



Преждевременные роды

Использованы материалы учебного пакета ВОЗ по
эффективной перинатальной помощи (ЭПП) 2е издание,
2015 год

Преждевременные роды

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

Крайне преждевременные
роды



28 -34
нед

Ранние преждевременные
роды



28 -34
нед

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.

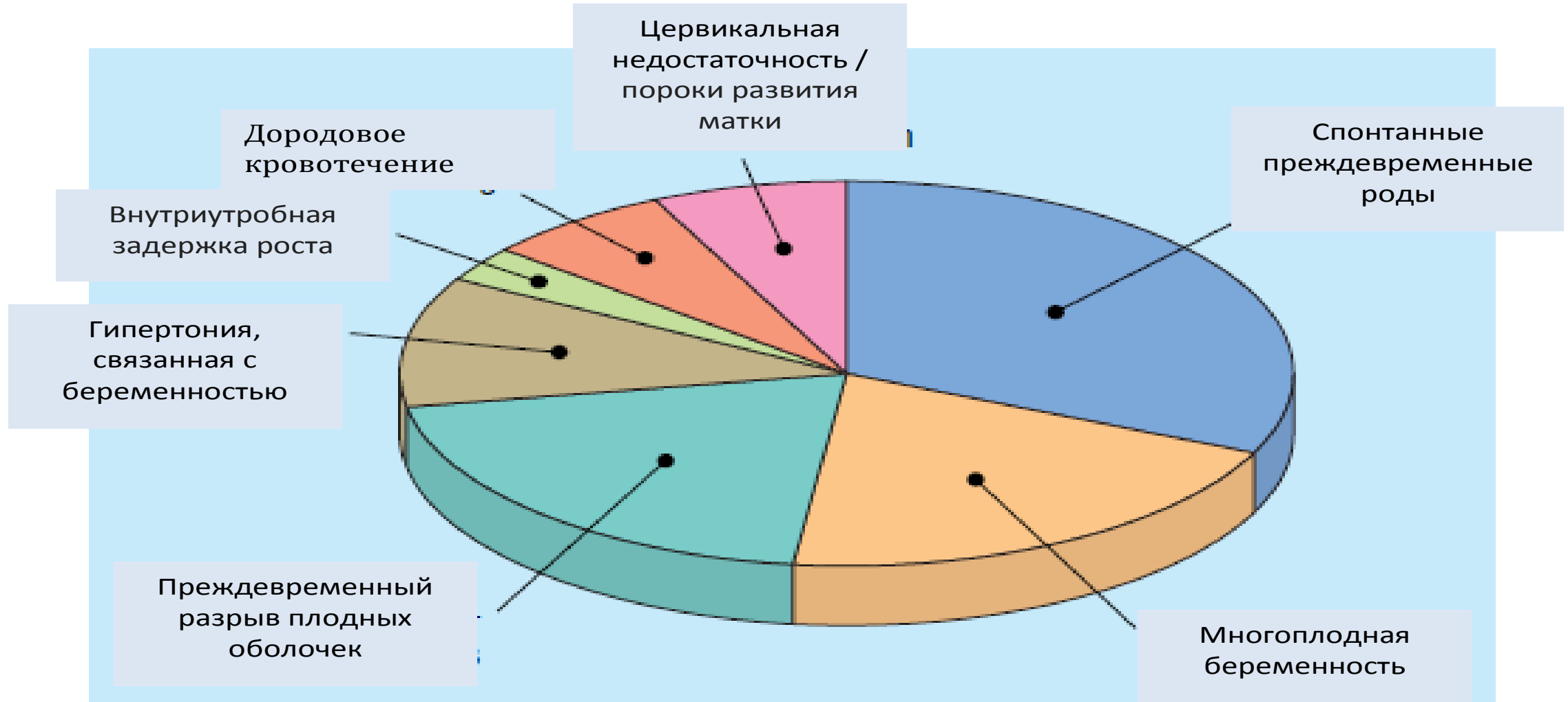
ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОРΟЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА

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

Преждевременные роды: причины



Первичная профилактика при беременности: сокращение поздних преждевременных родов по решению провайдера

- Одним из приоритетных вмешательств, направленных на сокращение частоты преждевременных родов, является сокращение частоты индукций родов и кесаревых сечений без медицинских показаний в поздние недоношенные сроки. Большинство (84%) всех преждевременных родов происходит в сроки 32-36 недель беременности.
- Большинство этих детей выживет без помещения в ОИТН
- Однако, даже в сравнении с доношенными детьми у детей от поздних преждевременных родов (34-36 недель) наблюдается:
 - Повышенная неонатальная и младенческая смертность
 - Повышенная частота краткосрочной заболеваемости (РДС, IVН)
 - Нарушения нейро-психического развития
 - Повышенная частота церебрального паралича
- В глобальном плане вследствие значительности доли детей от поздних преждевременных родов, они имеют наибольшее влияние на состояние здоровья общества

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

К группам риска по преждевременным родам относятся

- 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 №15

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

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, Chaemsaitong 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	

Женщины с факторами риска

- Два сильнейших фактора риска для преждевременных родов:
 - Преждевременные роды в анамнезе (ОР 1,5-2)
 - Укорочение шейки матки при измерении при УЗИ
- Эффективные вмешательства для
 - Женщин с преждевременными родами в анамнезе
 - Женщин с укороченной шейкой матки в сроки 16-24 недель
 - Прогестерон
 - Серкляж

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 **УТРАТИЛ СИЛУ — АРХИВ**

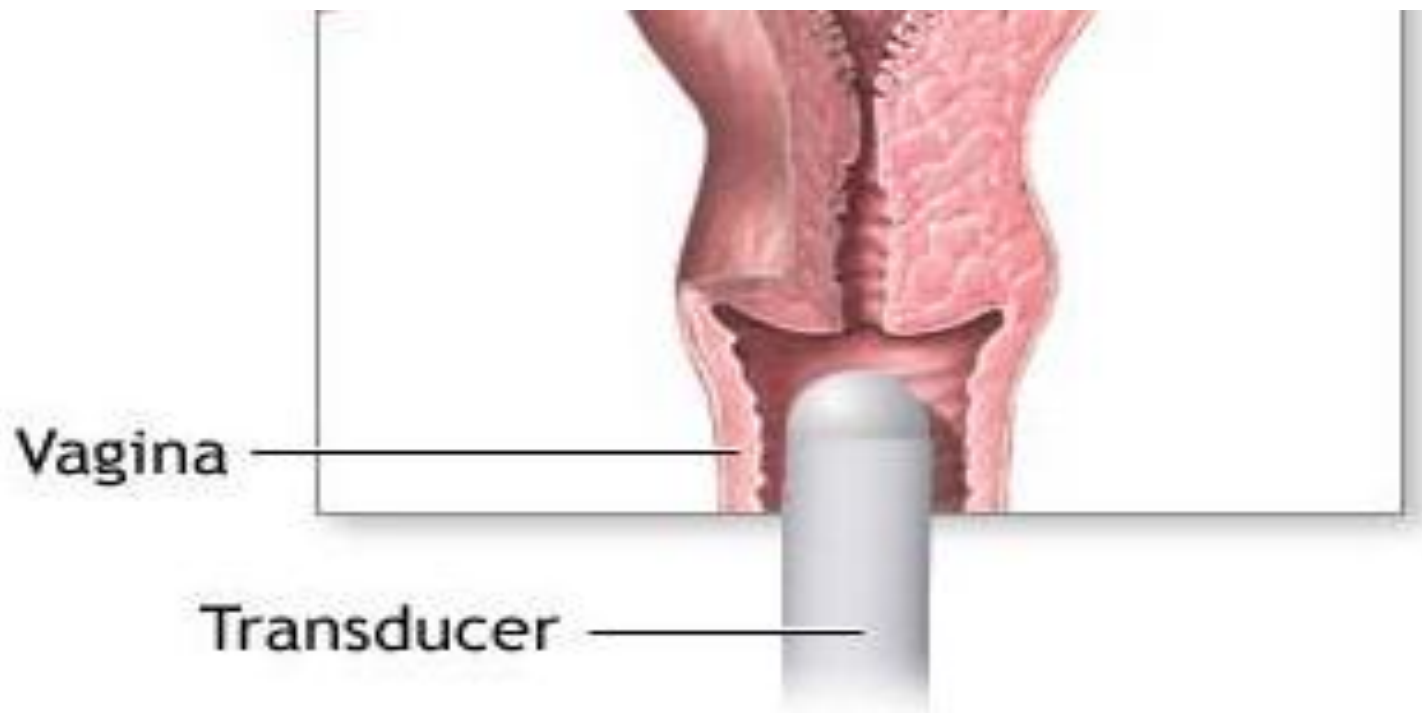
- **Клинический протокол диагностики и лечения невынашивания беременности**

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.

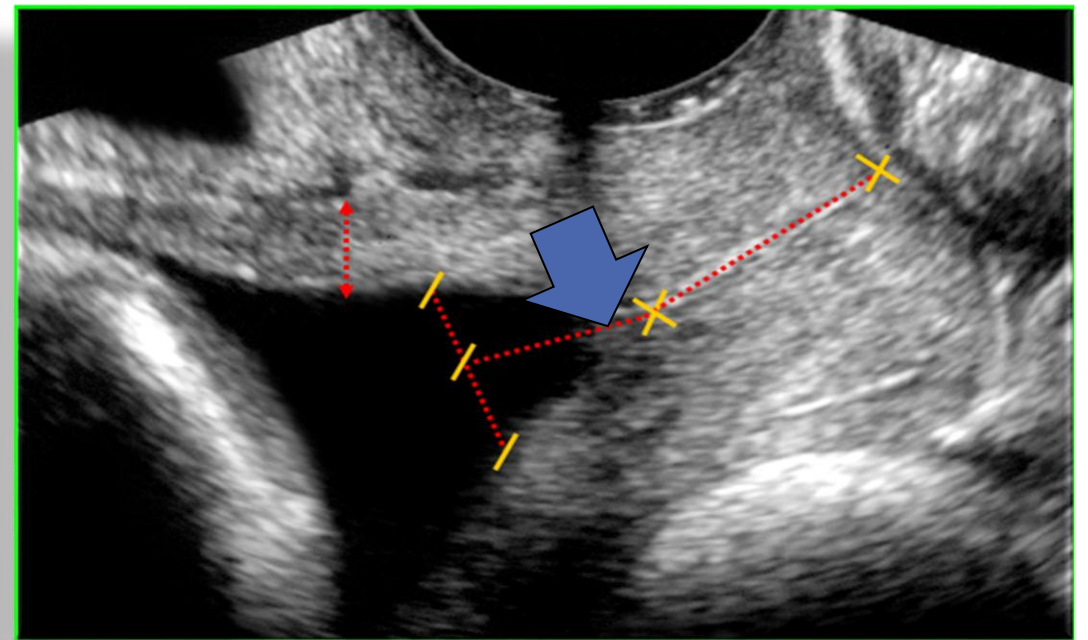
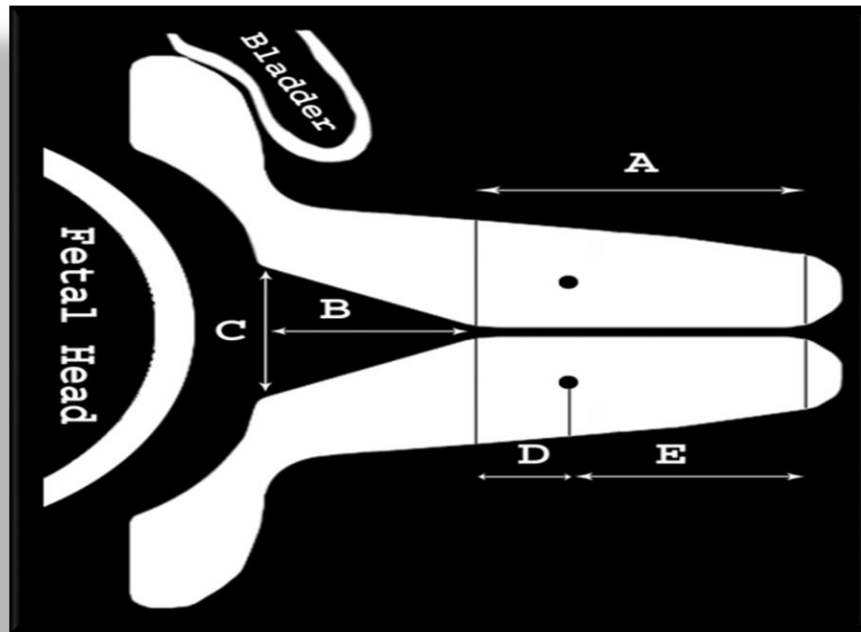
Измерение длины шейки матки

Исследование проводится трансвагинальным датчиком



Методика исследования

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



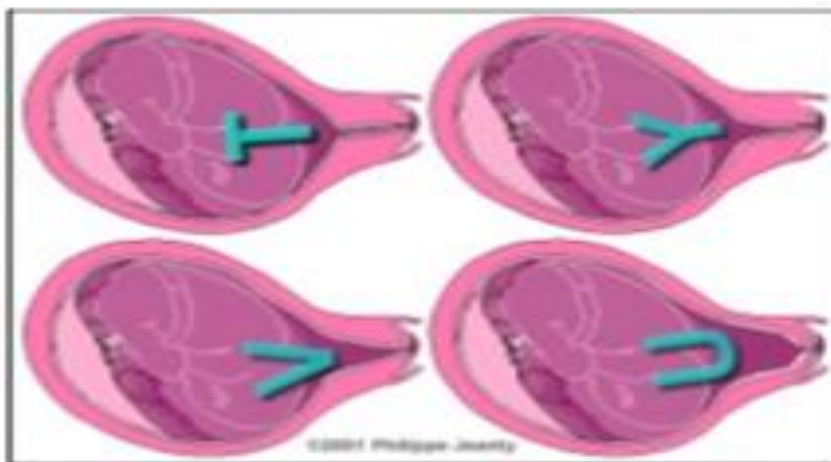
Наиболее неблагоприятна V-образная деформация внутреннего зева.



T – образная



Y – образная



Критерии ИЦН (трансвагинальная методика)

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

- Длина равная **3 см** - критическая до **20 недель**.
- Длина **2см и менее** - абсолютный критерий ИЦН в любом сроке.
- Ширина цервикального канала **1см 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

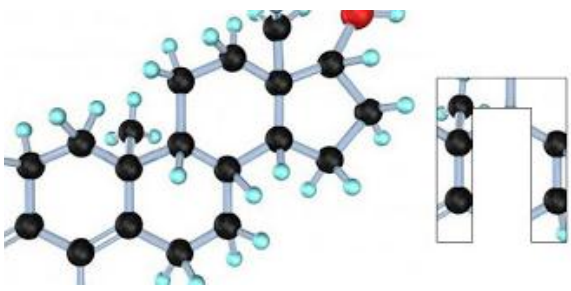
- Выделение беременных в группу риска по ПР (учет факторов риска)
- Определение предикторов ПР
- Диагностика и лечение ББ 14 - 16 недель
- Диагностика и лечение БВ в группе женщин с ПР в анамнезе до 20 недель
- Применение прогестерона, серкляжа или акушерского pessaria при наличии факторов риска ПР

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

Женщины с факторами риска: прогестерон

- У женщин с предшествующими преждевременными родами и/или короткой шейкой - прогестерон значительно снижает риск преждевременных родов
- Недостаточно данных по:
 1. оптимальным срокам, способу и дозе введения
 - 17 оксипрогестерона капронат эффективен только у женщин с предшествующими преждевременными родами
 - Влагалищное введение прогестерона эффективно только у женщин с короткой шейкой матки (независимо от наличия или отсутствия преждевременных родов в анамнезе)
 2. эффективность при беременности двойней (в настоящее время идут исследования)
 3. эффективность при угрожающих преждевременных родах (в настоящее время идут исследования)

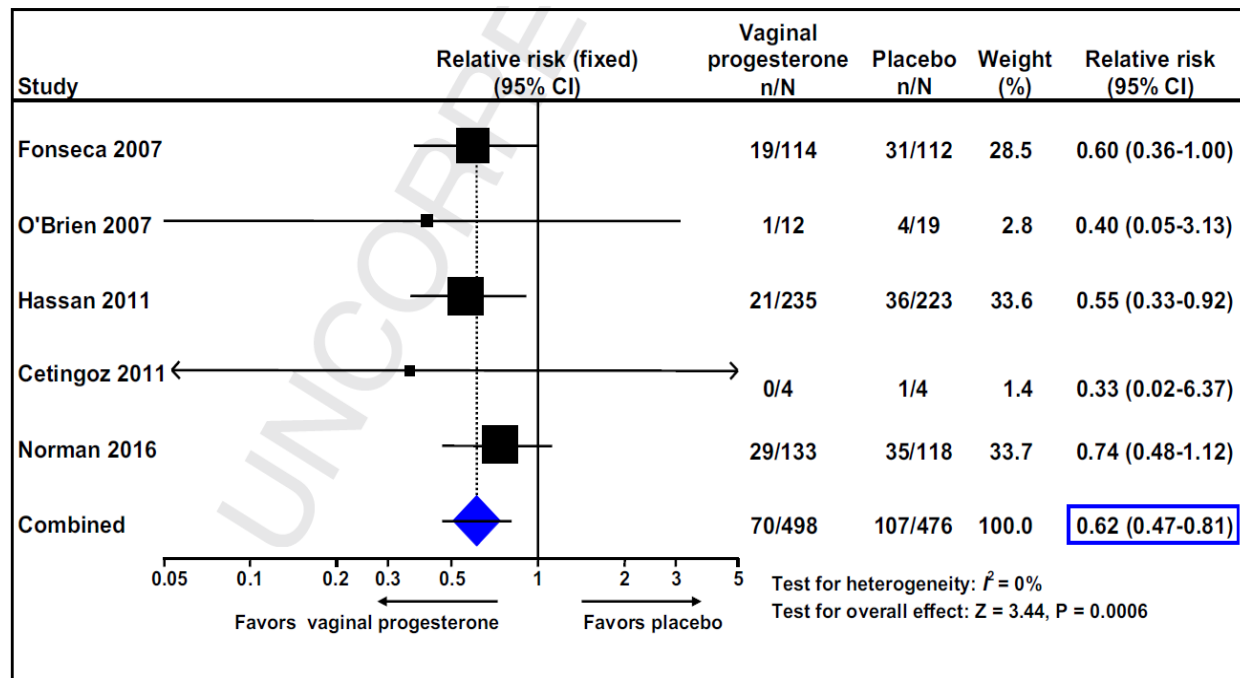


Применение прогестерона

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 - 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).**

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)

Женщины с факторами риска: серкляж (1)

- У женщин с предшествующими преждевременными родами
 - Следует проводить серийное измерение длины шейки матки при УЗИ
 - Серкляж рекомендован если длина шейки матки ≤ 25 мм до 24 недель беременности
- Женщинам с ≥ 3 предшествующих преждевременных родов, выкидышами во втором триместре или обоими этими факторами следует предлагать серкляж в сроки 12-14 недель
- У женщин с раскрытой шейкой матки (< 4 см) но без схваток
 - можно рассмотреть целесообразность срочного (спасательного) серкляжа

Женщины с факторами риска: серкляж (2)

Серкляж не рекомендуется:

- Женщинам с короткой шейкой, но без преждевременных родов в анамнезе
 - Серкляж не показал эффективности в сокращении частоты преждевременных родов при обоих пороговых значениях длины шейки матки (25 и 15 мм)
- При многоплодной беременности
 - Серкляж был связан со значительным увеличением частоты преждевременных родов (ОР 2,2)

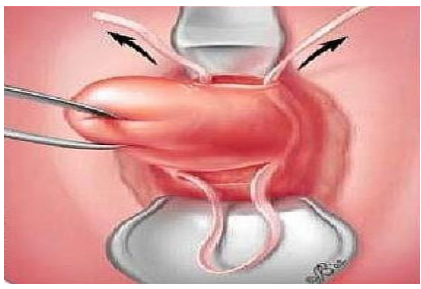
Серкляж или прогестерон?

Непрямой сравнительный мета-анализ:

- Влагалищное применение прогестерона и серкляж одинаково эффективно предотвращают преждевременные роды и неблагоприятные исходы у женщин с короткой шейкой и предшествующими преждевременными родами.
- Медикаментозное лечение путем влагалищного введения прогестерона вместо серкляжа снижает анестезиологические и хирургические риски

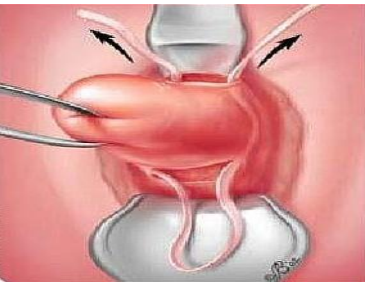
Серкляж или прогестерон?

Факторы	Вмешательства
Отсутствие преждевременных родов в анамнезе, короткая шейка, одноплодная беременность	Влагалищное применение прогестерона
Преждевременные роды в анамнезе, нормальная длина шейки, одноплодная беременность	Прогестерон
Преждевременные роды в анамнезе, короткая шейка, одноплодная беременность	Серкляж или влагалищное применение прогестерона
Отсутствие преждевременных родов в анамнезе, нормальная шейка, двойня	Отсутствие эффективного лечения
Отсутствие преждевременных родов в анамнезе, короткая шейка, двойня	Серкляж не рекомендован, прогестерон (небольшие исследования)
Преждевременные роды в анамнезе, нормальная шейка, двойня	Отсутствие эффективного лечения (небольшие исследования)



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

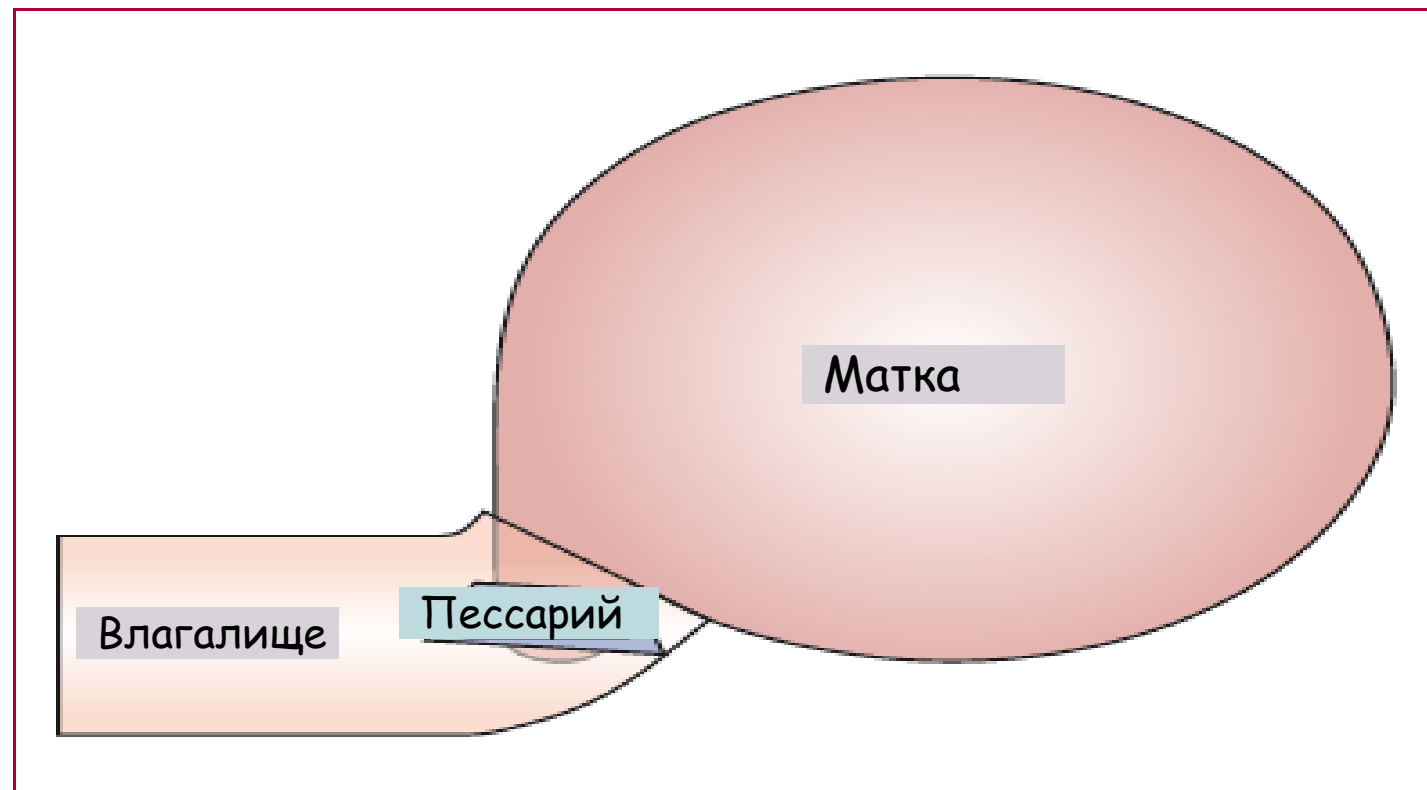
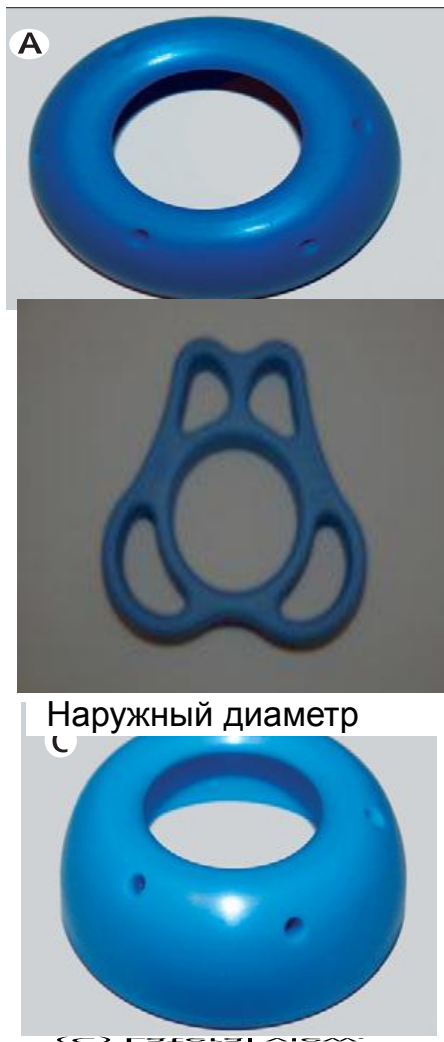
3. В мета-анализе рандомизированных исследований серкляж, выполненный у женщин, беременных двойней, с длиной шейки менее 25 мм, был связан со значительным (двукратным) увеличением частоты преждевременных родов (ОР 2,2; 95% ДИ 1,2-4)



Применение акушерских пессариев

- 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

Условия введения акушерского pessaria

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

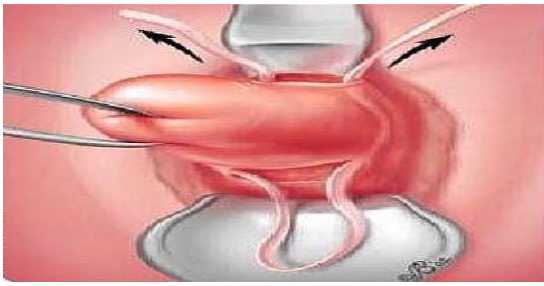


Введение акушерского pessария



- 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 ($P = 0,031$).

Женщины с преждевременными родами: токолиз (2)

- В систематическом обзоре 17 РКИ (2284 женщин) применение токолитиков в сравнении с плацебо или отсутствием лечения:
 - Приводило к сокращению частоты преждевременных родов спустя 24 часа, 48 часов и 7 дней

НО НЕ ВЛИЯЛО НА

- Количество родов до 30, 32 или 37 недель гестации
- Перинатальную смертность
- Заболеваемость, связанную с недоношенностью
- Частоту внутрижелудочковых кровоизлияний

Выбор токолитиков

- Многие препараты использовались в качестве токолитиков, но стандартный препарат для первой линии терапии так и не появился.
- Многие исследования изучали несколько препаратов друг с другом, но всеобъемлющего исследования, которое сравнивало бы все часто применяемые классы препаратов, проведено не было.
- Недавний сетевой мета-анализ показал, что **ингибиторы простагландинов и блокаторы кальциевых каналов** с наибольшей вероятностью обеспечивают отсрочку родов и улучшают неонатальные исходы.

Если токолиз эффективен, следует ли его продолжить?

- Не рекомендуется поддерживающая терапия токолитиками после первичной успешной терапии
- Не выявлено преимуществ поддерживающей токолитической терапии по сравнению с плацебо или отсутствием лечения в отношении:
 - Частоты преждевременных родов
 - Перинатальной заболеваемости и смертности

Женщины с преждевременными родами: антибиотики

- Лечение антибиотиками при преждевременных родах не рекомендуется за исключением случаев:
 - ПРПО (см. модуль 5МО)
 - Необходимости профилактики инфекций, вызываемых стрептококками группы В, в родах (см. модули 10С и 5МО)
 - Клинически подтвержденного хориоамнионита
 - Других острых инфекционных заболеваний матери, требующих антибактериальной терапии

Женщины с преждевременными родами: антенатальное применение кортикостероидов

- Все беременные женщины с угрозой преждевременных родов между 24 и 34 неделями беременности являются кандидатами на лечение глюкокортикоидами.
- Лечение включает:
 - 2 дозы бетаметазона по 12 мг внутримышечно с интервалом в 24 часа
ИЛИ
 - 4 дозы дексаметазона по 6 мг внутримышечно с интервалом в 12 часов

Доказательная база по антенатальному применению кортикостероидов

21 исследование (3885 женщин/ 4269 детей)

В целом сокращение частоты:

- Неонатальных смертей
- Респираторного дистресс-синдрома
- Внутривентрикулярных кровоизлияний
- Некротизирующего энтероколита
- Респираторной поддержки/помещения в ОИТН
- Системных инфекций в первые 24 часа

Безопасность кортикостероидов

- Не было выявлено неблагоприятных последствий профилактического применения кортикостероидов при преждевременных родах ни для матерей, ни для детей.
- Не было выявлено неблагоприятных воздействий на нейropsychическое развитие в трех различных больших исследованиях, включая исследование детей до 12 лет, подвергнутых воздействию однократного курса терапии кортикостероидами.
- Применение кортикостероидов не имеет противопоказаний.

Roberts 2006

Dessens 2000

RCOG 2010

Кортикостероиды: открытые вопросы

- Противоречивые данные по эффективности в сроки <26 недель
- Эффективность применения при поздних преждевременных родах
- Бетаметазон в сравнении с дексаметазоном
- Повторные курсы/спасательная доза
- Эффективность при двойне
- Эффективность/опасения по поводу безопасности при ЗВРП
- Решение по вопросу порога выживаемости

Множественные курсы кортикостероидов

- **Проведение множественных курсов терапии кортикостероидами в настоящее время не рекомендуется**
- Кокрановский мета-анализ 10 РКИ (4730 женщин) показал, что повторное применение кортикостероидов в сравнении с однократным курсом было связано с:
 - Сокращением частоты РДС
 - Сокращением тяжелой детской заболеваемости
 - Снижением средней массы тела при рождении
 - С отсутствием различий при наблюдении в раннем детстве
 - Отдаленные результаты? Нет данных
- Сетевое исследование MFMU обнаружило 6 детей с ДЦП в группе, получившей повторные курсы кортикостероидов тогда как среди детей, подвергнутых однократному курсу, этой патологии выявлено не было
- Следует с осторожностью назначать спасательную дозу в отдельных ситуациях

Женщины с преждевременными родами: магнезия для нейропротекции у плода

- Применять у всех женщин с неизбежными преждевременными родами
- Верхний порог гестационного возраста все еще дискутируется
 - SOGC предлагает 31+6 недель
 - RANZCOG предлагает 30 недель
- Не применять более 24 часов
- SOGC предлагает прекратить токолиз, если применяется магнезия
- Следить за состоянием матери и плода
- При плановом родоразрешении (кесарево сечение) следует применить за 4 часа до операции
- Не следует откладывать родоразрешение ради введения магнезии

Магnezия для нейрoпротекции у плода: доказательная база

- Кокрановский мета-агнализ, включающий 5 исследований (6145 детей) показал:
 - Значительное сокращение частоты церебрального паралича
 - Значительное сокращение частоты тяжелой моторной дисфункции
 - Отсутствие значимого влияния на детскую смертность/другие неврологические нарушения или инвалидность в первые несколько лет жизни
 - Отсутствие значимого влияния на тяжелые осложнения у матери

Магnezия для нейрoпротекции у плода: дозировка

- Для женщин с неизбежными преждевременными родами:
 - Магnezия в загрузочной дозе 4 г внутривенно в течение 30 минут с последующим поддерживающим введением 1 г/час до рождения ребенка
- Для планового родоразрешения в связи с показаниями со стороны матери или плода:
 - Следует начать введение магnezии за 4 часа до родоразрешения с загрузочной дозы 4 г внутривенно в течение 30 минут с последующим поддерживающим введением 1 г/час до рождения ребенка

Прочие вмешательства: способ родоразрешения

- Нет доказательств в пользу тактики планового немедленного кесарева сечения для недоношенных детей в головном предлежании.
- Нет однозначных данных в отношении оптимального способа родоразрешения для недоношенных детей в тазовом предлежании.
- Ретроспективные исследования по-видимому показывают, что рождение через естественные родовые пути недоношенных детей с массой тела 750 - 1500 г (26–32 недель) в тазовом предлежании связано с повышенной неонатальной смертностью. Однако это заключение основывается на ретроспективных данных, надежность которых, возможно, сомнительна вследствие ошибок при отборе пациентов.
- Требуется больше исследований, чтобы оценить оптимальный способ родоразрешения для крайне недоношенных детей (<26 недель), наиболее уязвимых при травматичных родах.

Ключевые пункты (1)

- Многие факторы риска преждевременных родов изменяемы; оценка риска очень важна
- Рекомендуются следующие вмешательства:

У женщин с факторами риска:

- Предшествующие преждевременные роды > **Прогестерон**
- Короткая шейка > **Прогестерон**
- Предшествующие преждевременные роды и короткая шейка > **Серкляж или прогестерон**
- При ≥ 3 преждевременных родов или выкидышей во втором триместре > **Серкляж**

Ключевые пункты (2)

У женщин с преждевременными родами

- **Токолиз** следует применять только в случаях, когда дополнительное время позволит осуществить эффективные меры (например, терапию кортикостероидами или транспортировку)
- **Антибиотики:** только при ПРПО или острых инфекциях
- **Кортикостероиды антенатально:** все женщины с риском преждевременных родов между 24 и 34 неделями должны получить профилактическое лечение кортикостероидами
- **Магnezия с целью нейропротекции:** Магnezию следует вводить с целью нейропротекции у плода всем женщинам с неизбежными преждевременными родами в сроки до 30-32 недель
- **Перевод в учреждение III уровня (ОИТН):** учреждение, где будут происходить преждевременные роды должно быть надлежащим образом оснащено

Ключевые пункты (3)

- Для недоношенных плодов в головном предлежании выбор планового кесарева сечения доказательно не обоснован
 - Нет достаточного количества данных относительно недоношенных плодов в тазовом предлежании и глубоко недоношенных плодов в головном предлежании.

ВОПРОСЫ ?