



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН



Преждевременные роды

Баймурзаева Лилия Григорьевна

национальный консультант ЮНФПА,
заведующая поликлиническим отделением
Института репродуктивной медицины

2020 год

Преждевременные роды

роды, наступившие при сроке беременности от 22 до 36 недель+6 дней (154-258 дней) при весе плода 500 гр. и более.

< 28
нед

28 -34
нед

28 -34
нед

Крайне преждевременные
роды

Ранние преждевременные
роды

Поздние
преждевременные роды



ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В МИРЕ



- Частота преждевременных родов составляет 6-8% от общего количества родов.
- Из них около 20 % родов происходят до 32 недель гестации, что является одной из причин заболеваемости новорожденных и перинатальных потерь.

ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА

Гестационный возраст (нед)	Терминология	Приблизительная частота распространения* (%)	
		В мире	Республика Казахстан
>42 недель	Переношенные	4	нет данных
37-42	Доношенные	90	94
<37 недель	Недоношенные	6-8	6
34-36 недель	Поздние недоношенные**	4.9	4.1
32-34 недель	Умеренно недоношенные**	0.8	Нет данных
28-32 недель	Глубоко недоношенные**		
<28 недель	Экстремально недоношенные	0.4	0.4
≤24 недель	Пороговая жизнеспособности	0.14	Нет данных

*частота преждевременных родов намного выше у кратных (близнецы, тройни и тд).

**определения этих групп беременности варьируются между разными странами и авторами

КАКИЕ КРИТЕРИИ МОГУТ УКАЗЫВАТЬ НА ПОВЫШЕННЫЙ РИСК ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ?



ФАКТОРЫ РИСКА
И ПРЕДИКТОРЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Факторы риска преждевременных родов

- женщины с преждевременными родами в анамнезе при отсутствии симптомов;
- женщины с укорочением шейки матки <25 мм по данным трансвагинального УЗИ в средних сроках при одноплодной беременности при отсутствии симптомов;
- женщины с угрозой преждевременных родов во время данной беременности;
- женщины, потерявших 2 и более беременности на любых сроках;
- женщины, с кровотечениями на ранних сроках беременности с образованием ретрохориальных и ретроплацентарных гематом.



Одобрено объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «2» сентября 2016
года Протокол No15

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Индивидуальные факторы риска

- Предшествующие преждевременные роды
- Поздние самопроизвольные выкидыши
- ИЦН в предыдущей беременности
- Возраст младше 18 и старше 34 лет
- Низкий < или высокий > 25 ИМТ
- Интенсивное курение (более 10 сигарет в день)
- Анемия
- Инфекции нижних мочевыводящих путей(в том числе бессимптомная бактериурия)
- Тяжелые экстрагенитальные заболевания

- Интервал между беременностями менее 1 года
- Низкий социально-экономический уровень жизни, стрессовые ситуации
- Пороки развития матки
- Травма шейки матки
- Многоплодная беременность
- Беременность после ВРТ
- Оперативные роды
- Мужской пол плода

**Многие риски предотвратимы
Важна прекоцепционная оценка**

Интерпретация факторов риска

- Преждевременные роды в анамнезе **увеличивают риск преждевременных родов** при последующей беременности в **1,5 -2 раза**.
- Количество предшествующих преждевременных родов и срок гестации при предшествующих родах значительно влияет на риск повторных преждевременных родов.
- У женщин с предшествующими преждевременными родами **двойней в 30 недель**, риск преждевременных родов при последующей одноплодной беременности **40%**
- Укорочение шейки матки, выявленное при влагалищном УЗИ в сроки 18- 24 недель - риск спонтанных преждевременных родов
- Железодефицитная анемия повышает риск преждевременных родов в **1,6 раз**

Romero R, Yeo L, Chaemsaithong P, Chaiworapongsa T, Hassan SS.

Progesterone to prevent spontaneous preterm birth. Semin Fetal Neonatal Med. 2014 Feb;

Приоритетные и доказательно – обоснованные вмешательства с целью снижения частоты преждевременных родов

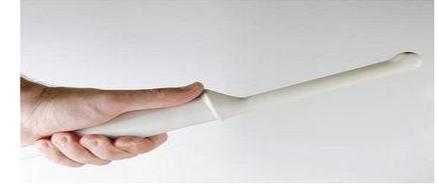
До наступления беременности	ACOG Practice Bull 2012 г
Оптимизации массы тела до беременности	Прегравидарная помощь позволяет оценить факторы риска и обеспечить консультирование женщин с изменяемыми факторами риска, такими как курение, а также адекватный контроль хронических заболеваний
Отказ от курения	
Скрининг и лечение хронических заболеваний	
Предотвращение пассивного курения дома и на рабочем месте	
Интергенетический интервал между родами	
Профилактика подростковой беременности	

Длина шейки матки – основной предиктор преждевременных родов

Результаты исследований многих авторов подтверждают, что длина шейки матки четко коррелирует с риском преждевременных родов и является прогностическим признаком ПР

Длина шейки матки в 18 -24 недели беременности	Повышение риска преждевременных родов
Менее 34 мм	До 36 недель
Менее 27 мм	До 32 -35 недель
Менее 15 мм	До 32 недель (50%)

Скрининг длины шейки матки



- **Скрининг длины шейки матки в сроке 17 – 24 недель у женщин с риском преждевременных родов [I - 1A].**
- Трансвагинальное ультразвуковое измерение длины шейки матки – необходимый стандарт в группах риска по недонашиванию.
- При наличии 1 или 2 предыдущих потерь беременности у женщины – рекомендуется контроль длины шейки матки [II- 2B].

- **Клинический протокол Преждевременные роды**

Утвержден протоколом заседания Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК No 23 от «12» декабря 2013 года

- **Клинический протокол диагностики и лечения невынашивания беременности**

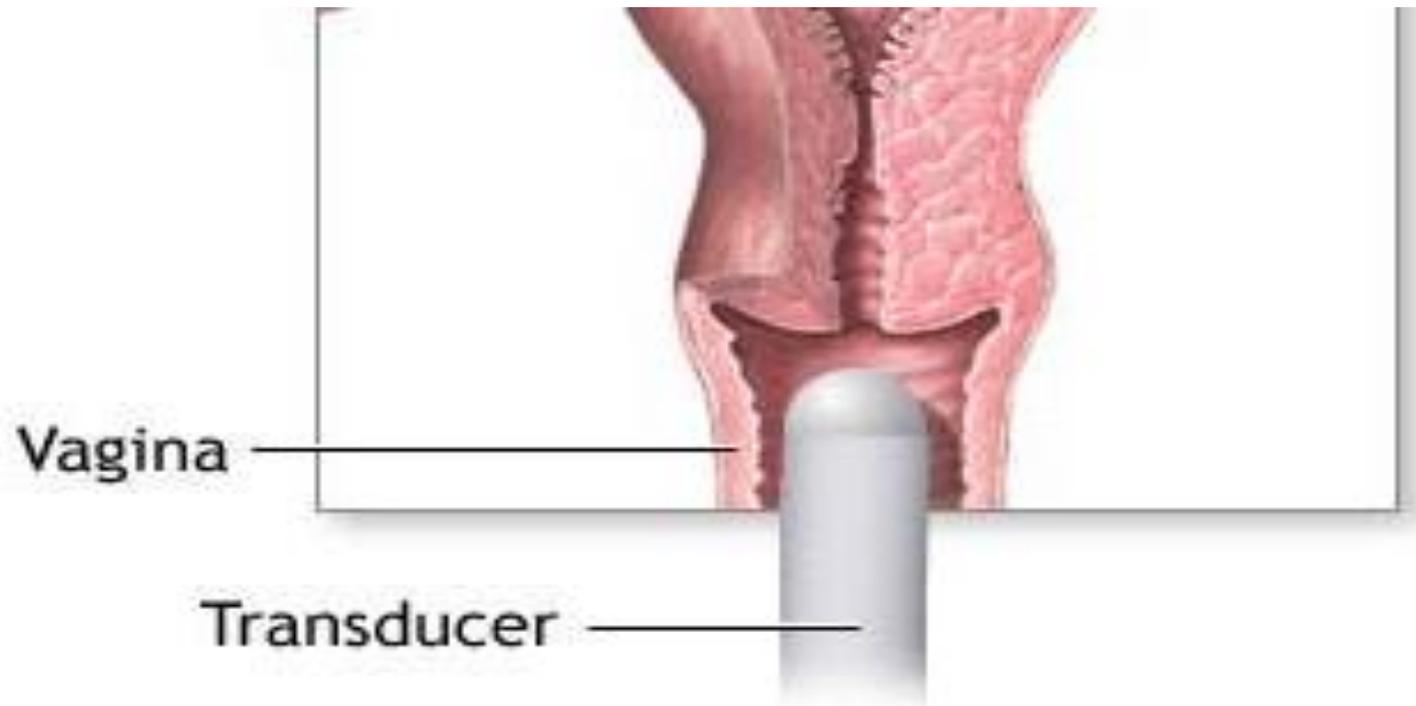
Одобрено Объединенной комиссией По качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «2» сентября 2016 года Протокол No15

- ACOG Practice Bull 130 2012 г.

- SOGC Clinical Practice Guideline 2011 г.

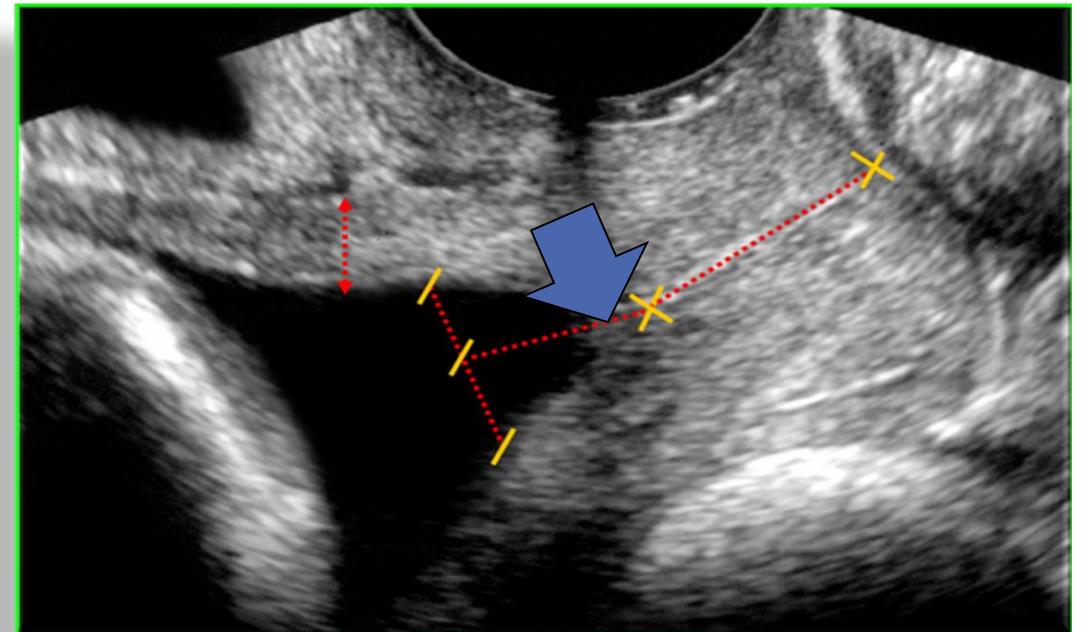
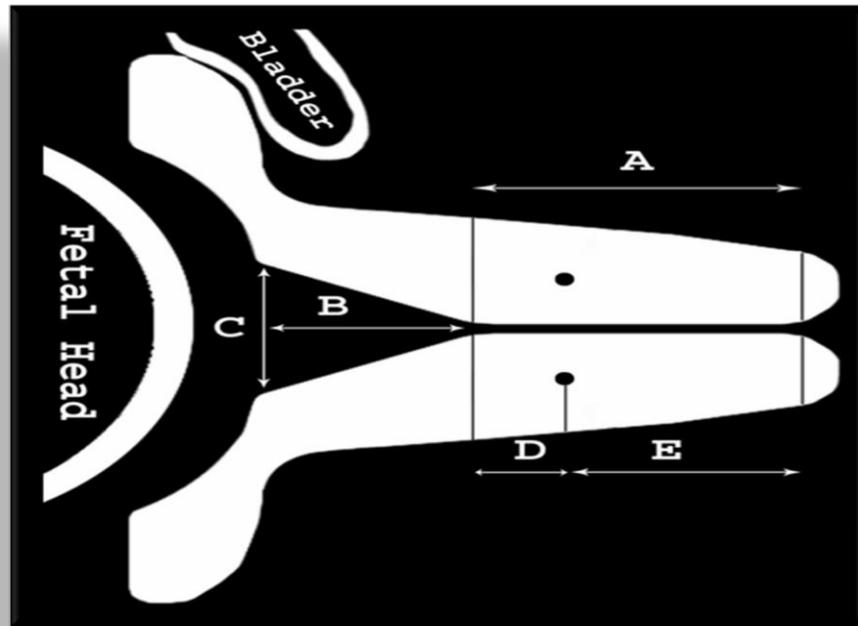
Измерение длины шейки матки

Исследование проводится трансвагинальным датчиком



Методика исследования

Длина шейки матки измеряется по проекции шейечного канала как расстояние от внутреннего до наружного зева шейки матки



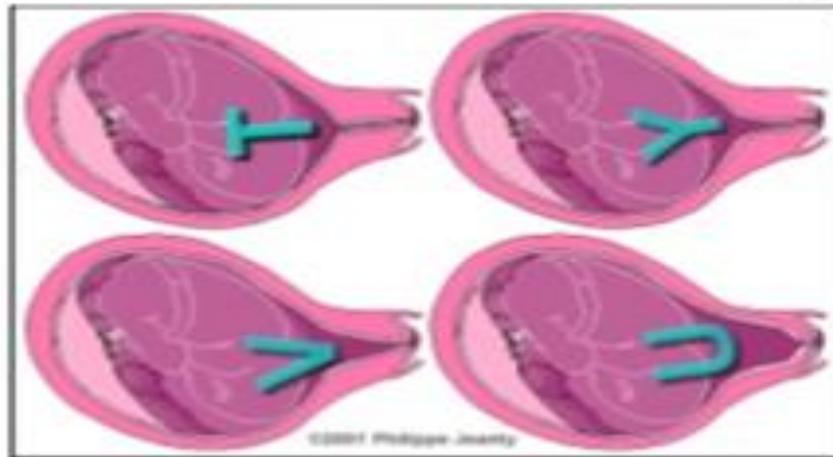
Наиболее неблагоприятна V-образная деформация внутреннего зева.



T – образная



Y – образная



Критерии ИЦН (трансвагинальная методика)

(Липман А.Д. и соавт. 1996, модификация)

- Длина равная **3 см** - критическая до **20 недель**.
- Длина **2 см и менее** - абсолютный критерий ИЦН в любом сроке.
- Ширина цервикального канала **1 см и более** в любом сроке.
- Наиболее неблагоприятна **V-образная деформация** внутреннего зева.

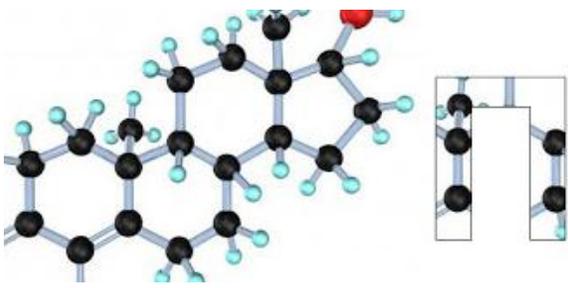
Приоритетные и доказательно – обоснованные вмешательства с целью снижения частоты преждевременных родов

Во время беременности

- Выделение беременных в группу риска по ПР (учет факторов риска)
- Определение предикторов ПР
- Диагностика и лечение ББ 14 - 16 недель
- Диагностика и лечение БВ в группе женщин с ПР в анамнезе до 20 недель
- Применение прогестерона, серкляжа или акушерского pessaria при наличии факторов риска ПР

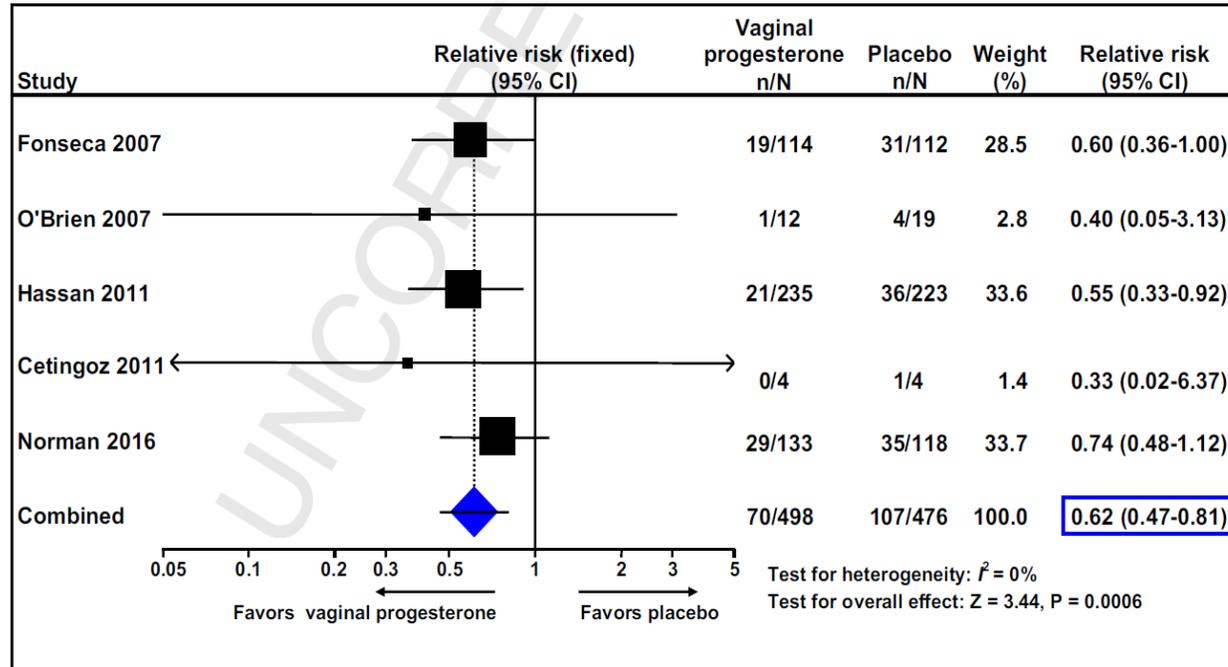
ACOG 2012 г

- Предшествующие преждевременные роды и укорочение шейки матки по данным УЗИ являются двумя сильнейшими факторами риска и предикторами преждевременных родов
- Для обоих факторов возможны эффективные вмешательства по предотвращению рисков недоношенности при данной беременности, а именно применение прогестерона и серкляж



Применение прогестерона

1. Беременным с угрожающим абортом
2. Беременным в анамнезе которых были два и более спонтанных выкидыша в первом триместре (привычный выкидыш)
3. Беременным, с первичным и вторичным бесплодием в анамнезе, связанным с недостаточностью лютеиновой фазы
4. Беременным, беременность которых наступила в результате репродуктивных технологий
5. Беременным, с короткой шейкой матки
6. Беременным, в анамнезе которых были преждевременные роды

NEW**2017**

Effect of vaginal progesterone on preterm birth <33 weeks of gestation.

CI, confidence interval.

Romero et al. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2017

Прогестерон при укорочении шейки матки

Мета-анализ Roberto Romero на основе индивидуальных данных пациенток с одноплодной беременностью и короткой <25 мм шейкой матки из ранее опубликованных исследований («золотой стандарт» обобщения клинических данных)

Снижение частоты преждевременных родов **на 38%** в сроке < 33 недель.

Назначение вагинального прогестерона достоверно снижает

- **не только уровень ПР в сроке <28, <30, <32, <33, <34, <35, но и <36 недель,**
- **но и частоту осложнений у недоношенных детей и % новорожденных с весом менее 1500 г.**

Обновленный систематический обзор и мета анализ 40 исследований

Вагинальный прогестерон, пероральный прогестерон,
17 ОН прогестерона капроат, серкляж, акушерский пессарий
(11 361 пациенток)



Вагинальный прогестерон - единственное вмешательство со стабильной эффективностью для предотвращения преждевременных родов у женщин групп риска с одноплодной беременностью как в целом, так и у пациенток с предшествующими преждевременными родами (ПР)

- **Снижение риска ПР <34 недель на 57% (OR 0.43, 95% CI 0.20–0.81)**
- **Снижение риска ПР в сроке <37 недель на 49% (OR 0.51, 95% CI 0.34–0.74)**
- **Снижение неонатальной смертности на 59% (OR 0.41, 95% CI 0.20–0.83).**

Микронизированный прогестерон обеспечивает преимущество сохраняющей терапии на ранних и поздних сроках беременности

Заключение группы экспертов ESHRE по специальным вопросам ранней беременности (SIGEP) Обзор исследований за 28 лет¹.

У женщин с кровотечениями на ранних сроках беременности, образованием ретрохориальных и ретроплацентарных гематом повышен риск преждевременных родов, прежде всего ранних сроках, ЗВУР плода, отслойка плаценты во 2 и 3 триместрах

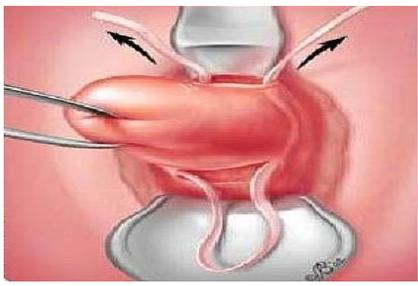


Пролонгация терапии микронизированным прогестероном с целью профилактики преждевременных родов²

1. RHF van Oppenraaij et al. Predicting adverse obstetric outcome after early pregnancy Events and complications: a review. Human Reproduction Update, vol. 15, № 4 pp 409-421 (2009)
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Утрожестан® ПК –ЛС-5 №023292/Р 023293, ПК-ЛС-5№015741/ 015742.

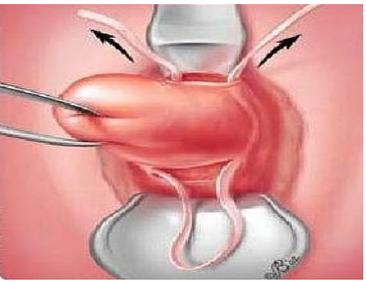
TAKE HOME MESSAGE 2019 Г

1. Для поддержания беременности от зачатия до родов **вагинальный путь является предпочтительным.**
2. Можно рекомендовать пероральный прием (600 мг вагинально \approx 800 мг перорально):
 - Когда требуется анксиолитический /транквилизирующий эффект
 - Для получения оптимального токолиза на поздних сроках беременности
3. **Оптимальная доза составляет:**
 - 400 мг вагинального прогестерона перед сном для профилактики преждевременных родов (с момента диагностики короткой шейки матки в 18-20 нед до 36 нед + 6 дней)



Применение хирургической коррекции (серкляж)

1. Беременным с тремя или более выкидышами во втором триместре или с ранними преждевременными родами, у которых не выявлено какой-либо конкретной причины кроме потенциальной истмико-цервикальной недостаточности, (плановый серкляж в сроки 12-14 недель беременности).
2. Женщинам, с одноплодной беременностью со спонтанными преждевременными родами в анамнезе или возможной истмико-цервикальной - недостаточностью, если длина шейки менее ≤ 25 мм в сроки до 24 недель беременности.
3. Экстренный серкляж - беременным женщинам с открытием шейки матки до 4 см в отсутствие схваток в сроки до 24 недель беременности.



Неэффективно применение хирургической коррекции (серкляж)

1. Серкляж не имеет преимуществ у женщин со случайно выявленным при УЗИ укорочением шейки матки, не имеющих факторов риска преждевременных родов.
2. Серкляж неэффективен при многоплодных беременностях, даже если есть указания на предшествующие преждевременные роды

SOGC Clinical Practice Guidelines. Cervical Insufficiency and Cervical Cerclage. 2013;35(12):1115–1127

RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Cervical Cerclage. Green-top Guideline No. 60 May 2011

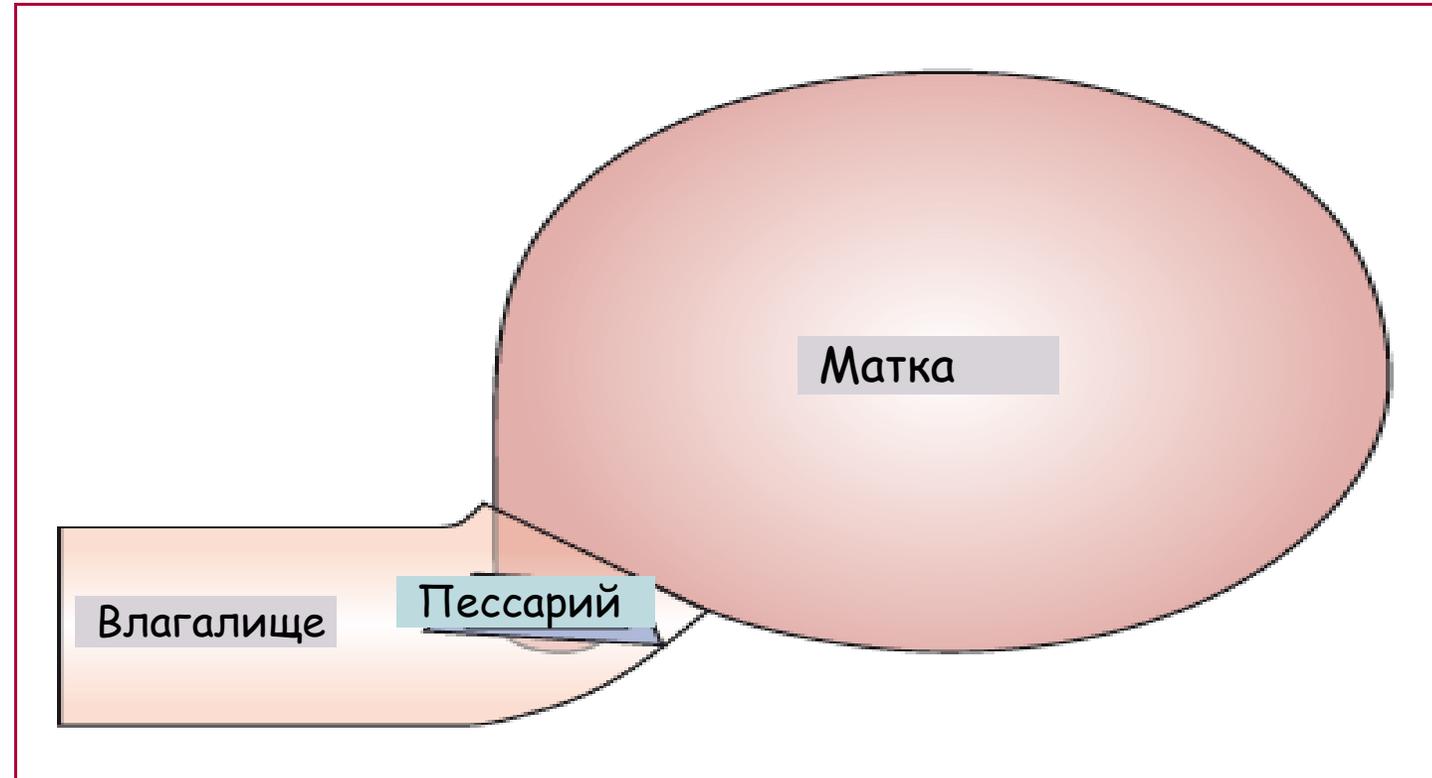
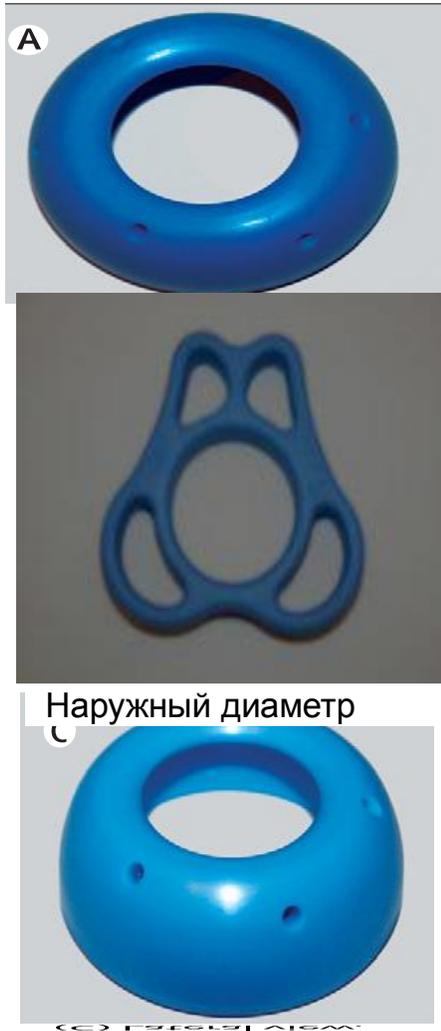
3. В мета-анализе рандомизированных исследований серкляж, выполненный у женщин, беременных двойней, с длиной шейки менее 25 мм, был связан со значительным (двукратным) увеличением частоты преждевременных родов (ОР 2,2; 95% ДИ 1,2-4)



Применение акушерских pessариев

- Беременные с привычным невынашиванием и преждевременными родами в анамнезе при укорочении сомкнутой части цервикального канала до 25 мм в сроке 20 недель
- Беременные с многоплодная беременностью
- Беременные с рубцовой деформацией шейки
- Беременные с прогрессирующим укорочением шейки матки

Акушерский пессарий



Эффект основан на механической способности изгибать шейку матки назад, несколько увеличивая её длину и меняя маточно-шеечный угол. Уменьшение нагрузки на область несостоятельного внутреннего зева

Акушерские пессарии

**Цервикальный
перфорированный
пессарий**



**Акушерский
разгружающий
пессарий**



Пессарий Ходжа



Условия введения акушерского пессария

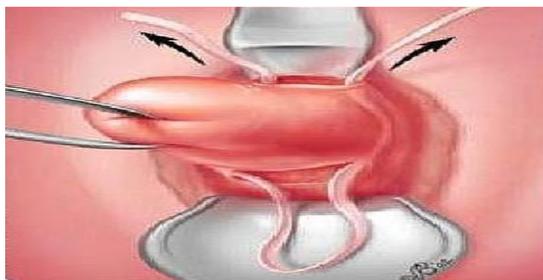
- Подтверждение наличия короткой шейки матки или ИЦН с помощью трансвагинального ультразвукового исследования параметров шейки матки;
- Срок беременности при введении пессария должен быть не менее 14 и не более 34 недель;
- Состояние нормоценоза влагалища, подтвержденное бактериоскопически и бактериологически;
- Нормальный тонус матки.



Введение акушерского pessария



- Методика установки проста.
- Не требует анестезии.
- Легко переносится пациентками.
- В качестве скользящего средства следует использовать глицерин.



1. Несмотря на сложившуюся клиническую практику рутинного сочетания прогестерона, серкляжа и акушерского pessария, нет доказательств повышения эффективности при комбинировании перечисленных методик для профилактики ПР (I-A)
2. Не рекомендовано совместное использование серкляжа и акушерского pessария, в виду повышенного риска осложнений.
3. Возможно сочетание медикаментозной терапии препаратами прогестерона с акушерским pessарием, исходя из сочетанных индивидуальных показаний

Комбинирование прогестерона и акушерского пессария

- Пациенты, получавшие комбинированное лечение пессарий Арабина с прогестероном, имели **в три раза меньшую частоту** кровотечений во время беременности по сравнению с пациентами контрольной группы (11,3% против 33,1%; $P = 0,006$).
- Миграция плаценты происходила **в 1,8 раза чаще** в группе, использовавших пессарий (48,1% против 26,4%; $P = 0,037$)
- Преждевременные роды в сроке <34 недель встречались **в 2,7 раза реже** по сравнению с контрольной группой ($P = 0,031$).

Format: Abstract

Send to

Obstet Gynecol. 2016 Sep;128(3):e61-8. doi: 10.1097/AOG.0000000000001643.

Committee Opinion No 671: Perinatal Risks Associated With Assisted Reproductive Technology.

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice; Committee on Genetics; U.S. Food and Drug Administration.

Collaborators (3)

Abstract

Open/close investigator list

Over the past decades, the use of assisted reproductive technology (ART) has increased dramatically worldwide and has made pregnancy possible for many infertile couples. Although the perinatal risks that may be associated with ART and ovulation induction are much higher in multifetal gestations, even singletons achieved with ART and ovulation induction may be at higher risk than singletons from naturally occurring pregnancies. However, it remains unclear to what extent these associations might be related to the underlying cause(s) of infertility. Before initiating ART or ovulation induction procedures, obstetrician-gynecologists and other health care providers should complete a thorough medical evaluation to ensure that patients are in good health and should counsel these women about the risks associated with treatment. Any maternal health problems or inherited conditions should be addressed. Couples at risk of passing genetic conditions on to their offspring, including those due to infertility-associated conditions, should be counseled appropriately. When a higher-order (triplet or more) multifetal pregnancy is encountered, the option of multifetal reduction should be discussed. In the case of a continuing higher-order multifetal pregnancy, ongoing obstetric care should be with an obstetrician-gynecologist or other obstetric care provider and at a facility capable of managing anticipated risks and outcomes.

PMID: 27548556 DOI: 10.1097/AOG.0000000000001643

[Indexed for MEDLINE]



Full text links

Wolters Kluwer

Save items

Add to Favorites

Similar articles

Committee Opinion No 671 Summary: Perinatal Risks Associated With As: [Obstet Gynecol. 2016]

Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology. [J Obstet Gynaecol Can. 2006]

Pregnancy outcomes after assisted human reproduction. [J Obstet Gynaecol Can. 2014]

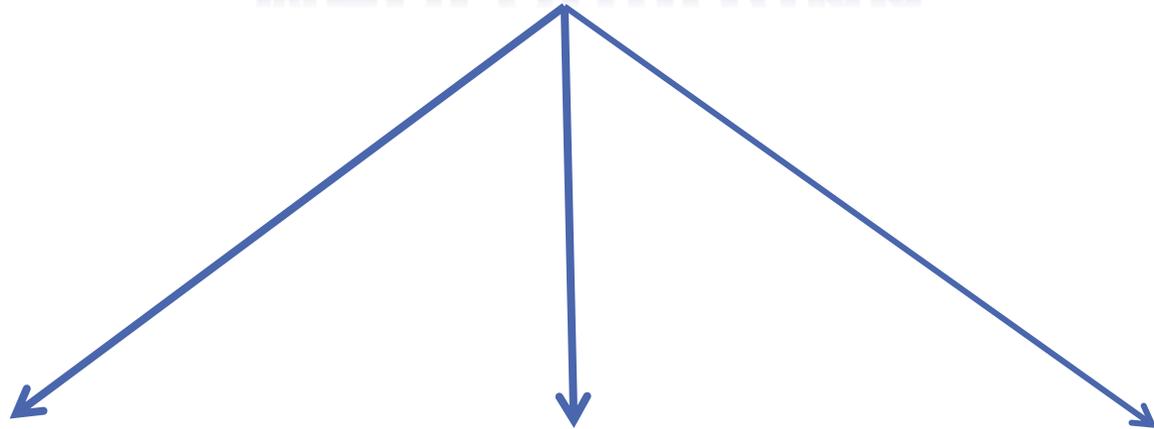
Infertility, assisted reproductive technology, and adverse pregnancy outco [Obstet Gynecol. 2007]

Review Pregnancy and birth outcomes in couples with infertilit [Am J Obstet Gynecol. 2017]

- АСОG: «самое сложное и трудно корректируемое осложнение ВРТ – возникновение многоплодной беременности, которая приводит к повышенному риску материнской и плодовой заболеваемости и смертности»



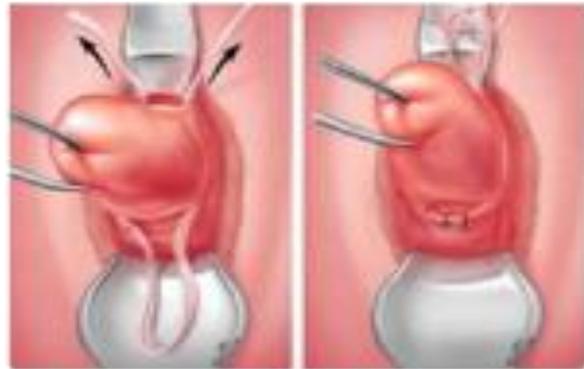
СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДИИ



Прогестерон



Серкляж



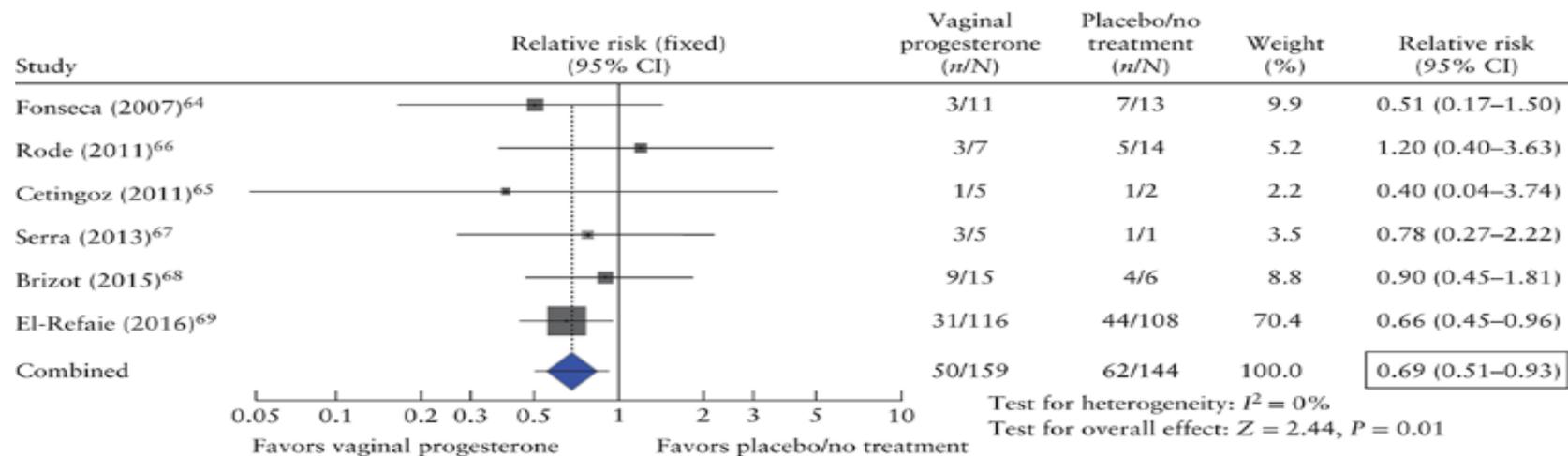
Пессарий



Хирургическая коррекция шейки матки при многоплодной беременности

1. Серкляж при многоплодной беременности только на основании выявленного укорочения ШМ не рекомендован (II-1D)
2. Не доказаны преимущества elective профилактического серкляжа при многоплодной беременности даже при наличии ПР в анамнезе (I-D)
3. Серкляж может увеличивает риск ПР при длине шейки менее 25 мм у женщин с многоплодной беременностью (B)
4. В настоящее время серкляж не может быть рекомендован для клинического применения при многоплодной беременности у женщин с короткой ШМ во II триместре (I-A)

Эффективность применения вагинального прогестерона при многоплодной беременности



Вагинальное введение 400 мг микронизированного прогестерона женщинам с многоплодием без симптомов ПР и с короткой шейкой матки со второго триместра **снижает риск преждевременных родов в сроке гестации от <30 до <35 недель**, неонатальной смертности и неонатальной заболеваемости, без каких-либо осложнений нейро-психического развития детей.



Cervical pessary to prevent preterm birth in women with twin gestation and sonographic short cervix: a multicenter randomized controlled trial (PECEP-Twins)

Maria Goya, MD, PhD; Maria de la Calle, MD; Laia Pratcorona, MD; Carme Merced, MD; Carlota Rodó, MD; Begoña Muñoz, MD, PhD; Miquel Juan, MD; Ariadna Serrano, MD; Elisa Llurba, MD, PhD; Teresa Higuera, MD, PhD; Elena Carreras, MD, PhD; Luis Cabero, MD, PhD, on behalf of the PECEP-Twins Trial Group

ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ПЕССАРИЙ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И КОРОТКОЙ ШЕЙКОЙ: МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. 2016 г

- Пессарии могут иметь потенциальную роль в лечении пациенток с высоким риском ПР, могут приносить пользу беременным женщинам с укорочением шейки матки и двойнями, вне зависимости от акушерского анамнеза, а также могут снижать риск ПР у первородящих.
- Пессарии – доступная, безопасная и надёжная альтернатива для профилактики ПР в селективной популяции пациенток повышенного риска с двойнями, отобранных на основании измерения длины шейки матки во втором триместре.
- Лечение вагинальным прогестероном, дополненное наложением акушерского пессария, увеличивает продолжительность гестации и снижает риски неблагоприятных неонатальных исходов

Многие факторы риска преждевременных родов предотвратимы
Оценка факторов риска важна

Рекомендованные вмешательства для женщин с факторами риска по преждевременным родам:

- Предшествующие преждевременные роды – **прогестерон**
- Короткая шейка матки- **прогестерон**
- Предшествующие преждевременные роды и короткая шейка матки – **прогестерон** совместно с **пессарием** или **серкляжем**
- При трех и более преждевременных родов в анамнезе – **серкляж** в сочетании с **прогестероном**

Показания для проведения профилактики РДС

1. Преждевременный разрыв плодных оболочек;
2. Клинические признаки преждевременных родов в 24–34 недели.
3. Беременные, нуждающиеся в досрочном родоразрешении из-за осложнений беременности или ухудшения ЭГЗ — гипертензивные состояния, ЗВУР, предлежание плаценты, сахарный диабет, гломерулонефрит и т.д.

Повторные курсы глюкокортикоидов по сравнению с однократным курсом не приводят к снижению заболеваемости новорождённых и не рекомендуются к применению(А-1а).

Схема применения:

- 4 дозы дексаметазона внутримышечно по 6 мг с интервалом в 12 ч;

Благодарю за внимание!

ВОПРОСЫ ?

