Преждевременные роды

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O42, O47.0, O60, O60.0, O60.1, O60.2, O60.3 · Российское общество акушеров-гинекологов

Преждевременные роды — роды в сроке 22+0–36+6 недели беременности; в рекомендации разобраны их диагностика, профилактика, токолиз, антенатальная защита плода, ведение ПРПО и родоразрешение. Тактика зависит от срока, наличия объективных признаков родовой деятельности, состояния плодных оболочек, матери и плода.

Главное

- ПР в РФ определяют как роды в 22+0–36+6 недели. Срок устанавливают по первому дню последней менструации при регулярном цикле и по УЗИ в 11–13+6 недели.
- Активные ПР диагностируют при 4 схватках за 20 минут и/или 8 за 60 минут в сочетании с раскрытием шейки матки не менее 4 см. При начавшихся ПР объективно подтверждают изменения шейки, но регулярная родовая деятельность еще отсутствует.
- Высокий риск ПР — сочетание анамнеза ПР до 34+0 недель (при многоплодии до 32+0 недель) или самопроизвольного выкидыша после 16+0 недель с длиной шейки менее 25 мм по трансвагинальному УЗИ в 16+0–24+6 недели (УУР А, УДД 1).
- При ПРПО в 24+0–36+6 недели применяют выжидательную тактику с госпитализацией и контролем состояния матери и плода; при подтвержденном носительстве стрептококка группы В ее проводят до 34+0 недель (УУР А, УДД 1).
- Острый токолиз применяют при начавшихся/неминуемых ПР в 24+0–33+6 недели, чтобы выиграть время для профилактики РДС, магнезиальной нейропротекции и перевода в стационар 3-й группы; без объективных признаков ПР токолиз не проводят (УУР А, УДД 1; УУР С, УДД 2).
- При начавшихся ПР или ПРПО в 24+0–33+6 недели показана антенатальная профилактика РДС плода (УУР А, УДД 1).
- При ПРПО, начавшихся или запланированных (индуцированных) ПР в 24+0–33+6 недели показано внутривенное введение магния сульфата для нейропротекции плода (УУР А, УДД 1).
- При ПР, включая ПРПО, до 34+0 недель пациентку госпитализируют в стационар 3а группы; в 34+0–36+0 недель — в стационар 3а, а при отсутствии такой возможности в стационар 2-й группы с реанимацией новорожденных.

Диагностика

1. Отнести ситуацию к угрожающим, начавшимся/неминуемым или активным ПР.
2. Собрать жалобы и анамнез: боли или спазмы внизу живота, боли в пояснице, давление во влагалище/тазу, слизистые или кровянистые выделения, регулярность схваток, предшествующие ПР, выкидыши, инфекции, многоплодие и другие факторы риска.
3. Оценить витальные функции, аускультировать плод и определить частоту, длительность и интенсивность маточных сокращений (УУР С, УДД 4).
4. При угрожающих ПР выполнить осмотр в стерильных зеркалах для оценки шейки, выделений, пролабирования плодного пузыря и выпадения пуповины/мелких частей плода (УУР С, УДД 5). При подозрении на ПРПО сначала исключить предлежание плаценты и осмотреть шейку в зеркалах; влагалищное исследование проводить только после этого (УУР С, УДД 5).
5. Измерить длину шейки, предпочтительно трансвагинальной УЗ-цервикометрией. Длина менее 25 мм до 24+6 недель — предиктор ПР и основание для профилактических мер (УУР А, УДД 1).
6. В 24+0–33+6 недели для оценки вероятности ПР в ближайшие 7–14 дней использовать комбинацию ИЛ-6 во влагалищном секрете, ПСИФР-1 и ПАМГ-1 в цервикальной слизи (УУР А, УДД 2). При ПРПО подтвердить подтекание вод осмотром в зеркалах; если жидкость не визуализируется, применить ПСИФР-1 или ПАМГ-1.
7. При ПРПО исследовать лейкоциты крови и С-реактивный белок для выявления септических осложнений (УУР В, УДД 2), а хориоамнионит оценивать по совокупности клинических признаков матери и плода и лабораторных показателей.

Лечение

- При начавшихся/неминуемых ПР в 24+0–33+6 недели провести токолиз (УУР А, УДД 1). Не применять его при внутриутробной гибели или несовместимых с жизнью ВПР, тяжелой преэклампсии/эклампсии, гемодинамически нестабильном кровотечении, хориоамнионите, ПОНРП, несостоятельности рубца на матке, раскрытии более 4 см и других противопоказаниях, перечисленных в рекомендации.
- Первая линия токолиза — нифедипин или атозибан (УУР А, УДД 1). Нифедипин: 20 мг внутрь, затем при сохраняющихся сокращениях по 10 мг каждые 6 часов в течение 3–7 дней или до завершения перевода; препарат применяется off-label, поэтому нужны решение врачебной комиссии и письменное согласие. Атозибан вводят внутривенно по инструкции в 3 этапа, не более 48 часов и 330 мг суммарно; обычно его выбирают при противопоказаниях к нифедипину и другим токолитикам.
- Вторая линия — индометацин до 28+6 недели (УУР А, УДД 1): 50–100 мг ректально или внутрь, затем по 25 мг каждые 6 часов, не более 48 часов. Терапию прекращают при олигогидрамнионе или сужении артериального протока; после 31 недели возможны преждевременное закрытие протока, олигурия и маловодие у плода.
- Не использовать бета-адреномиметики (УУР В, УДД 3), магния сульфат как токолитик (УУР А, УДД 1), многокомпонентный токолиз из 3 и более препаратов и рутинную поддерживающую токолитическую терапию после острого токолиза (оба последних тезиса: УУР А, УДД 1).
- Для нейропротекции при ПРПО, начавшихся или планируемых ПР в 24+0–33+6 недели ввести магния сульфат: 4 г внутривенно за 20–30 минут, затем 1 г/ч до родов или максимум 24 часа. Контролировать пульс, АД, частоту дыхания и глубокие сухожильные рефлексы не реже одного раза в 4 часа; при нарушении функции почек дозу подбирать индивидуально.
- Для профилактики РДС в 24+0–33+6 недели назначить бетаметазон 12 мг внутримышечно 2 раза с интервалом 24 часа или дексаметазон 6 мг внутримышечно 4 раза с интервалом 12 часов, либо 12 мг 2 раза с интервалом 24 часа (УУР А, УДД 1). Максимальный эффект отмечается на 2–7-е сутки; даже неполный курс следует начать при обоснованной угрозе родов.
- При ПРПО назначить антибактериальную терапию с момента диагноза на 10 дней или до родов, если они наступят раньше (УУР А, УДД 1): ампициллин 2 г внутривенно каждые 6 часов 48 часов, затем амоксициллин 250 мг каждые 8 часов 5 дней, либо эритромицин 250 мг каждые 6 часов максимум 10 дней. Амоксициллин/клавуланат при ПРПО не применять из-за риска некротизирующего энтероколита у новорожденного (УУР С, УДД 5).
- При короткой шейке и целых плодных оболочках серкляж выполняют в 16+0–26+6 недели после коллегиальной оценки пользы и риска (УУР А, УДД 1). При инфекции, влагалищном кровотечении или сокращениях матки серкляж не проводят (УУР С, УДД 4).
- Для профилактики у беременных высокого риска вагинальный микронизированный прогестерон назначают по 200 мг/сут до 34 недель, а при прогрессирующем укорочении шейки после серкляжа — также по 200 мг/сут до 34 недель.

Когда направить и как наблюдать

- При ПР, включая ПРПО, до 34+0 недель госпитализировать в медицинскую организацию 3а группы, если нет противопоказаний к транспортировке.
- При ПР в 34+0–36+0 недель направить в стационар 3а группы либо, если это невозможно, в стационар 2-й группы с отделением/палатами реанимации и интенсивной терапии новорожденных.
- Всех пациенток с ПРПО наблюдать в круглосуточном стационаре с периодической оценкой клинических и лабораторных показателей, признаков инфекции, ПОНРП, компрессии пуповины, родовой деятельности и состояния плода (УУР А, УДД 1).
- При длине шейки 25 мм и менее в 22+0–23+6 недели перед решением о хирургической коррекции ИЦН рассмотреть коллегиальный диагностический трансабдоминальный амниоцентез. При подтвержденной внутриамниотической инфекции хирургическую коррекцию, как правило, не проводят (УУР С, УДД 4).

Частые вопросы

Как отличить угрожающие, начавшиеся и активные преждевременные роды?

При угрожающих ПР есть жалобы, но нет объективного подтверждения высокого риска. Начавшиеся/неминуемые ПР подтверждаются изменениями шейки и тестами, но регулярной родовой деятельности еще нет. Активные ПР — это 4 схватки за 20 минут и/или 8 за 60 минут при раскрытии шейки не менее 4 см.

Когда при ПР назначать токолиз?

При начавшихся/неминуемых ПР в 24+0–33+6 недели, если нет противопоказаний. Цель — выиграть около 48 часов или до 7 дней для профилактики РДС, нейропротекции и перевода в стационар 3-й группы; при отсутствии объективных признаков ПР токолиз не проводят.

Какую схему антенатальных стероидов использовать?

В 24+0–33+6 недели применяют бетаметазон 12 мг внутримышечно дважды через 24 часа либо дексаметазон 6 мг внутримышечно четырежды через 12 часов или 12 мг дважды через 24 часа. Повторный курс не является рутинным; регулярные серийные курсы более двух не рекомендованы.

Нужны ли антибиотики при преждевременных родах с целыми плодными оболочками?

Системные антибиотики для пролонгирования беременности при угрожающих или начавшихся ПР с интактными оболочками без доказанной инфекции не применяют (УУР А, УДД 1). Исключения в тексте — ПРПО и интранатальная профилактика при носительстве или неизвестном статусе по стрептококку группы В.

Какой способ родоразрешения предпочтителен при ПР?

Кесарево сечение не является методом выбора при ПР в целом. При тазовом предлежании до 32+6 недели оно рекомендовано как метод выбора; вакуум-экстракцию не применяют до 33+6 недели, а эпизиотомию не выполняют рутинно.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/331-prezhdevremennye-rody. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/331_2