

Преждевременный разрыв плодных оболочек: почему возникает и что делать?



Доцент кафедры акушерства
и гинекологии №2
ВГУЗУ «УМСА» Добровольская Л.Н.
8 декабря 2018 г.

ПРПО при недоношенной беременности - непредотвратимые ПР

- ▶ 50% роды в течение 48 часов
- ▶ 80% - в течение недели
- ▶ Хориоамнионит: - 15-20% всех случаев (40-60% - во втором триместре)
- ▶ 4-12% - отслойка плаценты
- ▶ 1-2% - внутриутробная гибель плода

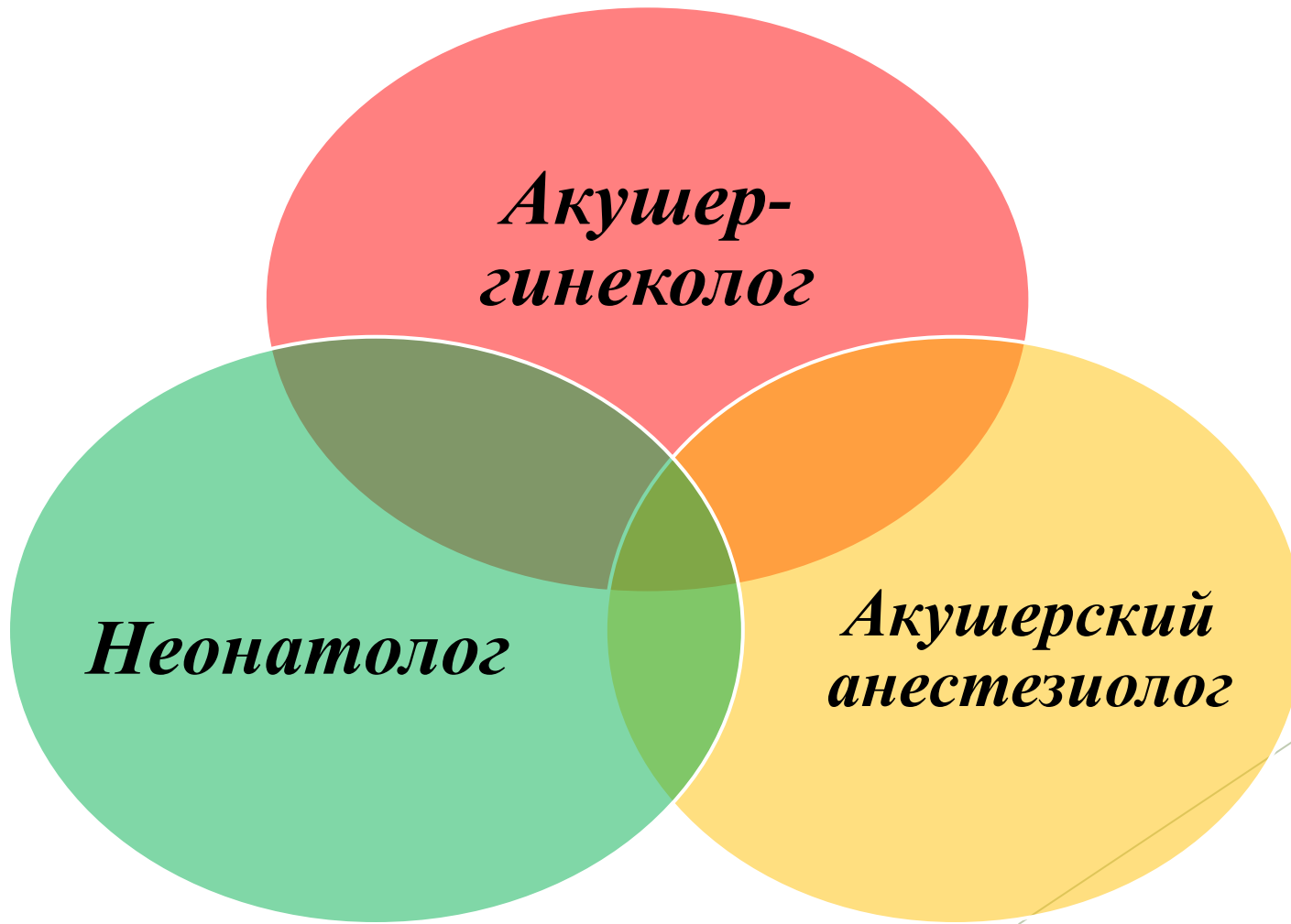


Преждевременные роды- медицинская и социальная проблема

Преждевременные роды стали не только медицинской, но и социальной проблемой, поскольку увеличение выживаемости новорожденных с **низкой и экстремально низкой массой** тела приводит к неизбежному увеличению количества детей с **ограниченными возможностями.**

**Основные усилия должны быть
направлены на профилактику
преждевременных родов до 32
недель гестации, а не на снижение
частоты преждевременных родов как
таковых!**

Перинатальный консилиум - мультидисциплинарный подход



ПРПО - болезнь фетальных мембран

Предварительные курсоры:

- инфекции материнского репродуктивного тракта;
- поведенческие факторы;
- ОАА;
- экологические факторы;
- генетическая предрасположенность



ПРПО - болезнь фетальных мембран

- ▶ **Окислительный стресс** (дефицит антиоксидантов, высокие энергетические потребности ФПС при внутримикрососудистой патологии и эндотелиальной дисфункции);
- ▶ **Коллагенолиз**, обусловленный воздействием протеаз (инфицирование, воспалительная реакция);
- ▶ **Апоптоз** фетальных мембран (инфекция и эндотоксины индуцируют выработку проапоптотических факторов)

Прогестерон

Про-родовые сигналы

PR-B PR-A

Фосфорилирование серина

Преждевременные роды

Воспаление на тканевом уровне

Порог воспалительной нагрузки

Поздние роды

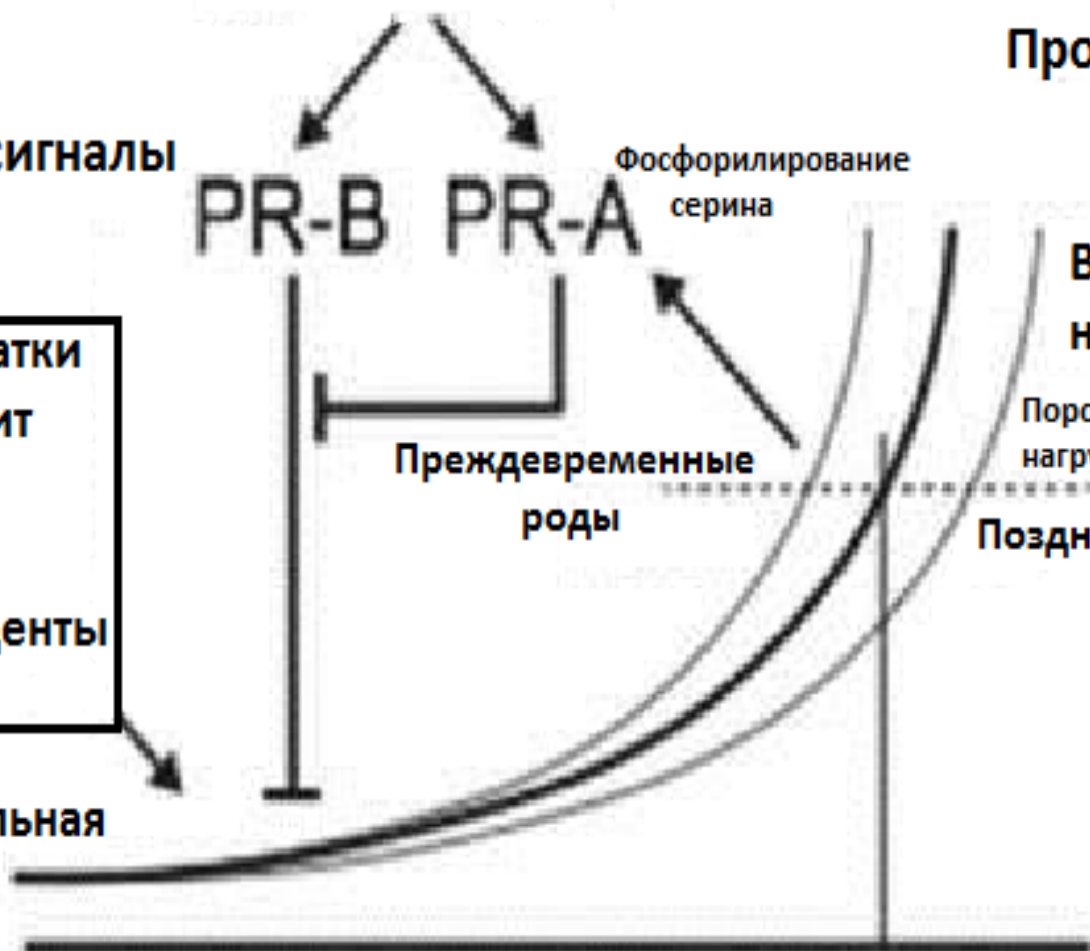
Воспалительная нагрузка

Роды в срок

Родовая деятельность

Простагландины

Растяжение матки
Хориоамнионит
Стресс матери
Стресс плода
Отслойка плаценты
и др.



Риски прерывания беременности при короткой шейке матки определяются:

- ▶ большим внутриматочным объемом;
- ▶ высоким внутриматочным давлением;
- ▶ силовым воздействием на нижний сегмент и шейку матки



Средства токолитической терапии

- ▶ **лицензированные :**

- ▶ Атосибан
- ▶ β -адреномиметики (β -АМ);

- ▶ **нелицензированные:**

- ▶ ингибиторы синтеза простагландинов
- ▶ блокаторы кальциевых каналов
- ▶ магния сульфат
- ▶ гестагены

Классификации категорий риска при беременности

Класс	Комментарии
A	Отсутствие риска
B	«best» – лучшие – нет доказательств риска
C	«caution» - осторожность – риск не исключен
D	«dangerous» – опасные – риск доказан
X	Противопоказаны при беременности



embase®
BIOMEDICAL ANSWERS

**В категорию «А» не входит ни один
антимикробный препарат**



Royal College of
Obstetricians and
Gynaecologists

Стандарт	Рекомендуемые	Альтернативные
Руководство ВОЗ, 2003 год ¹	• эритромицин 500 мг внутрь, 4 раза в день в течение 7 дней • амоксициллин 500 мг внутрь, 3 раза в день в течение 7 дней	• первичные данные констатируют безопасность применения азитромицина, но опыт его применения ограничен
Рекомендации CDC, 2010 год ²	• АЗИТРОМИЦИН 1,0 г внутрь, однократно • амоксициллин 500 мг внутрь, 3 раза в сутки в течение 7 дне ампициллин 1,0 x 4 р.	• эритромицин основание 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 7 дней или 250 мг внутрь, 4 раза в сутки в течение 14 дней • эритромицин этилсукцинат 800 мг внутрь, 4 раза в сутки в течение 7 дней или 400 мг внутрь, 4 раза в сутки в течение 14 дней
Европейское руководство, 2016 год ³	• АЗИТРОМИЦИН 1,0 г внутрь, однократно ампициллин 1,0 x 4 р.	• амоксициллин 500 мг внутрь, 4 раза в сутки в течение 7 дней

Азитромицин – мощное оружие в борьбе с инфекциями

- ▶ Является **препаратом выбора** для лечения инфекций, вызванных внутриклеточными патогенами
- ▶ **Хемомицин** – сочетание европейского качества (производится в Сербии, субстанция поставляется из Швейцарии) и доступной стоимости
- ▶ **Соответствует рекомендациям ВОЗ** к лекарственным препаратам для лечения ИППП





Антисептик, сберегающий
защитную флору
+декспантенол



Антисептик, сберегающий
защитную флору



Действует на те виды
кандид,
которые дают рецидивы

Преждевременный разрыв плодных оболочек при беременности 34-37 недель

- ▶ инициировать роды
- ▶ профилактика GBS инфекции (антибиотики через 18 часов с момента излития околоплодных вод)
- ▶ Кортикостероиды(с целью антенатальной защиты плода)

Антибиотикопрофилактика независимо от GBS статуса при ПРПО ≥ 18 часов при беременности 34-37 недель

- ▶ Бензилпенициллин 3 г в/в, затем 1,2 г в/в через 4 часа до завершения родов **ИЛИ**
- ▶ Линкомицин 600 мг в/в через 8 часов **ИЛИ**
- ▶ Клиндамицин 450 мг в/в в 50-100мл (за 20 мин) через 8 часов **ИЛИ**
- ▶ Азитромицин 500мг в/в 1 раз в день

Интранатальная профилактика GBS-инфекции (+ или нет обследования и есть риски)

Пенициллин G 5 млн Ед в/в, затем 2,5 млн через 4 часа или Ампициллин 2 г в/в, затем 1 г через 4 часа в/в

ИЛИ

Цефазолин 2 г в/в, затем 1 г через 8 часов в/в

ИЛИ

Клидамицин 900 мг в/в через 8 часов

ИЛИ

Ванкомицин 1 г в/в через 12 часов

Антибиотики для пролонгации латентного периода при ПРПО в сроках беременности 24-33 недели и 6 дней

- ▶ Ампициллин 2 г в/в через 6 часов + эритромицин 250 мг в/в через 6 часов 2 суток, затем
- ▶ Амоксициллин 250 мг орально через 8 часов + эритромицин 250 мг орально через 8 часов - 5 дней (I-A) ИЛИ
- ▶ Эритромицин 250 мг орально через 6 часов - 10 (I-A)
- ▶ Азитромицин 500 мг в сутки

Амоксиклав не должен использоваться, т.к. повышает риск развития некротизирующего энтероколита у новорожденных (I-A)

Оказание помощи при ПРПО в сроке мене 24 недель

- ▶ Консультирование пациентки (реальная картина неонатальных исходов)
- ▶ Выжидательная тактика или индукция родов
- ▶ Антибиотики не рекомендуются
- ▶ Кортикостероиды не рекомендуются
- ▶ Токолиз не рекомендуется
- ▶ Магния сульфат не рекомендуется

Показания для завершения беременности при ПРПО:

- ▶ нарушения состояния плода
- ▶ отслойка плаценты
- ▶ клинический хориоамнионит (риск инфицирования плода превысил риск его незрелости)
- ▶ СРБ
- ▶ КТГ - мониторинг

Антибиотикотерапия при подозрении на хориоамнионит (независимо от GBS статуса)

- ▶ Амоксициллин 2 г в/в (в 100 мл 0,9% NaCl - за 30 мин)
- ▶ затем амоксициллин 1г в/в через 4 часа до родов (в 20 мл 0,9% NaCl медленно) +
- ▶ Гентамицин 5 мг/кг в/в - 1 раз в сутки +
- ▶ Метронидазол 500 мг в/в через 12 часов
- ▶ при аллергии на ампициллин - Линкомицин 600 мг в/в через 8 часов или клиндамицин 450 мг в/в через 8 часов + гентамицин 5 мг/кг в/в - 1 раз в сутки.

ПРПО + шов на шейке матки

- ▶ Время удаления шва четко не определено
- ▶ < 23 недель удалить шов сразу
- ▶ 23-34 недели - если нет ПР, состояние плода нормальное, нет инфекции - отсрочить удаление шва до завершения курса профилактики СДР
- ▶ Если шов остается при ПРПО и недоношенной беременности - антибиотикопрофилактику не рекомендуют проводить более 7 дней!
- ▶ При беременности > 34 недель удалить шов сразу

Спасибо за внимание !

