

Алгоритм ведения беременности при угрозе родов до срока (Протокол № 624)

Преждевременные роды - это роды со спонтанным началом, прогрессированием родовой деятельности и рождением плода массой более 500г в сроке беременности с 22 недель до 37 недель.

В связи с особенностями акушерской тактики и выхаживания детей, родившихся при разных сроках гестации, целесообразно выделить следующие периоды:

- 22-27 недель

- 28-33 недели;

- 34-36 недели + 6 дней гестации.

На современном этапе организации акушерской помощи в Украине оптимальным является проведение преждевременных родов в специализированных акушерских стационарах, в которых есть условия для проведения интенсивной терапии и реанимации новорожденных.

Целесообразно обеспечения прав роженицы на привлечение близких к присутствию на родах.

Принципы ведения преждевременных родов:

1. Оценка степени прогнозируемого риска развития материнской и перинатальной патологии с целью определения уровня оказания стационарной помощи.
2. Определение плана ведения родов и информированное согласование его с женщиной.
3. Контроль за состоянием матери и плода во время родов с ведением партограммы [А].
4. Профилактика респираторного дистресс синдрома до 34 недель беременности.
5. Обезболивание родов по показаниям.
6. Оценка состояния ребенка, поддержка тепловой цепочки, проведение первичного туалета новорожденного, совместное пребывание матери и ребенка с первых часов после рождения, более широкое использование метода «кенгуру» при выхаживании детей с малой массой.

Диагностика и подтверждение родов:

Подтверждение родов:

- у беременной после 22 недель появляются схваткообразные боли внизу живота и пояснице с появлением слизисто-кровянистых или водянистых (в случае отхождения околоплодных вод) выделений из влагалища;
- наличие 1 схватки в течение 10 минут, которая длится 15-20 секунд
- изменение формы и расположения шейки матки - прогрессивное укорочение шейки матки и ее сглаживания.
- постепенное опускание предлежащей части плода (головка, ягодицы) в малый таз относительно плоскости входа в малый таз (по данным наружного акушерского исследования) или относительно *lin.interspinalis* (при внутреннем акушерском исследовании).

Диагностика периодов и фаз родов.

Клинические характеристики	Период	Фаза
Шейка закрыта	Ложные роды (отсутствие родовой деятельности)	
Шейка раскрыта менее, чем на 3 см	Первый	Латентная
Шейка раскрыта на 3-9 см. Скорость раскрытия шейки матки не менее (или не больше) – 1 см/час. Начало опускания головки плода	Первый	Активная
Полное раскрытие шейки матки (10 см). Головка плода в полости таза.	Второй	Ранняя
Нет позывов тужиться Полное раскрытие шейки (10 см). Предлежащая часть на тазовом дне.	Второй	Поздняя (потужная)
Роженица начинает тужиться Третий период родов начинается с момента рождения плода и заканчивается изгнанием последа.	Третий	

Последовательность действий при ведении преждевременных родов:

Во время госпитализации беременной (роженицы) в акушерский стационар дежурный врач акушер-гинеколог в приемно-смотровом отделении:

- тщательно знакомится с обменной картой женщины о ходе данной беременности, обратив внимание на данные общего, инфекционного и акушерско-гинекологического анамнеза, клиничко-лабораторные обследования, и данные гравидограммы;

- выясняет жалобы;

- для оценки состояния роженицы производит: **общий осмотр**, измеряет температуру тела, пульс, артериальное давление, частоту дыхания, исследование внутренних органов (по показаниям);

- осуществляет измерения высоты стояния дна матки, окружности живота и размеров таза.

Определяет срок беременности и предполагаемую массу плода

- Спрашивает роженицу о шевелениях плода и производит **аускультацию сердцебиений плода**

- производит **наружное и при отсутствии преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО), производит внутреннее акушерское исследование**: определяет положение, вид и позицию плода, характер родовой деятельности, раскрытие шейки матки и период родов, местонахождение головки плода относительно плоскостей малого таза;

- по данным анамнеза, обменной карты и результатам физикального и акушерского исследования роженицы **устанавливает срок беременности, акушерский диагноз, определяет тактику ведения беременной (роженицы)**

- **до 34 недель беременности при раскрытии шейки матки менее 3 см, отсутствии амнионита, преэклампсии, кровотечения, удовлетворительном состоянии плода проводят токолиз.**

Токолитическая терапия назначается на **срок 48 часов**, необходимых для проведения антенатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома плода (РДС) и при необходимости перевода беременной на более высокий уровень оказания помощи:

1. **нифедипин** 10 мг сублингвально каждые 15 минут в течение часа до прекращения схваток, затем назначают 20 мг 3 раза в сутки в зависимости от тонуса матки;

2. **бета-миметики (гинипрал, ритодрин и их аналоги)**

гинипрал в дозе 10 мкг (2 мл) применяется в виде / в инфузии на 500,0 мл изотонического раствора натрия хлорида со скоростью 5-10 капель в минуту;

3. использовать орально таблетированные токолитики для поддерживающей терапии после успешного лечения преждевременных родов не рекомендуется;

4. научно доказано, что сульфат магния не только не имеет выраженной токолитической активности, то есть не предупреждает преждевременные роды, а почти в три раза повышает постнатальную смертность. **Используется для нейро-протекции плода.**

Через 2:00 после начала токолиза подтвердить диагноз преждевременных родов констатацией сглаживания, или раскрытия шейки матки. Если преждевременные роды прогрессируют - токолиз отменяют. Далее роды ведут согласно партограммы;

Профилактику респираторного дистресс синдрома плода проводят с 24 до 34 недель:

- при угрозе преждевременных родов **в/м введением дексаметазона по 6 мг каждые 12 часов на курс 24 мг, или бетаметазона по 12 мг каждые 24 часа, на курс 24 мг;**

Не рекомендуется проводить повторные курсы профилактики респираторного дистресс синдрома плода - это повышает риск отставания в психомоторном развитии ребенка и усугубляет проблемы его поведения.

Не использовать кортикостероиды при наличии клинических проявлений тяжелой инфекции.

Проведение интранатальной антибактериальной терапии осуществляют при наличии признаков инфекции.

(Ведение родов – см. протокол МОЗ України № 624).