка нормально или низко расположенной плаценты (в связи с высоким риском развития матки Кювелера);
- состояния, при которых пролонгирование беременности нецелесообразно (преэклампсия и эклампсия, декомпенсированная экстрагенитальная патология матери).

2. Со стороны плода:

- пороки развития, несовместимые с жизнью;
- антенатальная гибель плода.

Токолитические препараты:

- β -миметики;
- блокаторы окситоциновых рецепторов;
- блокаторы кальциевых каналов;
- ингибиторы циклооксигеназы (нестероидные противовоспалительные препараты);
- магния сульфат.

β -Миметики (Ритодрин, Гинипрал, Партусистен, Сальбутамол, Фенотерол и др.) оказывают действие на β -адренорецепторы матки. Однако необходимо учитывать, что β -адренорецепторы миометрия чувствительны с 26–27 недель, поэтому использование препаратов в более ранние сроки может оказаться неэффективным. За счет уменьшения сопротивления маточных сосудов β -миметики приводят к улучшению кровотока, в том числе и маточно-плацентарного. Действие на сердечно-сосудистую систему проявляется возрастанием частоты сердечных сокращений (ЧСС), уменьшением систолического и диастолического артериального давления (АД). В связи с вышеизложенным возможно развитие побочных эффектов: артериальной гипотензии, тахикардии, головной боли, тошноты, рвоты, гиперкалиемии, гипергликемии, аритмии, ишемии миокарда, отека легких, у плода — гипербилирубинемии, тахикардии.

Применяют β -адреномиметики в различных дозах при остром, массивном или длительном токолизе. Острый токолиз назначают с целью торможения схваток во время родов при острой гипоксии плода, бурной родовой деятельности. Массивный токолиз применяют при начавшихся преждевременных родов и наличии схваток.

Для подавления сократительной деятельности матки (острого и массивного токолиза) 10 мкг гексопреналина (Гинипрал) 2,0 мл разводят в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят в/в струйно медленно. Последующее продолжение инфузии проводят со скоростью до 0,3 мкг/мин, постепенно увеличивая дозу до прекращения сократительной активности матки. Средняя продолжительность инфузии составляет

4–12 часов. Для приготовления раствора используют концентрат для инфузий (1 ампула содержит 25 мкг), который разводят 500 мл изотонического раствора натрия хлорида. Скорость 0,3 мкг/мин соответствует инфузии 120 капель в минуту. При длительном токолизе с использованием инфузomата растворяют 3 ампулы концентрата для инфузий (75 мкг) в 50 мл физиологического раствора; скорость введения составляет 0,075 мкг/мин. Максимальная суточная доза — 430 мкг. Указанные дозировки используются как ориентировочные.

При начавшихся преждевременных родах используют массивный токолиз с высокой скоростью введения препарата. Продолжительность токолиза определяется сроком гестации. До 34 недель целью массивного токолиза является пролонгирование беременности минимум на 48 часов для профилактики РДС новорожденного. В дальнейшем продолжают токолитическую терапию с низкой скоростью инфузии для поддержания токолитического эффекта. Длительность терапии определяют индивидуально. Для ликвидации побочных эффектов на сердечно-сосудистую систему назначение β -миметиков сочетают с приемом блокаторов кальциевых каналов: верапамила гидрохлорид внутрь 0,04 г 3–4 раза в сутки.

Внутривенный токолиз проводят в положении женщины на левом боку. При токолизе β -адреномиметиками у матери осуществляют контроль АД, ЧСС, глюкозы в плазме крови, диуреза, аускультацию легких — каждые 4 часа; у плода — кардиомониторинг.

Противопоказания для токолиза β -адреномиметиками: индивидуальная непереносимость, тиреотоксикоз, феохромоцитома, мерцательная аритмия, миокардит, ишемическая болезнь сердца, синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта, легочная или артериальная гипертензия, гиперкалиемия, печеночная или почечная недостаточность, некорректируемые нарушения углеводного обмена, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Блокатор окситоциновых рецепторов (Атосибан, Трактоцил) снижает тонус и сократительную активность миометрия за счет блокады окситоциновых рецепторов, угнетает эффекты вазопрессина путем связывания с его рецепторами. Показания для применения: регулярные маточные сокращения длительностью не менее 30 с и частотой более 4 в течение 30 минут при раскрытии шейки матки до 3 см; срок беременности — 24–33 недели; физиологическая ЧСС у плода.

Атосибан вводят в 3 последовательных этапа:

- 1-й этап — болюсно в течение 1-й минуты раствор для инъекций в начальной дозе 6,75 мг (1 флакон — 0,9 мл препарата — без разведения);
- 2-й этап — инфузия раствора в высокой дозе — 300 мкг/мин (скорость введения — 24 мл/ч) в течение 3 часов;

– 3-й этап — продолжительная (до 45 часов) инфузия в низкой дозе — 100 мкг/мин (скорость введения — 8 мл/ч).

Противопоказания к применению блокаторов окситоциновых рецепторов:

- срок гестации менее 24 недель и более 33 полных недель;
- преждевременный разрыв оболочек при беременности сроком более 30 недель;
- задержка роста и/или признаки дистресса плода;
- маточное кровотечение;
- тяжелая преэклампсия;
- антенатальная гибель плода;
- хориоамнионит;
- предлежание плаценты;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Блокаторы кальциевых каналов (Нифедипин) используют с целью подавления сократительной активности матки. Для токолитической терапии стартовая доза составляет 20 мг. Через 30 минут повторяют введение 20 мг с последующим его назначением каждые 3–8 часов. Максимальная суточная доза — 160 мг. При прекращении родовой деятельности или появлении побочных эффектов необходимо уменьшение дозировки препарата.

Побочные эффекты чаще проявляются артериальной гипотензией, сердцебиением, головной болью, головокружением, обмороком, сонливостью, депрессией, тремором, повышением активности печеночных ферментов.

Мониторинг при проведении токолиза блокаторами кальциевых каналов:

- ЧСС плода;
- пульса, АД матери каждые 30 минут в течение первого часа, затем каждый час в течение 24 часов, затем каждые 4 часа.

Нестероидные противовоспалительные препараты (ингибиторы циклооксигеназы) ингибируют синтез простагландинов, которым принадлежит важная роль в механизме развития родовой деятельности, что делает возможным их использование в терапии преждевременных родов. Индометацин назначают в начальной дозе 50–100 мг в свечах или таблетках, затем по 25 мг каждые 6 часов (не более 48 ч). Острый токолиз Индометацином проводят с 16-й по 32-ю неделю беременности.

Побочные эффекты: тошнота, гастрит, преждевременное закрытие артериального протока, олигоурия, маловодие.

Магния сульфат не обладает явным токолитическим эффектом, однако оказывает нейропротективное действие на ЦНС плода при угрожающих и начавшихся преждевременных родах. В связи с этим его исполь-

зуют для профилактики детского церебрального паралича при сроках гестации до 30 недель: 25%-ный раствор в/в, нагрузочная доза — 4 г в течение 20–30 минут, далее 1 г в час в течение 24 часов.

Профилактика инфекционных осложнений. При преждевременных родах установлено улучшение перинатальных исходов при назначении антибактериальных препаратов с профилактической целью. При этом первую дозу необходимо вводить как минимум за 4 часа до рождения ребенка.

Назначение антибиотикопрофилактики возможно в следующих схемах:

1) ампициллин: иницирующая доза — 2 г в/в при диагностике начавшихся преждевременных родов, затем по 1 г каждые 4 часа до родоразрешения;

2) цефалоспорины 1-го поколения (Цефазолин): иницирующая доза — 1 г в/в, затем каждые 6 часов до родоразрешения;

3) пенициллин — при наличии стрептококков группы В при бактериологическом исследовании или положительном экспресс-тесте или в группах высокого риска: иницирующая доза — 3 г в/в, затем 1,5 г каждые 4 часа до родоразрешения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Осложнения преждевременных родов:

1. Частое преждевременное излитие околоплодных вод.
2. Особенности сократительной деятельности матки: монотонность ритма схваток, заключающаяся в отсутствии увеличения количества схваток и их продолжительности в активной фазе родов.
3. Аномалии родовой деятельности: слабость, дискоординация, чрезмерно сильная родовая деятельность.
4. Быстрые и стремительные роды на фоне истмико-цервикальной недостаточности.
5. Дородовое кровотечение в результате отслойки нормально расположенной плаценты или предлежания плаценты.
6. Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах из-за задержки частей плаценты.
7. Инфекционные осложнения в родах (хориоамнионит) и послеродовом периоде (эндометрит).
8. Гипоксия плода. Необходимо помнить, что критерии кардиотокографии доношенного плода не подходят для кардиотокографии недоношенного.
9. Родовой травматизм плода. Обусловлен ограничением резервных возможностей недоношенного ребенка в родах, связанным с более низким содержанием гемоглобина, недостаточной кислородной емкостью крови,

что приводит к более частым внутрижелудочковым и внутричерепным кровоизлияниям.

Особенности ведения преждевременных родов. Родоразрешение пациенток с преждевременными родами проводят в стационарах 3-го уровня, в лечебных учреждениях с наличием отделений интенсивной терапии новорожденных. При ведении преждевременных родов необходима оценка характера сократительной активности матки. Если параметры сократительной деятельности матки соответствуют нормальным параметрам родовой деятельности, то преждевременные роды ведут выжидательно. При нормальной продолжительности преждевременных родов по сравнению со срочными родами имеется тенденция к увеличению скорости раскрытия шейки матки, которая в латентную фазу составляет 0,8 см/ч, а в активную — 3–5 см/ч. Это приводит к укорочению длительности родов: латентная фаза длится в среднем 6 часов, а активная — около 2,5 часов.

Широко используют обезболивание родов (Анальгин, Баралгин, закись азота), при участии анестезиолога может быть проведена эпидуральная аналгезия (лидокаина гидрохлорид эпидурально 20–40 мг, затем каждые 30 минут добавлять 20–30 мг). При этом эпидуральную аналгезию при целом плодном пузыре проводят без предварительной амниотомии (ее осуществляют при полном раскрытии шейки матки). Эпидуральная аналгезия проводится также в целях перинатальной охраны плода, так как предотвращает быстрые и стремительные роды, которые являются одной из причин церебральных поражений у новорожденных. При ведении преждевременных родов не рекомендуется использовать Промедол из-за его неблагоприятного влияния на дыхательный центр плода.

При ведении преждевременных родов противопоказано применение метода Кристеллера, вакуум-экстрактора. Возможно применение акушерских щипцов при сроке гестации 34–37 недель.

С целью уменьшения родового травматизма в периоде изгнания роды ведут без защиты промежности, часто производят рассечение промежности для облегчения прорезывания головки плода.

Ребенка принимают в подогретую пеленку на специальную подставку, располагая ее на уровне промежности матери. Изменение положения подставки может привести к гипер- или гиповолемии новорожденного и вызвать нарушение сердечной деятельности. Пережатие пуповины проводят на 30–120 с после рождения (при отсутствии показаний для более раннего пережатия), так как это способствует снижению риска анемий и внутрижелудочковых кровоизлияний.

Профилактику кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах проводят по общепринятой методике (метилэргометрина 0,02%-ный р-р в/в 1 мл однократно).

Вопрос о методе родоразрешения при недоношенной беременности решается индивидуально и определяется рядом факторов:

- наличием патологии, требующей экстренного родоразрешения;
- сроком гестации и массой плода;
- наличием или отсутствием околоплодных вод;
- состоянием и предлежанием плода;
- степенью зрелости шейки матки;
- характером родовой деятельности.

Показания к кесареву сечению:

1) экстрагенитальная патология в стадии декомпенсации, при которой необходимо исключение потужного периода;

2) осложнения беременности (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, кровотечение при предлежании плаценты, преэклампсия);

3) острая гипоксия плода

4) тазовое предлежание плода;

5) поперечное или косое положение плода;

6) дискоординация или слабость родовой деятельности;

7) многоплодная беременность в сроке гестации до 34 недель.

Тактика ведения при преждевременном излитии околоплодных вод при недоношенной беременности. Преждевременное излитие околоплодных вод наблюдается в 20–50 % случаев преждевременных родов. Диагноз подтверждается при осмотре шейки матки в зеркалах.

Диагностика преждевременного излития вод:

1. Тест с нитрозином. Основан на изменении рН влагалищного содержимого, имеющего кислую среду, а при подтекании вод — щелочную. Возможная инфекция во влагалище или шейке матки может приводить к ложноположительному результату тестов, основанных на этом принципе.

2. Амнитест — Тест PartoSure — базируется на определении плацентарного α -1-микрोगлобулина во влагалищном секрете. В основе лежит иммунохроматографическое связывание двух высокоспецифических моноклональных антител с антигеном α -1-микрोगлобулина, который присутствует в амниотической жидкости и попадает во влагалищный секрет только при повреждении плодного пузыря. Тест дает 97 % точности. При проведении теста стерильным ватным тампоном забирают секрет из шейки матки и на 30 секунд прижимают к центральному окошку индикаторной полоски. Через 10 минут проводят оценку результата.

УЗИ необходимо для диагностики состояния плода и снижения количества околоплодных вод (с определением индекса амниотической жидкости).

При подозрении на излитие околоплодных вод после осмотра шейки матки в зеркалах следует избегать ее мануального исследования. Это свя-

зано с профилактикой переноса инфекции из влагалища и предотвращением активации выброса простагландинов, который может спровоцировать начало сократительной деятельности матки.

Вероятность развития родовой деятельности при преждевременном излитии околоплодных вод находится в прямой зависимости от срока гестации: чем больше срок, тем быстрее развивается родовая деятельность. При дородовом излитии вод необходимо решить вопрос о назначении антибиотикотерапии, применении токолитиков, профилактике дистресс-синдрома плода.

Выжидательная тактика проводится в сроке до 34 недель беременности под контролем объективных, лабораторных и инструментальных параметров.

Алгоритм дальнейшего ведения пациентки включает:

- 1) госпитализацию в палату, в которой проводится обработка в режиме родильного блока; ежедневная смена белья;
- 2) контроль за состоянием матери и плода каждые 4 часа — оценка количества и качества околоплодных вод и выделений из половых путей, пульса, температуры тела, ЧСС плода, характера родовой деятельности;
- 3) общий анализ крови с лейкоцитарной формулой каждые 48 часов (при отсутствии клинических признаков инфекции);
- 4) определение С-реактивного белка в крови (маркер хориоамнионита);
- 5) посев содержимого цервикального канала на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, на β -гемолитический стрептококк;
- 6) мониторинг кардиотокографии плода ежедневно;
- 7) УЗИ плода и УЗ-доплерометрия.

Токолиз продолжают не более 48 часов. Профилактическое назначение токолитиков неэффективно.

Антибиотикопрофилактику назначают по общепринятым схемам при выявлении преждевременного излития околоплодных вод и продолжают до рождения ребенка (не менее 7–10 суток).

Внутриматочная инфекция (хориоамнионит) значительно ухудшает прогноз при рождении недоношенного новорожденного и способствует развитию септических осложнений у матери. При преждевременном излитии околоплодных вод хориоамнионит может насчитывать до 40 % случаев.

Признаки хориоамнионита:

- гипертермия матери (более 38 °С);
- тахикардия матери (более 100 уд./мин);
- тахикардия плода (более 160 уд./мин);
- патологические выделения из половых путей (гнойные, с неприятным запахом);
- повышение С-реактивного белка;
- повышение прокальцитонина;

– гипертонус матки.

При подозрении на хориоамнионит назначается комбинированная терапия антибиотиками широкого спектра действия с учетом воздействия на все группы возбудителей (аэробы грамположительные и грамотрицательные, анаэробы).

При наличии хориоамнионита показано быстрое и бережное родоразрешение. При отсутствии условий для бережного родоразрешения через естественные родовые пути и активной родовой деятельности показано кесарево сечение.

Ведение быстрых или стремительных преждевременных родов.

Клинически быстрые или стремительные преждевременные роды проявляются частыми болезненными и продолжительными схватками. При этом увеличивается скорость раскрытия шейки матки, превышающая 0,8–1 см/ч в латентную фазу и 3 см/ч в активную фазу родов; частота схваток превышает 5 за 10 минут. Если параметры сократительной деятельности матки и динамика раскрытия шейки соответствуют вышеперечисленным критериям, необходимо начинать коррекцию родовой деятельности с помощью токолитической терапии на фоне эпидуральной анестезии. Препаратом выбора для токолиза является Гинипрал (гексопреналин). Токолиз начинают внутривенным капельным введением Гинипрала (20 мкг), разведенным в 50 мл 0,9%-ного раствора хлорида натрия. Скорость инфузии — 0,3 мкг/мин. Токолитическую терапию проводят до снижения сократительной активности матки, затем скорость введения препарата замедляют до появления регулярных схваток с частотой 3–4 схватки за 10 минут. Токолиз продолжают в течение 2–3 часов и прекращают при открытии шейки матки на 8–9 см, то есть за 30–40 минут до предполагаемых родов.

Ведение преждевременных родов при слабости родовой деятельности. Слабость родовой деятельности клинически устанавливают по уменьшению частоты, длительности и интенсивности схваток, а также замедлению скорости раскрытия шейки матки.

Стимуляцию родовой деятельности при преждевременных родах следует проводить щадящим способом. Наиболее эффективным является применение простагландина E₂ (0,75 мг в 500 мл 0,9%-ного раствора натрия хлорида) при наличии первичной слабости родовой деятельности или окситоцина (5 МЕ) при вторичной слабости родовой деятельности. Скорость введения при использовании инфузomата устанавливают, начиная с 0,3 мл/ч при разведении на 20 мл физиологического раствора, увеличивая каждые 10 минут на 0,3 мл до появления регулярных схваток с частотой 3–4 за 10 минут (максимальная скорость инфузии — 4 мл/ч). После нормализации родовой деятельности под контролем кардиотокографии введение утеротонических препаратов прекращают, переходя

на внутривенное введение 0,9%-ного раствора натрия хлорида. Если в дальнейшем продолжается регулярная родовая деятельность, утеротонические препараты с целью стимуляции не вводят, если родовая деятельность ослабевает — продолжают их введение.

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО

Родившийся преждевременно ребенок имеет признаки незрелости: масса тела менее 2500 г, рост меньше 47 см, большое количество сыровидной смазки, недостаточное развитие подкожной жировой клетчатки. Тело покрыто пушковым волосом (у доношенного ребенка только в области плечевого пояса), волосы на голове небольшой длины, ушные и носовые хрящи мягкие, ногти на руках и ногах не заходят за кончики пальцев, пупочное кольцо расположено ближе к лону. У мальчиков яички не опущены в мошонку, у девочек клитор и малые половые губы не прикрыты большими. Крик ребенка слабый.

Для оценки состояния новорожденного может быть использована шкала Апгар. Прогностическое значение имеет оценка состояния ребенка через 5 минут. Если она остается низкой — прогноз неблагоприятный.

Для оценки дыхательной функции используют шкалу Сильвермана, которая основана на оценке следующих признаков, характеризующих дыхательную функцию новорожденных:

- 1) движение грудной клетки и втяжение передней брюшной стенки на вдохе;
- 2) втяжение межреберий;
- 3) втяжение грудины;
- 4) положение нижней челюсти и участие в акте дыхания крыльев носа;
- 5) характер дыхания (шумное, со стоном).

Каждый из симптомов оценивают от 0 до 2 баллов по мере нарастания их тяжести. Сумма баллов дает представление о функции дыхания недоношенного новорожденного. Чем меньшую сумму баллов по шкале Сильвермана получает новорожденный, тем менее выражены проявления легочной недостаточности.

У недоношенных детей часто наблюдается болезнь гиалиновых мембран, приступы асфиксии, развитие дыхательной недостаточности. Недоношенные новорожденные легко подвергаются охлаждению, которое обуславливает развитие гипоксемии, метаболического ацидоза, быстрое истощение запасов гликогена, снижение уровня глюкозы в крови.

Недоношенные дети относятся к группе высокого риска, что требует создания особых условий ухода и специализированной помощи.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

ТЕСТЫ

- 1. Наиболее часто применяемые препараты для токолиза:**
 - а) сернокислая магнезия;
 - б) спазмолитики;
 - в) β -адреномиметики;
 - г) β -адреноблокаторы;
 - д) блокаторы кальциевых каналов.
- 2. Ранним признаком преждевременных родов не является:**
 - а) усиление сокращения миометрия;
 - б) учащенное мочеиспускание;
 - в) тянущие боли в низу живота и в поясничной области;
 - г) раскрытие маточного зева на 4 см;
 - д) укорочение шейки матки.
- 3. Что из приведенного не является причиной преждевременных родов:**
 - а) многоводие;
 - б) многоплодие;
 - в) ИППП;
 - г) истмико-цервикальная недостаточность;
 - д) наличие в анамнезе тяжелой рвоты беременных?
- 4. Невынашивание беременности — это самопроизвольное прерывание беременности:**
 - а) от зачатия до 37 недель;
 - б) от зачатия до 22 недель;
 - в) в сроки 28–37 недель;
 - г) до 38 недель.
- 5. Все из указанного верно, кроме:**
 - а) при массе 1000 г выживает около 70 % новорожденных;
 - б) при 28-недельной беременности из-за незрелости легких плода отношение лецитина к сфингомиелину в пределах от 1 : 1 до 2 : 1;
 - в) при 28 недель беременности фосфатидил-глицерол выявить не удастся;
 - г) плод в 28 недель нежизнеспособен.
- 6. Какое из положений верно в отношении РДС у новорожденного:**
 - а) характеризуется синдромом легочной недостаточности;
 - б) обусловлен низкой зрелостью альвеол и недостатком сурфактанта, вырабатываемого организмом плода с 20 недель беременности;

в) признаком РДС являются: тахипноэ, хрипы в легких, прогрессирующих цианоз;

г) верно все вышеперечисленное?

7. Для ведения преждевременных родов верно все, кроме:

а) противопоказаны вакуум-экстракция плода, применение метода Кристеллера;

б) всегда показано кесарево сечение;

в) роды ведут без защиты промежности;

г) показано раннее рассечение промежности.

8. Для профилактики РДС верно все, кроме:

а) наиболее оптимальна в сроках 28–35 недель;

б) наиболее оптимальна в сроках 22–28 недель;

в) повторные курсы проводят через 7 дней 2–3 раза;

г) на курс назначают 24 мг дексаметазона.

9. Признаками незрелости плода являются:

а) большое количество сыровидной смазки;

б) мягкие ушные и носовые хрящи;

в) пупочное кольцо расположено ближе к лобку;

г) верно все перечисленное выше.

10. Для оценки функции дыхания у недоношенного ребенка используют:

а) шкалу Апгар;

б) шкалу Сильвермана;

в) шкалу Бишопа;

г) шкалу Виттлингера.

11. Укажите, что не является параметром шкалы Сильвермана:

а) движения грудной клетки;

б) втяжение межреберий, грудины;

в) характер дыхания;

г) рефлекторная возбудимость.

12. Укажите особенности, не характерные для преждевременных родов:

а) преждевременное излитие околоплодных вод;

б) слабость родовой деятельности;

в) всегда неправильное положение плода;

г) часто быстрые роды.

13. Укажите стадию преждевременных родов, при которой не используется сохраняющая терапия:

а) начавшиеся;

б) начинающиеся;

в) угрожающие.

14. При преждевременных родах удлинение безводного промежутка способствует более быстрому созреванию сурфактанта легких плода:

- а) да;
- б) нет.

15. Укажите, что не является необходимым при ведении беременной с преждевременным разрывом плодных оболочек и недоношенной беременностью:

- а) каждые 4 часа определение пульса, измерение температуры;
- б) каждые 48 часов определение лейкоцитов в крови;
- в) каждые 12 часов определение лейкоцитов в моче;
- г) бактериологическое исследование отделяемого половых путей.

16. Что из перечисленного не является фактором риска преждевременных родов:

- а) ранее перенесенные аборт;
- б) воспалительные заболевания органов малого таза;
- в) преждевременные роды в анамнезе;
- г) токсикоз первой половины беременности.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. Пациентка С., 28 лет, поступила в приемный покой родильного дома с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 2 часов, жидкие выделения из половых путей. По кардиотокографии регистрируется родовая деятельность. В анамнезе — преждевременные роды через естественные родовые пути в сроке 35 недель. Настоящая беременность вторая, срок беременности — 34 недели. Объективно: рост 158 см, вес 64 кг, АД 120/80 мм рт. ст. Матка соответствует сроку 34 недели, в тонусе. В зеркалах: подтекают светлые околоплодные воды. Вагинально: влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, раскрытие 4 см, края маточного зева мягкие. Плодный пузырь отсутствует.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику ведения пациентки.

Задача 2. В отделение патологии беременных поступила пациентка 36 лет. В анамнезе роды крупным плодом, вакуум-экстракция по поводу острой гипоксии. Настоящая беременность вторая, срок беременности — 18 недель. Объективно: рост 167 см, вес 68 кг, АД 120/80 мм рт. ст. Матка соответствует сроку 18 недель, в нормотонусе. В зеркалах: выделения слизистые, скудные. Шейка деформирована старыми разрывами. Вагинально: влагалище рожавшей женщины, шейка матки длиной 1,5 см, расположена в центре малого таза, мягковатая, канал пропускает палец на всем протяжении. Определяется нижний полюс плодного яйца. По дан-

ным цервикометрии — длина шейки 20 мм, внутренний зев воронкообразно расширен, 5 мм.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику ведения пациентки.

ОТВЕТЫ

Тесты: 1 — в; 2 — г; 3 — д; 4 — а; 5 — г; 6 — г; 7 — б; 8 — б; 9 — г; 10 — б; 11 — г; 12 — в; 13 — а; 14 — а; 15 — в; 16 — г.

Задача 1. Беременность 34 недели. Начавшиеся преждевременные роды. Тактика: роды вести через естественные родовые пути на фоне обезболивания, профилактики слабости родовой деятельности, гипоксии плода.

Задача 2. Беременность 18 недель. Угрожающий выкидыш. Истмико-цервикальная недостаточность (травматического генеза). Тактика: обследование на ИППП, посев из цервикального канала. В плане — цервикальный серкляж на фоне спазмолитической терапии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. *Акушерство* : учеб. пособие / Ю. К. Малевич [и др.] ; под ред. Ю. К. Малевича. Минск : Беларусь, 2017. 511 с.
2. *Акушерство* : учеб. пособие / С. Н. Занько [и др.] ; под ред. С. Н. Занько, Л. Е. Радецкой. Минск : Выш. шк., 2013. 734 с.

Дополнительная

3. *Акушерство* : нац. руководство / под ред. Г. М. Савельевой [и др.]. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 1088 с.
4. *Проблема* преждевременных родов в современном акушерстве / Г. М. Савельева [и др.] // Российский мед. журнал. 2014. № 5. С. 4–8.
5. *Полозская, Ю. В.* Тактика ведения беременных с преждевременным излитием вод при недоношенной беременности / Ю. В. Полозская, Е. Ю. Шакурова, Т. В. Попова // *Акушерство и гинекология*. 2014. № 5. С. 32–34.
6. *Профилактика* невынашивания и преждевременных родов в современном мире : резолюция экспертного совета в рамках 16-го Всемирного Конгресса по вопросам репродукции человека, Берлин, 18–21 марта 2015 г. Информационное письмо. Москва : Редакция журнала Status Praesens, 2015. 4 с.
7. *Хапова, Т. В.* Преждевременные роды. Диагностика. Профилактика / Т. В. Хапова, О. А. Кузнецова, Т. В. Смирнова // *Вестник РУДН. Сер. Медицина*. 2013. № 5. С. 177–183.
8. *Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity : a systemic review and metaanalysis of individual patient data* / R. Romero [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2012. Feb ; 206(2) : 124. P. 1–19.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Этиологические факторы риска преждевременных родов	5
Классификация и клиническая характеристика преждевременных родов.....	6
Диагностика преждевременных родов.....	7
Профилактика преждевременных родов.....	9
Лечение преждевременных родов	10
Особенности течения и ведения преждевременных родов.....	15
Характеристика недоношенного новорожденного	20
Самоконтроль усвоения темы	21
Список использованной литературы.....	25

Учебное издание

Сидоренко Валентина Николаевна
Кириллова Елена Николаевна
Павлюкова Светлана Алексеевна

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. Ф. Можейко
Редактор Н. В. Оношко
Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 29.12.18. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,63. Уч.-изд. л. 1,25. Тираж 45 экз. Заказ 826.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.