

КЛІНІЧНІ ЛЕКЦІЇ

УДК 618.39

С. О. Іванюта

Національний медичний університет
ім. О. О. Богомольця
(Україна, м. Київ)

ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ (КЛІНІЧНА ЛЕКЦІЯ)

Ключові слова: невиношування, недоношування, передчасні пологи.

Резюме. В лекції представлені сучасні положення етіології, патогенезу, особливостей тактики ведення передчасних пологів.

Серед найважливіших проблем практичного акушерства одне з перших місць займає невиношування вагітності, частота якого досягає 20% та немає тенденції до зниження. Слід пам'ятати, що в статистику не входить велика кількість дуже ранніх та субклінічно протікаючих абортів.

Слід розрізняти невиношування та недоношування вагітності. Під невиношуванням розуміють мимовільне переривання вагітності в різні терміни – від моменту зачаття до 37 тижнів вагітності. Недоношування вагітності – переривання її в терміни 22-37 тижнів (передчасні пологи). Переривання вагітності в терміни до 22 тижнів називають абортom (викиднем).

Самовільне переривання вагітності розподіляється за триместрами наступним чином: в I триместрі – 75-80%, у II триместрі – 19-20%, у III триместрі – 4-8%. Високу частоту переривання в I триместрі багатьма дослідниками розглядається як свого роду природній відбір, елімінацію аномально сформованого ембріону (в 50-60% аномалії кариотипу ембріону).

Передчасні пологи (ПП) є найбільш частою причиною неонатальної захворюваності та смертності. Частота ПП становить 5-10% (в Росії – 7%, США – 7,5%, Франція – 5%, Австралія – 6%, Норвегія – 8%, Шотландія – 6,8%) і незважаючи на прогрес медицини залишається незмінною протягом останніх десятиліть. Поява нових репродуктивних технологій сприяє підвищенню цього показника. В 25-38% випадків ПП передують передчасний розрив плодових оболонок.

Код патології за МКХ -X: передчасні пологи – 060, передчасний розрив плодових оболонок – 042.

© С. О. Іванюта

Щорічно в світі народжується біля 13 млн. недоношених дітей. Це зумовлює 60-70% ранньої неонатальної смертності та високу перинатальну захворюваність, які є результатом низької маси тіла новонародженого, його незрілості та супутнього утробного інфікування.

Найбільша дискусія виникає навколо проблеми ПП в терміні 22-27 тижнів вагітності. За рекомендаціями ВООЗ ми знаємо, що це передчасні пологи, але діти народжені в терміні 22-23 тижні гестації, практично не виживають, і тому в багатьох країнах передчасними рахуються пологи, починаючи з 24 або навіть з 26 тижнів вагітності. В Росії переривання вагітності в терміні 22-27 тижнів виведено до окремої категорії, що не відноситься до ПП, а новонароджені, що народились вагою від 500 до 999 г, підлягають реєстрації, якщо вони прожили більше 168 годин (7 діб). В зв'язку з цим частота ПП може різнитися в різних країнах.

Загальноприйнятої класифікації ПП пологів не існує, однак найбільш часто їх підрозділяють на дуже ранні передчасні пологи (22-27 тижнів вагітності), ранні передчасні пологи (28-33 тижні), передчасні пологи (34-37 тижнів). За механізмом виникнення їх розподіляють на самовільні та індуковані (викликані штучно як правило за медичними показаннями).

Незалежно від терміну ПП виділяють наступні стадії: загроза передчасних пологів, передчасні пологи що починаються та передчасні пологи, що розпочались. Слід пам'ятати, що кордони між стадіями визначити буває дуже важко, а інколи і неможливо. У таких випадках слід орієнтуватися на динаміку розкриття маткового вічка або на результати кардіотокографічного моніторингу скоротливої діяльності матки.

Причини виникнення передчасних пологів

1 група – ускладнення вагітності та акушерсько-гінекологічна патологія в анамнезі:

- гормональні порушення;
- генітальні інфекції;
- істміко-цервікальна недостатність;
- порушення в системі гомеостазу;
- багатоплідна вагітність, багатовіддя, крупний плід;
- вади розвитку матки;
- передчасне відшарування плаценти, передлежання плаценти;
- антифосфоліпідний синдром;
- пізні гестози;
- несвоєчасне відходження навколоплідних вод;
- вади розвитку плода, смерть плода;
- невідалена ВМС.

2 група – екстрагенітальна патологія: ендокринопатії, гострі інфекції, захворювання нирок, серцево-судинні захворювання тощо.

При формуванні вагітних **в групу ризику розвитку ПП** враховують наступні фактори, які поділяють на материнські та плодові:

МАТЕРИНСЬКІ ФАКТОРИ:

Обтяжений акушерський анамнез – аборти (мимовільні, штучні), предчасні пологи, гінекологічні захворювання, порушення менструальної функції, захворювання матки.

- Стрес.
- Невлаштованість сімейного життя.
- Низький соціальний рівень та погані матеріально-побутові умови.
- Важка фізична праця.
- Алкоголь, куріння, вживання наркотичних речовин.
- Погане харчування.
- Занадто молодий та похилий вік.
- Спадковість.
- Маткові кровотечі в I та II триместрах вагітності.
- Травми.
- Індукована вагітність.
- Екстрагенітальні захворювання матері (особливо запальні, ГРВІ, будь-яка патологія з підвищенням температури, кишкова інфекція – ендотоксин кишкової палички має спрямований вплив на міометрій, скрита інфекція, варикозна хвороба).
- Хірургічні операції під час вагітності, особливо на органах черевної порожнини, чи травми.

Плодові фактори:

- Багатопліддя – матка має свою межу збільшення.

- Багатовіддя.
- 20% жінок з тазовим передлежанням плода закінчуються передчасними пологами.
- Передлежання плаценти – у 5 разів частіше виникають передчасні пологи.
- Відшарування плаценти – у 4 рази частіше виникають передчасні пологи.
- Утробне інфікування плода.

ПАТОГЕНЕЗ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ ЗУМОВЛЕНИЙ:

- підвищеним викидом цитокінів при інфекції;
- коагулопатичними процесами, які призводять до мікротромбозу плаценти з наступним її відшаруванням;
- підвищенням кількості та активацією окситоцинових рецепторів в міометрії, що сприяє відкриттю кальцієвих каналців міоцитів та ініціації скоротливої діяльності матки;
- передчасним розривом плідних оболонок – як результат їх перерозтягнення, інфікування, істміко-цервікальної недостатності.

Діагностика ПП базується на скаргах вагітної, результатах загального огляду та вагінального дослідження. При підозрі на передчасний розрив плідних оболонок слід залучати додаткову параклінічну діагностику. При зборі анамнезу звертаємо увагу на наявність вище перерахованих факторів ризику ПП, на особливості перебігу та результат попередніх вагітностей. Для вироблення вірної лікувальної та діагностичної тактики слід точно визначити термін вагітності. При наявності гінекологічних втручань (особливо лапароскопічним шляхом) слід вияснити об'єм втручання, при наявності – в діагнозі навести наявність рубця на матці.

Обстеження при ПП включає загальноприйняті методи – вимірювання температури тіла, артеріального тиску, частоти та характеру пульсу. Слід пам'ятати, що зниження артеріального тиску, наповнення пульсу, тахікардія свідчать про відшарування плаценти. Підвищення температури, тахікардія та інші ознаки синдрому системної запальної відповіді – характерні для хоріоамніоніту. При огляді відмічають підвищену збудливість чи тонус матки при загрозі ПП та регулярні перейми при ПП, що розпочались.

При підозрі на супутнє відшарування плаценти огляд шийки матки в дзеркалах проводять тільки теплими дзеркалами при розгорнутій операційній. За показаннями проводять УЗД.

Під час вагінального дослідження детально описується стан шийки матки, розташування її передлежачої частини. Доцільне проведення динамічного спостереження одним фахівцем. З метою діагностики передчасного розриву плодових оболонок

(ПРПО) звертають увагу на характер виділень, при відкритому цервікальному каналі – на наявність чи відсутність міхура, оболонок. При огляді в дзеркалах проводять «пробу кашльового поштовху».

Лабораторну діагностику виконують з метою визначення етіології загрози передчасних пологів. При підозрі на інфекційний фактор проводиться бактеріологія та бактеріоскопія виділень з цервікального каналу та визначення чутливості мікрофлори до антибіотиків, при підозрі на вірусне інфікування – проводиться ПЛР. Здійснюється дослідження стану гемостазу крові з виявленням маркерів АФС. У спеціалізованих закладах виявляють маркери ранніх проявів утробної інфекції – фібрoneктин плазми, рівень IL-6 в слизовій цервікального каналу.

У вагітних з необтяженим анамнезом, при швидкому усуненні симптоматики загрози ПП і при задовільному стані плода не рекомендується проводити додаткову діагностику.

Лабораторна діагностика набуває великого значення при підозрі на ПРПО. Забір виділень на визначення елементів навколоплідних вод та амніотест, що ґрунтується на дослідженні плацентарного α_1 мікроглобуліна є розповсюдженим дослідженням.

Інструментальні методи дослідження. Основною задачею УЗД є точне визначення гестаційного віку та маси плода, виявлення затримки його розвитку. УЗД дозволяє дослідити динаміку змін в шийці матки, провести УЗ-контроль індексу амніотичної рідини, виключити наявність відшарування плаценти. При тривалій загрозі ПП обов'язково проводять КТГ та доплерометрію стану плода.

Диференційна діагностика ПП проводиться з гострим пієлонефритом, нирковою колікою, гострим апендицитом. Симптом латентної фази – нудота може бути викликаний харчовою інтоксикацією, панкреатитом, дискінезією жовчовивідних шляхів. При лейоміомі визначаються порушення трофіки вузла з симптомами неспроможності рубця на матці.

Розташування центрів, які спеціалізуються по ПП, доцільно поряд з багатопрофільними лікарнями. Зараз створено перинатальні центри, де концентруються ПП, де є всі необхідні умови виходження недоношених дітей. За даними літератури, плоди вагою 500-750 г в перинатальному центрі виживають у 15% випадків; при масі 750-1000 г – у 50% випадків; при масі 1000-1500 г – до 90%; при масі до 2000 г виживаємість сягає 97%.

У жінок групи ризику щодо виникнення ПП слід кожних 2 тижні (після 22 тижнів гестації) записувати криву маткових скорочень – гістерограму, яка дозволяє визначити час настання ПП.

Показаннями до госпіталізації вагітних є:

- загроза передчасних пологів;
- при укороченій до 1 см чи згладженій шийці матки;
- при регулярних переймах;
- за даними анамнезу в терміні попередніх передчасних пологів.

За клінічним перебігом ПП поділяються на загрозові та ті, що розпочались. Загрозові ПП характеризуються болями в попереку та в нижніх відділах живота, збудливість та тонус матки підвищені. При вагінальному дослідженні шийка матки збережена, зовнішнє вічко закрите. Серцебиття плода не страждає. При ПП, що розпочалися, болі підсилюються, набувають переймоподібного характеру. При вагінальному дослідженні спостерігається укорочення чи згладжування шийки матки, відмічається динаміка розкриття шийки матки, що часто супроводжується вилиттям навколоплідних вод.

Залежно від акушерської ситуації притримуються консервативно-очікувальної чи активної тактики ведення при недоношеній вагітності. Слід пам'ятати, що якщо при загрозі передчасних пологів терапія може зупинити процес, то з початком передчасних пологів їх зупинити не можна – можна лише затримати на деякий час.

Немедикаментозне лікування загрози ПП полягає в створенні постільного режиму, фізичного, емоційного та статевого спокою жінки. З переліку фізіотерапевтичних методів застосовують такі, як: електрофорез магнія синусоїдальним модульованим струмом, голкорексфлексотерапію та електроаналгезію.

Медикаментозне лікування загрози ПП є комплексним та включає в себе токолітичну терапію, профілактику РДС плода, седативну та симптоматичну терапію.

Токолітична терапія. Спочатку проводиться масивний (гострий) токоліз, а потім підтримуючий токоліз. Застосовують селективні β_2 -адреноміметики (партусистен, алуцент, салбутамол, бриканіл) та магнія сульфат. Застосування адреноміметиків доцільне з попереднім прийомом блокаторів кальцієвих каналів (верапаміл по 40-80 мг 4-6 р на день за 20-30 хвилин до прийому адреноміметиків, ніфедіпін по 10 мг, ізоптін).

Гексопреналін (гініпрал) – доза при в/в введенні 100 мкг на 400 мл 0,9% NaCl (або 5% глюкози) розпочинають з введення 20-25 крапель (0,3 мкг) за хвилину (при необхідності можна в/в струминно ввести 10 мкг). Підтримуючий токоліз – 10-15 крапель (0,075 мкг) на хвилину протягом 4-12 годин. Добова доза складає 430 мкг.

Фенотерол (партусистен) – розводять як і попередній препарат, вводять починаючи з 5-8 кра-

пель на хвилину, збільшуючи швидкість введення до припинення скорочень матки. Середня швидкість введення – 15-20 крапель протягом 4-12 годин.

Сальбутамол – 10 мг (4 ампули) розводять на фізіологічному розчині чи 5% глюкозі – гострий токоліз; підтримуючий токоліз – 2,5-5 мг (20-40 крапель/хвилину). При позитивному ефекті за 15-20 хвилин до припинення в/в введення розпочинають пероральне введення препарату. Через 2-3 дні дозу токолітиків знижують поступово протягом 8-10 днів.

Побічна дія при застосуванні β_2 -адреноміметиків: гіпотонія, серцебиття, пітливість, тремор, головокружіння, головна біль, нудота, блювота, гіперглікемія, аритмія, ішемія міокарду, набряк легень.

Протипоказання для застосування β_2 -адреноміметиків: гіперчутливість, тиреотоксикоз, феохромоцитома, миготлива тахіаритмія, міокардит, ішемічна хвороба серця, синдром Вольфа-Паркінсона-Уайта, артеріальна чи легенева гіпертензія, гіпокаліємія, печінкова чи ниркова недостатність, глаукома, передчасне відшарування плаценти, некореговані порушення вуглеводного обміну.

Побічна дія при застосуванні блокаторів кальцієвих каналів: брадикардія, зниження артеріального тиску, колапс, головокружіння, головна біль, запаморочення, загальмованість, підвищена стомлюваність, сонливість, депресія, тремор рук, утруднення ковтання, нудота, закрепи, набряки, підвищення активності печінкових трансаміназ.

Магнія сульфат 25% розчин – для проведення гострого токолізу вводять зі швидкістю 5-6 г/годину (20 мл 25% розчину), підтримуючий токоліз – 3 г/годину. Максимальна добова доза – 40 г/добу. При введенні препарату слід контролювати діурез та стан рефлексів у жінки. Протипоказаннями до магnezіальної терапії є: гіперчутливість, артеріальна гіпотензія, пригнічення дихального центру, значна брадикардія, важка хронічна ниркова недостатність, АВ-блокада. В останні роки ведеться широка дискусія що до токолітичного ефекту магnezію сульфату.

Не слід забувати про введення 10% розчину етилового спирту.

Поряд з цим, застосовують спазмолітини: метацин, баралгін, но-шпу внутрішньом'язево. Антагоністи простагландинів – індометацин (застосовують до 32 тижнів вагітності). Використовують голко-рефлексотерапію та електрофорез з магnezією, що також має токолітичну дію на матку. Ця тактика вірна у випадку, якщо немає вилиття навколоплідних вод.

Якщо води відійшли, цілість міхура порушена, то роди ведуть в залежності від терміну вагітності.

Обов'язковим є призначення антибіотиків та підготовка шийки матки до пологів (тобто затримати пологи можна максимум на 2 тижні).

Дуже важливим є попередження гіпоксії плода – інакше є значна імовірність крововиливів в мозок плода і дитина після народження може померти.

Недоношені діти часто страждають на респіраторний дистрес-синдром (РДС). Причиною розвитку РДС є відсутність сурфактанту, і чим меншою є дитина, тим більше шансів у неї родитися з первинною недостатністю сурфактанту, що спричиняє розвиток хвороби гіалінових мембран. З метою профілактики РДС новонароджених використовують глюкокортикоїди (дексаметазон, преднізолон). Але дія їх настає протягом 1 доби, тому слід затримати пологи хоча б на цей період. Профілактична дія глюкокортикоїдів продовжується 7 днів. У терміні вагітності понад 34 тижні – профілактика РДС не показана.

Дексаметазон використовується у дозі 4 мг в/м – 5 введень з інтервалом 6 годин (курсова доза – 20 мг), або в/м 6 мг – 4 введення з інтервалом 12 годин (24 мг). Пероральна доза складає 4 таблетки (2 мг) 4 рази в перший день, 3 рази на другий та 2 рази на третій день. На сьогодні в країнах з розвинутою неонатальною службою профілактика РДС глюкокортикоїдами не проводиться.

Бетаметазон використовується по 12 мг в/м 2 рази/добу, з інтервалом введення 24 години (курсова доза 24 мг).

Протипоказаннями до введення глюкокортикоїдів є наявність у жінки: виразкової хвороби шлунку та 12-палої кишки, недостатність кровообігу III стадії, ендокардит, ниркова недостатність, активна форма туберкульозу, важкі форми цукрового діабету, остеопороз, тяжка форма нефропатії, гостра інфекція, синдром Кушинга, порфірія тощо.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОТІКАННЯ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ:

- Пологи протікають на тлі незрілої шийки матки, відповідно є ризик розвитку аномальної родової діяльності (роди затяжні або швидкі).
- 40% ПП починається з передчасного вилиття навколоплідних вод.
- Часто в пологах розвивається утробна гіпоксія плода; плід незрілий, важко переносить перейми, не пристосований до родової діяльності.
- ПП часто ускладнюються кровотечею в зв'язку з предлежанням плаценти, передчасним відшаруванням плаценти, щільним прикріпленням плаценти.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ ЗАЛЕЖИТЬ:

- Від терміну вагітності.
- Від стану плідного міхура (відійшли води чи ні).
- Стану матері та плода. При наявності гестозу чи інших захворювань (гіпертонічна хвороба) – не слід проводити токоліз. Вирішальним є співставлення терміну вагітності з масою плода.
- При наявності проявів інфекції слід прискрити пологи.

У випадку нормального перебігу пологів їх ведуть очікувано, проводять адекватне знеболення. Оптимальним є епідуральна анестезія, яка дозволяє: знизити ризик виникнення аномалій пологової діяльності, знизити гіперактивну пологову діяльність, досягти стійкої релаксації м'язів тазового дна.

Основною задачею ведення I періоду пологів є профілактика швидкого їх перебігу. Адекватне знеболення та блокування активної пологової діяльності – основні заходи профілактики травматизації недоношених дітей.

При слабості пологової діяльності проводять її стимуляцію – поєднане застосування 2,5 ОД окситоцину та ПГ F_{2α} 2,5 мг в 500 мл фізіологічного розчину. Кращий ефект має введення препаратів через інфузомат.

Родорозрішення при ПП має бути максимально бережним, особливо при поєднанні їх із затримкою розвитку плода. Місце родорозрішення має визначатись у залежності від можливостей перинатальної служби.

Пудендальна анестезія є обов'язковою, навіть при епідуральній анестезії. Застосовують не менше 120 мл 0,5% новокаїну або 10 мл 2% лідокаїну. Питання про проведення розсічення промежини має вирішуватись індивідуально.

При тазових передлежаннях недоношеного плода перевагу слід надавати операції кесаревого розтину.

При народженні недоношеної дитини не слід використовувати акушерські клещата.

Показання до кесаревого розтину при недоношеній вагітності:

1. Підвищення АТ матері (гіпертонічна хвороба).
2. Вади серця матері.
3. Тазові передлежання.
4. Кровотеча при передлежанні чи відшаруванні плаценти.
5. Маса дитини менша за 2 кг.
6. Неправильні положення плода.
7. Обтяжений акушерський анамнез (неплідність, невиношування).

Особливості акушерської тактики при ПРПО включають в себе:

- госпіталізацію в спеціальну палату, обладнану бактерицидними лампами;
- постійна обробка палати, зміна стерильних підкладних пелюшок 3-4 рази на день, щоденна зміна білизни;
- постільний режим;
- щоденне вимірювання ВДМ та ОЖ;
- контроль за кількістю та характером навколоплідних вод;
- трьохгодинний контроль температури тіла та серцебиття плода;
- контроль рівня лейкоцитів кожних 12 годин, при його зростанні – лейкоформула;
- бактеріоскопія та бактеріологія – кожні 5-7 днів.

Обов'язково, при участі вагітної жінки, слід вирішувати питання про пролонгування вагітності та про відмову від нього. Жінка повинна отримувати всю інформацію про акушерську тактику, можливі ускладнення та ризик несприятливого результату. Обов'язково також є участь у розмові щодо прогнозу стану здоров'я новонародженої дитини лікаря педіатра-неонатолога.

ЛІТЕРАТУРА

1. Маркін Л. Б. Передчасні пологи / Л. Б. Маркін, О. В. Шахова, Г. Я. Кунинець // Практична медицина. – 1998. – № 3-4. – С. 20-23.
2. Передчасні пологи та передчасний розрив навколоплідних оболонок // Посібник з гінекології та акушерства університета Джона Хопкінса, 2002. – С. 139-153.
3. Преждевременные роды / [Айламазян Э. К., Кулаков В. И., Радзинский В. Е. и др.]; под ред. Э. К. Айламазяна. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 376-388.
4. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка; под ред. А. В. Михайлова; пер. с англ. – С.-Пб: Петрополис, 2003. – 480 с.
5. Сидельникова В. М. Акушерская тактика ведения преждевременных родов / В. М. Сидельникова // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 5. – С. 8-12.
6. Старостина Т. А. Современные вопросы патогенеза и терапии невынашивания беременности / Т. А. Старостина // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 5. – С. 59-61.
7. Чайка В. К. Вынашивание беременности: проблемы и тактика лечения / В. К. Чайка, Т. Н. Демина. – 2006.
8. American Academy of Family Physicians. – Preterm Labor: Diagnosis and Treatment, 1998.
9. Krupa F. G. Predictors of preterm birth / F. G. Krupa, D. Faltin, J. G. Cecatti // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2006. – № 94. – P. 5-11.
10. Rich-Edwards J. W. Psychosocial stress and neuroendocrine mechanisms in preterm delivery / J. W. Rich-Edwards, T. A. Grizzard // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – № 1 (5). – P. 30-35.
11. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Preterm prelabour rupture of membranes. Guideline № 44, RCOG Press, 2006.

**ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ
(КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ)**

С. О. Иванюта

**Национальный медицинский университет
им. О. О. Богомольца
(Украина, г. Киев)**

Резюме. В лекции представлены современные положения этиологии, патогенеза, особенностей тактики ведения преждевременных родов.

Ключевые слова: невынашивание, недонашивание, преждевременные роды.

**PRETERM BIRTH
(CLINICAL LECTURE)**

S. O. Ivanyuta

**National Medical University
named by O. O. Bogomolets
(Ukraine, Kiev)**

Summary. The lecture presents current situation of etiology, pathogenesis, the characteristics of tactics of preterm birth.

Key words: miscarriage, premature, preterm birth.

