**Согласовано «Утверждаю»**

**на общебольничной Директор РПЦ**

**конференции Любчич А.С.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2013 г.**

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Шифр:0.60

ЦЕЛЬ:

* Ранняя диагностика преждевременных родов
* Повышение эффективности оказания перинатальной помощи
* Снижение детской заболеваемости и снижение перинатальной смертности.
* Рациональное ведение преждевременных родов.
* Правильная коррекция нарушений сократительной деятельности матки.

**УСЛОВИЯ :**

1**.**мультидисциплинарная команда (акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, неонатолог, неонатолог-реаниматолог, врач-лаборант, акушерка, анестезистка, лаборантка, санитарка, операционная сестра.).

2.оборудованный род.зал – температурный режим +27-29\*С,подводка О2, сжатого воздуха, наличие методики реанимации новорожденного, наличие неопуф,транспортный кювез.

**КЛАССИФИКАЦИЯ:**

* **Преждевременные роды в 22-27 нед беременности (очень ранние роды)**
* **Преждевременные роды в 28-33 нед беременности (ранние роды )**
* **Преждевременные роды в 34-37 нед беременности**

Независимо от срока беременности, принято выделять следующие клинические стадии течения преждевременных родов:

* Угрожающие преждевременные роды
* Начинающиеся преждевременные роды
* Начавшиеся преждевременные роды

ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ:

* Инфекции половых путей (гонорея, трихомониаз, бактериальный вагиноз, урогенитальный хламидиоз).
* Инфекции верхних мочевых путей (бессимптомная бактериурия, пиелонефрит)
* Системная и фетотоксическая инфекция (грипп, токсоплазмоз, краснуха, ЦМВ, ВПГ)
* Аномалия половых путей (инфантилизм, фиброма матки, предыдущие разрывы шейки матки, врождённая аномалия развития половых путей, истмико- цервикальная недостаточность).
* ЭГЗ (со стороны сердца, почек, печени, эндокринной системы)
* Состояния, приводящие к перерастяжению матки: многоплодная беременность, многоводие, диабет.
* Кровотечения во время беременности.
* Тяжёлые гипертёнзивные состояния (преэклампсия, эклампсия).
* Анемия тяжёлой степени ( НЬ- 70 г/л и ниже) Внутриутробная гибель плода.
* Эмбриональные мальформация (аномалии плода).
* Изосерологическая несовместимость.
* Преждевременный разрыв плодных оболочек.
* Хориоамнионит.
* Хирургические операции на органах брюшной полости.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ направлена на снижение частоты перинатальных рисков и осложнений и имеет 3 подхода:

* Меры, направленные на предотвращение преждевременных родов, включающие раннюю диагностику и лечение инфекции, наложение шва на шейку матки при ИЦН, отказ от вредных привычек
* Токолиз- попытка предотвратить или отсрочить преждевременные роды
* Акушерские вмешательства, направленные на снижение осложнений преждевременных родов, профилактика РДС плода и решение о выборе более безопасного и менее травматичного метода родоразрешения

Угрожающую стадию преждевременных родов диагностируют по следующим признакам:

* Боли внизу живота и пояснице тянущего или схваткообразного характера
* Повышение возбудимости и тонуса матки.
* Чувство давления и распирания в области влагалища
* Учащенное мочеиспускание- симптом низкого расположения предлежащей части
  + На УЗИ оценить состояние шейки матки- длина шейки матки 1<см и/или 2см. раскрытия
  + Вагинальный осмотр не всегда показан. Проводится осмотр в зеркалах.

Если женщина не в родах, то для дальнейшего наблюдения и лечения беременную переводят в ОПБ.

**Терапия, направленная на пролонгирование беременности, при сроке гестации до 34 недель:**

* Обеспечить женщине горизонтальное положение на левом боку в течении 2-3 часов.
* Токолиз - Нифедепин или коринфар начинают с 10 мг. Каждые 15 минут под язык №4, затем дозу повторяют каждые 6 часов по 10 мг, не более 48 часов. Под язык с ночным перерывом, до полного прекращения болей, в дальнейшем дозу препарата снижают. Во время приёма препарата вести гемодинамическое наблюдение за состоянием женщины.
* Препарат Нифедипин назначать осторожно у женщин с заболеванием сердца с нарушением ритма и с высоким АД (см.протокол токолиз).
* Кортикостероиды снижают частоту возникновения СДР у новорожденного, особенно при назначении в сроке 25-34 недели беременности за 24-48 часов до родоразрешения

Бетаметазон назначают в дозе : 12 мг в/м или в/в через 12 часов, всего 2 инъекции или дексаметазон по 6 мг в/м или в/в через 12 часов, всего 4 инъекции. Дексаметазон не назначают при наличии инфекции, сахарного диабета. С осторожностью назначают при наличии в анамнезе язвы желудка и 12-перстной кишки.

* Индометацин (короткий курс) по 25-50 мг per os, каждые 4-6 часов в течении 2 дней (применяют до 32 недель беременности и назначать с осторожностью)

Противопоказания для остановки преждевременных родов:

* Неубедительное состояние плода( ФПН 2-3 ст, единичный нулевой кровоток)
* Смерть плода
* Аномалия развития плода
* Гипотрофия тяжёлой степени
* Эмбриональное повреждение
* Тяжёлая преэклампсия или эклампсия
* Болезни матери: тяжёлое течение сахарного диабета, сердечные, почечные заболевания в стадии декомпенсации
* ПОНРП или предлежание плаценты с кровотечением
* Наличие инфекции (хорионамнионит)

**При сроке гестации свыше 34 недель пролонгировать беременность нецелесообразно.**

**Родоразрешение при преждевременных родах должно быть максимально бережным .**

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ:**

* Консервативно-наблюдательная, следить за общим состоянием роженицы (АД, пульс, температура), динамикой родовой деятельности, с/б плода.
* Особенность преждевременных родов: монотонная родовая деятельность, более продолжительное течение
* Необходимо принять меры по предупреждению преждевременного отхождения околоплодных вод
* Производить влагалищное исследование каждые 4 часа в активную или ещё раньше по показаниям (стремительные роды).
* II период родов вести без защиты промежности
* Роды или оперативное родоразрешение вести без вскрытия плодных оболочек, головку плода вывести с плодными оболочками(при кесаревом сечении)
* С началом родовой деятельности антибактериальная терапия назначается в инъекционной форме.
* Перинео- или эпизиотомия проводится по показаниям
* Применение метода Кристеллера, использование вакуум-экстрактора - противопоказано, использование акушерских щипцов возможно при сроке гестации 34-37 нед.

**Вопрос о досрочном родоразрешении путем КС решается индивидуально.**

В интересах плода в эти сроки беременности может быть поставлен вопрос об операции:

-при перинатальнои риске

- тазовом предлежании,Однако при отказе роженицы или наличии противопоказаний роды могут быть проведены через естественные род.пути бережно, с соблюдением всех правил оказания помощи в данной ситуации( пуденд.анестезия,перенеотомия), оказание пособий (см.протокол)

- при поперечном, косом положении плода

- ОАА(бесплодие,невынашивание)

- совокупности различных показаний

* III период родов-активное ведение (см. протокол 002.01. ведение III периода родов.)
* Роды в тёплом род.зале +27-29С;
* Ребёнок рождается на тёплую стерильную пелёнку положенную между ногами матери ниже уровня таза;
* Не пережимать пуповину до прекращения пульсации и способствовать перемещению крови в пуповине к плоду;
* Роды в присутствии неонатолога-реаниматолога;
* При необходимости подключение к СРАР(неопуф) с первых минут жизни (см.прот.);
* Перевод из род.зала в отделение только в транспортном кювезе;
* Строгое соблюдение тепловой цепочки (см.протокол)

**Литература**

1. . RCOG Clinical guideline No7. Antenatal corticosteroids to prevent Respiratory distress

syndrome. 1996 April.

1. .Crowley P.A Antenatal corticosteroid therapy: a meta-analysis of the randomised trials,

1972-1994.Am J Obset Gynecol. 173 (l):321-334, 1995 Jul.

1. .Scottish Obstetric Guidelines and Audit Project. The preparation of the fetus for preterm
2. .Whitelaw A, Thoresen M. Antenatal steroids and the Developing Brain (Review). Archives of Disease in Childhood, Fetal & Neonatal Edition. 83 (2): F154-157, 2000 Sep.

5.Kenyon SL, Taylor DJ, Tamow-Mordi W. Broad-spectrum antibiotics for preterm, prelabour rupture of fetal membranes: the ORACLE 11 randomised trial. Lancet 357:979-988, Mar 2001.

5.RCOG Clinical guideline No 1 (B). Tocolytic drugs for women in preterm labour. 2002 October.

7.Papatsonis DN, Van Geijn HP, Ader HJ, Lange FM, Bleker OP, Dekker, G. Nifedipine and ritodrine in the management of preterm labour: a randomised multicenter trial. Obstet Gynecol 90. 230-4, 1997 Aug.

8.The Worldwide Atosiban versus Beta-agonist Study Group. Effectiveness and safety of the oxytocin antagonist atosiban versus beta-adrenergic agonists in the treatment of preterm labour. BJOG 108, 133-142, 2001 Feb.