

Кыргызско-Российский Славянский
Университет
Медицинский факультет
Кафедра акушерства и гинекологии

Преждевременные роды

Зав.каф., к.м.н., доц. Сарымсакова Т. А.

Бишкек 2014г.

Самопроизвольный аборт (выкидыш)

Самопроизвольный аборт (выкидыш) – самопроизвольное прерывание беременности до снижения плодом жизнеспособного гестационного срока.

Согласно определению ВОЗ, аборт – самопроизвольное изгнание или экстракция эмбриона или плода до 500 г, что соответствует сроку гестации менее 22 недель.



Код по МКБ-10

О03 самопроизвольный аборт.

О02.1 Несостоявшийся выкидыш.

О20.0 Угрожающий аборт.

Самопроизвольный аборт (ВЫКИДЫШ)

Эпидемиология

Самопроизвольный аборт – самое частое осложнение беременности. Частота его составляет от 10 до 20% всех клинически диагностированных беременностей. Около 80% потерь происходит до 12 недели беременности.

При учете беременностей по определению уровня ХГЧ частота потерь составляет 31%, причем 70% этих абортов происходит до того момента, когда беременность может быть распознана клинически.

Самопроизвольный аборт (ВЫКИДЫШ)

Классификация

По клиническим проявлениям различают:

- Угрожающий аборт;
- Начавшийся аборт;
- Аборт в ходу;
- Неполный аборт;
- Полный аборт.

Самопроизвольный аборт (выкидыш)

Классификация самопроизвольных абортов, принятая ВОЗ, немного отличается от таковой, используемой в РФ, объединив начавшийся выкидыш и аборт в ходу в одну группу – **неизбежный аборт** (т.е. продолжение беременности невозможно).

Самопроизвольный аборт (выкидыш)

Этиология

- Лидирующим фактором в этиологии самопроизвольного прерывания беременности выступает **хромосомная патология**, частота которой достигает 82-88%.
- Наиболее частые варианты хромосомной патологии при ранних самопроизвольных выкидышах – аутосомные трисомии (52%), моносомии X (19%), полиплодии (22%). Другие формы отмечают в 7% случаев. В 80% случаев вначале происходит гибель, а затем экспульсия плодного яйца.

Самопроизвольный аборт (выкидыш)

- Вторым по значимости среди этиологических факторов выступает метроэндометрит различной этиологии, обуславливающий воспалительные изменения в слизистой оболочке матки и препятствующий нормальной имплантации и развитию плодного яйца. Хронический продуктивный эндометрит, чаще аутоиммунного генеза, отмечен у 25% женщин, прервавших беременность путем искусственного аборта, у 63,3% женщин с привычным невынашиванием и у 100% женщин с неразвивающейся беременностью.

Самопроизвольный аборт (выкидыш)

- Среди других причин спорадических ранних выкидышей выделяют **анатомические, инфекционные, иммунологические** факторы, которые в большей мере служат причинами привычных выкидышей.

Самопроизвольный аборт (выкидыш)

Факторы риска

- **Возраст** - основной фактор риска. По данным 1 млн беременностей, в возрастной группе женщин от 20 до 30 лет риск самопроизвольного аборта составляет 9 – 17%, в 35 лет – 20%, в 40 лет – 40%, в 45 лет – 80%.
- **Паритет.** У женщин с двумя беременностями и более в анамнезе риск выкидыша выше, чем у нерожавших женщин, причем этот риск не зависит от возраста.

Факторы риска

- **Наличие самопроизвольный аборт в анамнезе.** Риск выкидышей возрастает с увеличением числа таковых. У женщин с одним выкидышем в анамнезе риск составляет 18 – 20%, после двух выкидышей он достигает 30%, после трех выкидышей – 43%.

Для сравнения: риск выкидыша у женщины, предыдущая беременность которой закончилась успешно, составляет 5%.

Факторы риска

- **Курение.** Потребление более 10 сигарет в день увеличивает риск самопроизвольного аборта в I триместре беременности.
- **Применение нестероидных п/воспалительных средств, предшествующих зачатию.** Получены данные на негативное влияние угнетения синтеза ПГ на успешность имплантации. Частота выкидыша в этих случаях составила 25% по сравнению с 15% у женщин, не получавших препараты данной группы.

Факторы риска

- **Лихорадка (гипертермия).** Увеличение температуры тела выше $37,70^{\circ}\text{C}$ приводит к увеличению частоты ранних самопроизвольных абортов.
- **Травма,** включая инвазивные методы пренатальной диагностики (хориоцентез, амниоцентез, кордоцентез) – риск составляет 3 – 5%.
- **Употребление кофеина.** При суточном употреблении 100 мг кофеина (4 – 5 чашек кофе) риск выкидыше повышается.

Факторы риска

- **Воздействие тератогенов** (инфекционных агентов, токсических веществ, лекарственных препаратов с тератогенным эффектом) также служит фактором риска выкидыша.
- **Дефицит фолиевой кислоты.** При концентрации фолиевой кислоты в сыворотке крови менее 2,19 нг/мл (4,9 нмоль/л) достоверно увеличивается риск самопроизвольного аборта с 6 до 12 нед беременности, что сопряжено с большой частотой формирования аномального кариотипа плода.

Факторы риска

- **Гормональные нарушения, тромбофилические состояния** служат в большей мере причинами не спорадических, а привычных выкидышей, основной причиной которых выступает неполноценная лютеиновая фаза.
- По данным многочисленных публикаций от 12 до 25% беременностей после ЭКО заканчивается самопроизвольным абортом.

Клиническая картина и диагностика

- **Угрожающий аборт** проявляется тянущими болями внизу живота и пояснице. Тонус матки повышен. Шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт. Тело матки соответствует сроку беременности. При УЗИ регистрируется сердцебиение плода.
- При **начавшемся аборте** боли более выражены. Кровянистые выделения из влагалища. Канал шейки матки приоткрыт. Матка соответствует сроку гестации. При УЗИ признаки отслойки хориона.

Клиническая картина и диагностика

- При **аборте в ходу** определяются регулярные схваткообразные сокращения матки. Величина матки меньше предполагаемого срока беременности, в более поздние сроки беременности возможно подтекание околоплодных под. Внутренний и наружный зев шейки матки открыты, элементы плодного яйца в канале шейки матки или во влагалище. Кровотечение разной интенсивности. При УЗИ плодное яйцо погибло, со стенкой матки не связано.

Клиническая картина и диагностика

- **Неполный аборт** – состояние, сопряженное с задержкой в полости матки элементов плодного яйца. Отсутствие полноценного сокращения матки приводит к продолжающемуся кровотечению, которое может приводить к гиповолемическому шоку. При бимануальном исследовании матка меньше предполагаемого срока гестации, обильные кровянистые выделения. Шейка не сформирована. При УЗИ – в полости матки остатки плодного яйца или при позднем выкидыше - плацентарной ткани.

Клиническая картина и диагностика

- **Полный аборт** чаще наблюдается в поздние сроки беременности. Плодное яйцо выходит полностью из полости матки. Матка сокращается, кровотечение прекращается. При бимануальном исследовании матка хорошо контурируется, размеры соответствуют норме, канал шейки матки закрыт. При УЗИ определяют сомкнутую полость матки.

Клиническая картина и диагностика

- **Инфицированный аборт** – состояние, сопровождающееся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровянистыми, иногда гноевидными выделениями из половых путей.

При физикальном осмотре определяют тахикардию, тахипное, дефанс мышц передней брюшной стенки, при бимануальном исследовании – болезненную, мягкой консистенции матку, канал шейки матки расширен.

Клиническая картина и диагностика

- **Неразвивающаяся беременность** - комплекс патологических симптомов, включающих внутриутробную гибель плода (эмбриона), патологическую инертность миометрия и нарушения системы гемостаза.
- **КОД по МКБ-10**
O02.1 несостоявшийся выкидыш

Клиническая картина и диагностика

При УЗИ неблагоприятными признаками в плане развития плодного яйца при маточной беременности считают:

- Отсутствие сердцебиения эмбриона с КТР более 5 мм;
- Отсутствие эмбриона при размерах плодного яйца, измеренных в трех ортогональных плоскостях, более 25 мм при трансабдоминальном сканировании и более 18 мм при трансвагинальном сканировании.

Дифференциальная диагностика

- Доброкачественные и злокачественные заболевания шейки матки;
- Ановуляторный менструальный цикл;
- Пузырный занос;
- Внематочная беременность.

Лечение

Цели лечения:

- Снижение тонуса матки;
- Остановка кровотечения;
- Пролонгирование беременности в случае наличия в матке жизнеспособного эмбриона, плода.

В США, странах Западной Европы угрожающий выкидыш до 12 нед не лечат, считая, что 80% таких выкидышей – «естественный отбор» (генетические дефекты, хромосомные абберации).

лечение

Немедикаментозное лечение:

- Физический и сексуальный покой;
- Полноценная диета (олигопептиды, полиненасыщенные жирные кислоты), обильное питье;

Медикаментозное лечение:

- **Гормональная терапия** включает натуральный микронизированный прогестерон по 200-300 мг/сут или дидрогестерон по 10 мг 2-3 раза в сутки per os или ректально.

лечение

- При кровянистых выделениях – гемостатическая терапия по показаниям.
- При начавшемся или неполном аборте – немедленное инструментальное удаление плодного яйца или его остатков из полости матки методом мануально вакуумной аспирации .
- При полном аборте – УЗИ диагностика.

послеоперационного периода

- Профилактическая антибактериальная терапия 3 – 7 дней (профилактика ВЗОМТ);
- Комбинированные оральные контрацептивы (профилактика ВЗОМТ, нормализация МЦ, контрацепция);
- У резус-отрицательных женщин (при беременности от резус-положительного партнера) в первые 72 часа после вакуум-аспирации проводят профилактику резус-иммунизации введением иммуноглобулина антирезус внутримышечно.

Профилактика

- Методы специфической профилактики спорадического выкидыша отсутствуют;
- Для профилактики дефектов нервной трубки, которые частично приводят к ранним самопроизвольным абортам, рекомендуют назначение фолиевой кислоты за 2-3 менструальных цикла до зачатия и первые 12 недель беременности в суточной дозе 0,4 мг.
- Если в анамнезе у женщины в предыдущих беременностях отмечены дефекты нервной трубки, доза фолиевой кислоты увеличивается до 4 мг/сут.

Планирование беременности. прогноз

- Планирование следующей беременности рекомендуется не ранее чем через 3 месяца, в связи с чем даются рекомендации о контрацепции на протяжении трех месяцев.
- Прогноз, как правило, благоприятный. Риск потери следующей беременности достигает 18 – 20%, по сравнению с 15% при отсутствии выкидыша в анамнезе.
- Рекомендуется проведение обследования до наступления желанной беременности для выявления причин невынашивания.

Клиническая картина и диагностика

К дополнительным УЗИ признакам, свидетельствующим о неблагоприятном исходе беременности относят:

- Аномальный желточный мешок, не соответствующий сроку гестации (большой, неправильной формы, смещенный к периферии или кальцинированный);
- ЧСС эмбриона менее 100 в минуту в сроке 5-7 нед;
- Большие размеры ретрохориальной гематомы (более 25% поверхности плодного яйца).

Преждевременные роды

Преждевременные роды являются причиной 65% неонатальных смертей и 50% неврологических нарушений в детском возрасте.

Самопроизвольные преждевременные роды или дородовый разрыв околоплодного пузыря приводит (ПРПО) приводят к 80% преждевременных родов.

Процент преждевременных родов не изменился за последние десятилетия и составляет 7-11%.

Преждевременными считаются роды, произошедшие в сроке менее 37 недель гестации. Наиболее серьезные осложнения наблюдаются при преждевременных родах до 34 недель беременности.

Минимальный срок гестации – 22 недели при массе плода 500г.

ПР могут наступать самопроизвольно или быть следствием акушерской тактики при наличии необходимости досрочного завершения беременности.

Осложнения при ПР:

- ЗРП
- ПРПО
- Многоплодная беременность
- ПП
- ПОНРП
- Врожденные пороки развития плода
- Неправильное положение плода
- Тяжелые соматические заболевания матери, что может увеличить риск развития неблагоприятных осложнений у плода.

Преждевременными родами считаются:

- Роды в сроке от 22 полных до 37 полных недель;
- Клинически документированные сокращения матки (4 за 20 минут или 8 за 60 минут) и:
 - Разрыв околоплодного пузыря
 - Целый околоплодный пузырь и раскрытие ШМ более 2 см
 - Целый околоплодный пузырь и сглаживание ШМ более чем на 80%
 - Целый околоплодный пузырь и динамически структурные изменения ШМ.

За последние 10 лет:

- Смертность младенцев с весом при рождении 1000-1500г снизилась с 50% до 5%!
- Смертность младенцев с весом при рождении от 500-1000г снизилась с 90% до 20%!

В развитых странах 50-60% перинатальной смертности приходится на детей с массой ниже 1000г (меньше 1% всех родов).

Несмотря на то, что роды в сроке до 37 недель беременности считаются преждевременными, роды в сроке менее 32 недель (2% от всех родов) являются причиной наибольшего числа неонатальной заболеваемости и смертности.

Что способствовало снижению смертности и заболеваемости при ПР?

- Регионализация перинатальной помощи
- Антенатальное использование кортикостероидов
- Антибиотики при родах (*НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ РУТИННОЕ назначение АБ женщинам с ПР*).
- Организация отделений интенсивной терапии новорожденных с 1960г
- Совершенствование методов вентиляции легких
- Применения препаратов сурфактанта
- Улучшенный неонатальный уход

Интранатальная антибиотикопрофилактика предлагается всем женщинам с установленными факторами риска ранней инфекции, вызванной СГВ, а именно:

- СГВ инфекция у предыдущего ребенка;
- Бактериурия, вызванная СГВ, выявленная во время этой беременности;
- Преждевременные роды;
- Длительный безводный промежуток;
- Лихорадка во время родов.

Эффективность интранатальной антибиотикопрофилактики в предупреждении ранней инфекции, вызванной СГВ, составляет 80%.

Антибиотики широкого спектра действия не должны быть использованы из-за потенциального риска развития раннего неонатального сепсиса, вызванного грамотрицательными микроорганизмами.

Факторы риска преждевременных родов

- Возраст 16 лет и младше
- Низкий весо-ростовой показатель
- Курение
- Преждевременные роды в анамнезе (I ПР - 14,3%; II ПР - 28%)
- Многоплодная беременность
- Истмико-цервикальная недостаточность
- Патология матки
- Инфекция

Истмико-цервикальная недостаточность и швы на шейку матки

- Снижение частоты ПР у женщин с ПР в анамнезе
- Недостаточность данных в случаях укорочения ШМ
- Показана для женщинам из группы высокого риска (3 и более беременности, ПР).

Бактериальный вагиноз и ПР

- БВ увеличивает риск ПР
- Систематический обзор 15 РКИ показала, что скрининг и лечение БВ у всех беременных не снижает риск
 - ПР
 - ▣ ПРПО
- Эффективность лечения БВ до 20 недель беременности в снижении риска ПР

Ранняя диагностика ПР

- Стратегия с высокой прогностической ценностью для ПР:
 - Измерение длины ШМ при УЗИ
 - Определение уровня фетального фибронектина во влагалищных выделениях

Антибиотикопрофилактика при ПРПО

- Достоверно продлевает латентную фазу родов
- Снижает частоту неонатальной инфекции
- Снижает частоту инфекции у матери (хориоамнионит)
- Снижает необходимость в использовании сурфактанта и кислородотерапии
- Снижает процент патологии ЦНС у новорожденных выявленной при УЗИ
- АМОКСИКЛАВ достоверно повышает процент некротизирующего энтероколита по сравнению с эритромицином.
- Эритромицин – лучший выбор.

Применение АБ при ПРПО связано с отсрочкой родов и снижением основных маркеров неонатальной заболеваемости.

Эффективность токолиза при ПР

- Токолитики не снизили ПС, тяжелую заболеваемость недоношенных детей и частоту внутрижелудочковых кровоизлияний.
- Использование токолитиков для применения мер по профилактике РДС (использование кортикостероидов) и транспортировки.

Выбор токолитика?

- **Бета-миметики:**

- Не влияют на ПС и заболеваемость РДС и недоношенность детей (17 РКИ, 2408 женщин, 2006г)

- **Сульфат магния:**

- увеличивает антенатальную и младенческую смертность: 5% (18/340) при лечении и 2% (6/387) – плацебо (7РКИ, 727 детей, 2006г).
- Ничем не отличается от плацебо (3РКИ, 100 женщин, 1993г).

Нифедипин в сравнении с другими токолитиками

- Систематический обзор (12 РКИ, 1029 женщин)
- Эффективен для продления беременности более чем на 24 часа
- Снижает частоту некротизирующего энтероколита
- Снижает частоту случаев РДС
- Снижает частоту внутрижелудочковых кровоизлияний
- Значительно меньше побочных эффектов, чем от Бета-миметиков
- Не увеличивает ПС.

10 мг сублингвально каждые 15 минут в течение 1 часа до прекращения схваток, затем 60 -160 мг/сутки медленно высвобождающегося нифедипина в зависимости от маточной активности.

Кокрановский обзор:

Блокаторы кальциевых каналов (главным образом НИФЕДИПИН) приводят к лучшим неонатальным исходам и меньшему числу побочных эффектов у матерей чем бета-миметики.

Не рекомендуется!

Нет доказанной эффективности!

- Эпизиотомия при преждевременных родах
- Кесарево сечение при очень малой массе плода (6 РКИ, 122 женщины).

Эффективность мероприятий при ПР

Эффективно:

- использование кортикостероидов в случае угрожающих ПР.

Скорее всего эффективно:

- использование антибиотиков при ПРПО
- профилактический шов на ШМ у женщин с риском ИЦН.

Имеют как положительный, так и отрицательный эффект:

- использование токолитиков в случае угрозы ПР.

Возможно не эффективны:

- усиленный антенатальный уход.

Скорее всего не эффективны или вредны:

- использование антибиотиков для лечения ПР при целом плодном пузыре.

Антенатальное применения кортикостероидов

- Одно из значительных открытий в современном акушерстве: назначение кортикостероидов для снижения риска развития РДС и смерти недоношенных новорожденных.
- РДС – наиболее распространенное острое неонатальное заболевание при недоношенности.
- Именно поэтому повышение неонатальной выживаемости существенно зависит от эффективной профилактики РДС.

ПР – одна из причин неонатальной смертности:

- Смертность новорожденных, рожденных в срок гестации менее 32 недель, составляет от 5⁰% до 9⁰%
- Среди новорожденных, рожденных в срок гестации менее 28 недель, она возрастает до 25⁰% - 44⁰%.

Аntenатальное применение кортикостероидов

- Антенатальное введение 24 мг бетаметазона или 24 мг дексаметазона женщинам, у которых предполагаются ПР, сопровождалось значительным снижением:
 - Неонатальной смертности
 - РДС
 - Внутрижелудочковых кровоизлияний
 - Некротизирующего энтероколита
 - Системных инфекций в первые 48 часов жизни.

Использование кортикостероидов и отдаленные неблагоприятные последствия

- Профилактическое применение кортикостероидов при ПР не сопровождалось каким-либо неблагоприятными последствиями ни для матери, ни для ребенка
- В 3-х крупных исследованиях, в которых проводилось наблюдение за детьми после однократного курса дородового лечения кортикостероидами, включая детей до 12 лет, отрицательных воздействий на нервно-психическое развитие обнаружено не было.

Антенатальное лечение кортикостероидами не повышает риск смерти, хориоамнионита или послеродового сепсиса у матери.

Показания для профилактики РДС плода

- Все беременные с угрозой ПР в сроке от 24 до 34 недель
- Решение в отношении антенатального лечения ГКС не должно зависеть от расы и пола плода или от доступности лечения сурфактантом
- Одновременное лечение с токолитиками при необходимости.
- Рекомендовано при осложненных беременностях, когда роды могут произойти до 34 недель, если нет риска неизбежных родов или признаков того, что такое лечение может неблагоприятно сказаться на состоянии матери.
- Женщины с определенным состоянием риска (повышенное АД, СД), многоплодная беременность, ЗРП и отек.

Рутинное применение ГКС после 34 недель беременности не является научно обоснованным.

Однако, у некоторых детей, родившихся через 35-36 недель беременности, может развиваться тяжелый РДС.

Если клиническое состояние или результаты анализа АЖ указывают на выраженную незрелость легких при таких беременностях, назначение курса ГКС можно считать обоснованным.

Использование ГКС при ПРПО

Мета-анализ 15 контролируемых исследований (2001г), включающих более 1400 женщин с ПРПО, подтвердил, что дородовое применение стероидов *снижает риск:*

- РДС
- ВЖК
- Некротизирующего энтероколита
- Не повышает риск инфекции ни у матери, ни у ребенка (2001г).

Многokратные курсы дородового лечения ГКС:

- увеличивают риск клинического хориоамнионита
- не снижают случаев РДС.

Схема лечения ГКС:

- Лечение состоит из:
 - 2 доз по 12 мг бетаметазона (ВТМ) внутримышечно через каждые 24 часа или
 - 4 доз по 6 мг дексаметазона (ДХМ) внутримышечно через каждые 12 часов.
- Согласно результатам мета-анализа Growly, гидрокортизон значительно менее эффективен, чем бетаметазон или дексаметазон, и поэтому в настоящее время его применение не рекомендуется.
- *Указанные схемы несут плоду концентрации препарата, соизмеримые с уровнем физиологического стресса, вызываемого кортизолом, который появляется после рождения у недоношенного новорожденного с РДС, которые не прошли лечение.*

Бетаметазон (ВТМ) в

сравнении с дексаметазоном

(DХМ)

- Мета-анализ дородового использования ВТМ и DХМ показал снижение перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ) в сравнении с отсутствием применения стероидов, но степени риска при применении ВТМ и DХМ не отличались.
- Статически значимое снижение риска неонатальной смертности отмечено только при применении ВТМ.
- При применении DХМ по сравнению с ВТМ был выявлен больший риск:
 - ВЖК
 - тяжелой ретинопатии недоношенных детей.

Для новорожденных наиболее подходящим было бы получение бетаметазона при его применении, чем дексаметазона.

Рекомендуемым препаратом является медленно всасывающаяся смесь ацетатной и фосфатной соли бетаметазона.

Пероральный прием дексаметазона в сравнении с внутримышечным введением

- Рандомизированное исследование перорального применения дексаметазона в сравнении с внутримышечным сопровождалось увеличением частоты
 - ВЖК (10,1% по сравнению с 2,4%)
 - сепсиса (10,1% по сравнению с 1,2%)
- Статистической разницы в частоте некротизирующего энтероколита или неонатальной смертности не было.

Назначение препарата перорально увеличивает неонатальную заболеваемость, не демонстрируя явной пользы, и пока не должно использоваться в клинических заведениях с целью ускорения созревания легких.

Сравнение одного или нескольких курсов кортикостероидов

- Обычной практикой в 90х годах было назначение повторных доз ГКС каждые 7-10 дней до 34 недель беременности
- Результаты РКИ не подтвердили безопасность повторной дородовой терапии ГКС
- Результаты ретроспективных наблюдательных исследований указывают на возможные эффекты для матери и новорожденного.

Возможный вред повторных доз ГКС

Для матери:

- Изменение гликемического контроля
- Задержка жидкости (в сочетании с токолитиками)
- Отек легких
- Транзиторное усиление резорбции костей/остеопороза
- Усугубление гипертонии
- Повышение риска сепсиса и других инфекций

Для плода и новорожденного:

- Повышение риска смертности (более 3 курсов)
- Нарушение развития ГМ/увеличение риска поведенческих проблем
- ЗВУР
- Угнетение гипофизарно-надпочечниковой системы у плода
- Транзиторная гипертрофическая кардиомиопатия
- Повышение риска сепсиса и связанной с ним неонатальной смертности

Повторные курсы кортикостероидов

- Могут снизить частоту и тяжесть РДС

НО!!!

- Не снижает смертность
- Связаны с весом при рождении ниже 10 перцентили
- Повышают риск отставания в психомоторном развитии и усиливают поведенческие проблемы.

Постнатальное применение кортикостероидов

- На каждые 11 случаев хронического заболевания легких или летального исхода среди недоношенных детей, которым проводилась ИВЛ, мы будем иметь:
 - на 18 случаев больше церебрального паралича
 - на 4,4 случая больше перфорации кишечника.

Трудности ухода за детьми с малой массой при рождении

Маловесный ребенок («маленький ребенок»):

- Значительно большой риск заболевания или смерти, чем у ребенка с весом более 2500г
- Требуется большего ухода и наблюдения, чем ребенок с весом более 2500 г.
- Будет больше находиться в роддоме, чем ребенок с весом более 2500 г, и ему чаще может потребоваться перевод в другой стационар.

Уход за «маловесным ребенком» после рождения

- Соблюдение универсальных мер предосторожности
 - Готовность к реанимации
 - Задержка пережатия пуповины у глубоко недоношенных детей
-
- ✓ У недоношенных детей пережатие пуповины следует задержать минимум на 30-45 секунд (за это время должно прекратиться фетоплацентарное кровообращение), что позволит провести лишь частичное переливание и может привести к снижению выраженности РДС.
 - ✓ Кроме этого, это может свести к минимуму потребность в поддержке АД, улучшить запасы железа, сохранить гематокрит на более высоком уровне и уменьшить потребности в последующих переливаниях крови.

Профилактика гипотермии

- Температура в родильном зале/операционной не ниже 25°С
- Тщательное обтирание теплыми пеленками, удаление влажных пеленок
- Сразу же положить ребенка на грудь матери
- Проверить дыхание и сердцебиение ребенка, пока он находится на материнской груди
- Надеть на ребенка шапочку и носки (голова составляет 25% поверхности тела)
- Накрыть ребенка и мать теплым одеялом
- Контролировать температуру ребенка каждые 15 минут, дотрагиваясь до его стоп и, если они холодные на ощупь, измерить температуру тела ребенка. Измерить температуру тела на 30 минуте и через 2 часа после рождения.
- Обеспечить раннее кормление грудью (начало кормления в пределах 1-2 часов после родов (когда ребенок готов, это обычно происходит в первый час жизни).

Уход за «маловесным ребенком» после рождения

Оценивать дыхание и цвет кожных покровов каждые 15 минут в течение первого часа после родов, затем каждые 30 минут

- Слушать, нет ли стонов на выдохе
- Считать частоту дыхания, пересчитать, если менее 30 или более 60 в минуту
- Наблюдать за тяжелым втяжением податливых участков грудной клетки
- Наблюдать за раздуванием крыльев носа.

Профилактика гипогликемии (гипогликемия является частым состоянием у 15% недоношенных детей и у 70% МГВП, она развивается из-за ограниченности запаса гликогена, которая часто возникает у ребенка перед рождением).

- Начать кормление грудью/искусственной смесью в течение 1-2 часов после рождения
- Начать внутривенное введение глюкозы, если кормление невозможно

Выводы:

- Токолитики следует использовать в тех случаях, когда выигрыш во времени позволит применить эффективные мероприятия (такие, как назначение ГКС или транспортировка)
- Рутинное назначение антибиотиков при ПРПО и ПР достоверно удлиняет латентную фазу родов, снижает частоту неонатального сепсиса, потребность ребенка в кислородотерапии, частоту патологии ЦНС у новорожденных.

Выводы:

- Всем беременным женщинам с угрозой ПР в сроке от 24 до 34 недель необходимо провести профилактику ГКС:
 - 2 доз по 12 мг бетаметазона (ВТМ) внутримышечно через каждые 24 часа или
 - 4 доз по 6 мг дексаметазона (ДХМ) внутримышечно через каждые 12 часов.
- Место для приема ПР должно быть подготовлено и оборудовано для оказания экстренной помощи, а температура должна быть 28°С.



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!