

ПРОБЛЕМА НЕДОНАШИВАНИЯ И ПЕРЕНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ



НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- – произвольное (спонтанное) преждевременное прерывание беременности
- до 12 недель – ранний произвольный аборт
- в 13-27 недель – поздний произвольный аборт
- в 28-36 недель – преждевременные роды.

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- Частота невынашивания составляет в среднем от 10-12 % до 20-35% от общего количества беременностей
- в осенний и весенний периоды этот показатель увеличивается.

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- Невынашивание – полиэтиологичная патология.
- Любой патологический процесс в матке может быть фактором преждевременного прерывания беременности.



Повторное невынашивание

- 1 Патология состояния организма матери
- 2 Патология беременности
- 3 Экстрагенитальные заболевания матери
- 4 Патология состояния организма отца, в том числе факторы, которые способствуют возникновению патологических изменений эякулята
- 5. Факторы среды и социальные
- 6. Факторы неясной этиологии

Патология состояния организма матери

- Генетические факторы и хромосомные аномалии
- Нейро-эндокринные факторы
- Инфекционные факторы
- Иммунологические факторы
- Генитальные факторы

Патология состояния организма матери

- **Генетические факторы и хромосомные аномалии**
- до 6 недель беременности частота хромосомных нарушений составляет 70%
- в 6 - 10 недель - 45%
- до 20 недель - 20%.

Патология состояния организма матери

- **Генетические факторы и хромосомные аномалии**
- При цитологическом исследовании выявляют разные варианты хромосомной аберрации (трисомия, моносомия, транслокация и др.).
- Большинство хромосомных нарушений наследственно не обусловлено и возникают в процессе гаметогенеза родителей или на ранних стадиях деления зиготы.

Патология состояния организма матери

- **Нейро-эндокринные факторы**
- Нарушение в системе гипоталамус-гипофиз-яичники, гипофункция яичников:
- гипофункция гипофиза;
- СПКЯ;
- гиперпролактинемия;
- гиперандрогения (яичникового, надпочечного, смешанного генезиса);
- гипофункция яичников.

Патология состояния организма матери

- **Инфекционные факторы**
- Бактериальные
- Вирусные
- Паразитарные
- вызванные условно-патогенными микроорганизмами

Патология состояния организма матери

- **Инфекционные факторы**

- Одной из частых причин невынашивания беременности являются инфекционные латентно протекающие заболевания, такие, как
 - хронический тонзиллит
 - микоплазменная инфекция
 - хронические воспалительные заболевания женских половых органов
 - хламидиоз.

Патология состояния организма матери

- **Иммунологические факторы**
- *Аутоиммунные процессы:*
- *антифосфолипидный синдром (АФЛ);*
- *системная красная волчанка, и другие аутоиммунные заболевания;*

Патология состояния организма матери

- **Иммунологические факторы**
- *Аллоиммунные процессы:*
- *изоантигенная несовместимость крови матери и плода за резус-фактором и системой АВО;*
- *сенсibilизация за фетальными антигенами.*
- *Иммунодефицитные процессы*

Патология состояния организма матери

- **Генитальные факторы**
- недостатки развития половых органов
- истмико-цервикальная недостаточность (органическая, функциональная)
- дефекты матки: гипоплазия, аденомиоз, хр.эндометрит, оперативные вмешательства и др.
- опухоли матки, яичников

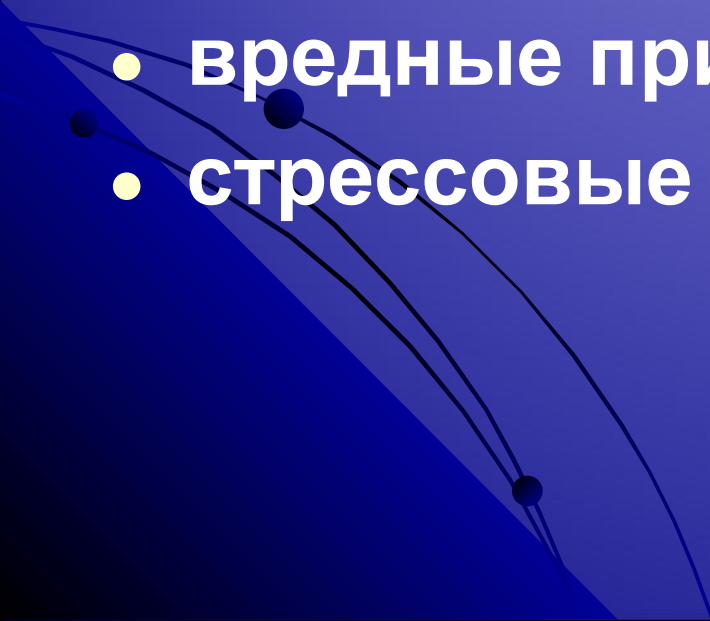
Патология беременности

- преэклампсия
- неправильное положение плода
- многоплодие
- аномалии прикрепления и развития плаценты, преждевременное отслоение плаценты
- другие нарушения: многоводие, маловодие

экстрагенитальные заболевания матери

- сердечно-сосудистая патология
- заболевания почек
- сахарный диабет
- заболевания органов брюшной полости
- хирургические вмешательства при заболеваниях других органов и систем

факторы среды и социальные


- Экологические
 - возраст матери
 - условия жизни
 - производственные вредности
 - вредные привычки
 - стрессовые ситуации
- 

Самопроизвольный аборт

Классификация за клиническими типами:

- Угрожающий аборт.
- Начавшийся аборт.
- Аборт “в ходу” (неминуемый).
- Неполный аборт.
- Полный аборт.

**ДИАГНОСТИКА
САМОПРОИЗВОЛЬНОГО
ПРЕРЫВАНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ.
УГРОЖАЮЩИЙ АБОРТ**



- Боли внизу живота, нижнем отделе спины.
- Ощущение тяжести, давления на мочевой пузырь, прямую кишку, влагалище, дискомфорт в надлобковом участке.
- Наличие кровянистых выделений, но они могут и отсутствовать.
- Выделения минимальные , темные или бурые, иногда яркие в дни, соответствующие ожидаемым месячным, которые являются критическими.

УГРОЖАЮЩИЙ АБОРТ

- 1. Возбудимость матки, повышение ее тонуса.
- 2. Снижение базальной (прямокишечной) температуры в 1 триместре до 37°C и ниже.
- 3. Размягчение, укорачивание шейки матки, иногда шейка матки может быть сформирована.
- 4. Наружный зев закрыт, но может наблюдаться и его открытие.

УГРОЖАЮЩИЙ АБОРТ

- **Лабораторные данные**
- Изменения кольпоцитогаммы (эстрогенный тип мазка, увеличение кариопиктонического индекса до 50 % и выше).
- Уменьшение содержания хорионического гонадотропина в крови в 1 триместре.
- Уменьшение содержания прогестерона в крови и соотношения содержания эстрогенов и прогестерона в плазме крови (при физиологическом течении беременности он равняется 1:5).
- Наличие изменений в концентрациях плацентного лактогена, эстриола, эстрадиола, б-фетопротеина.
- Повышение дегидроэпиандростендиола, кортизола, тестостерона, 17-гидропрогестерона, 17-кетостероидов, андростерона в крови – при гиперандрогении.

УГРОЖАЮЩИЙ АБОРТ

- **Лабораторные данные**
- Снижение свободных Т4, Т3 при повышении ТТГ – при гипотиреозе.
- Т4, Т3 повышены, снижение ТТГ, повышение тиреостимулированных антител (гипертиреоз).
- рН-метрия выделений $> 4,4$ → бактериоскопическое, бактериологическое исследование, соскоб цервикального канала → выявление антигенов к инфекции TORCH методом ПЦР и соотношение антител за методом ИФА.

Эхографические проявления угрозы аборта предшествуют клиническим.

- 1. Наличие локального утолщения миометрия в виде валика, выпячивающегося в полость матки.
- 2. Деформация контуров плодового яйца, его сдавление за счет гипертонуса матки.
- 3. Низкое размещение плодового яйца (эмбриона, плода) в полости матки.

эхографические проявления угрозы аборта предшествуют клиническим.

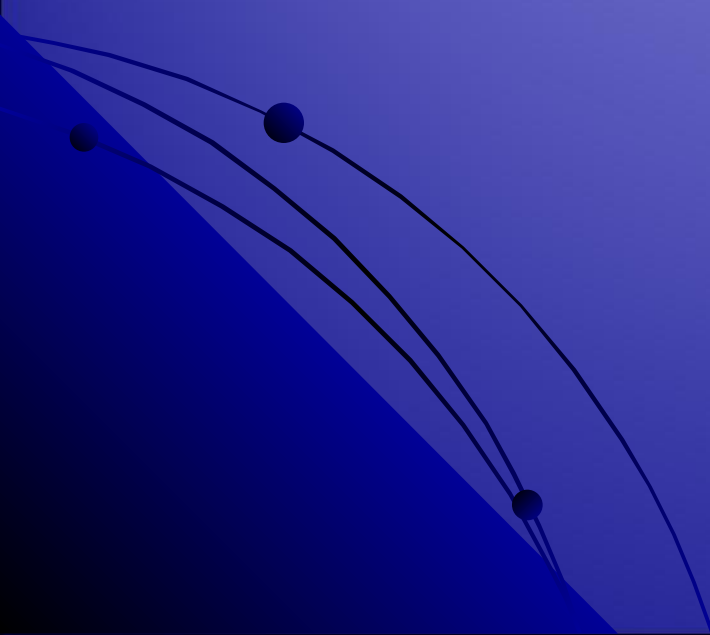
- 4. Отсутствие желтого тела беременности в яичниках.
- 5. Наличие участков отслоения хориона или плаценты .
- 6. Признаки ИЦН:
 - а) укорачивание шейки матки до 3 см и меньше;
 - б) увеличение диаметра внутреннего зева шейки матки более 1 см

НАЧАВШИЙСЯ АБОРТ

- Как правило, более сильные боли внизу живота, боли в пояснице.
- Частое мочеотделение.
- Кровянистые выделения.
- Повышение тонуса матки, ее болезненность, но размеры матки отвечают сроку беременности.
- Снижение базальной (прямокишечной) температуры
- Последующие структурные изменения шейки матки.

НАЧАВШИЙСЯ АБОРТ

- Лабораторные данные
- Возможное уменьшение содержания как прогестерона, так и эстрогенов в крови (особенно во 2 и 3 триместрах).



АБОРТ „В ХОДУ”

- Сильные схваткообразные боли внизу живота.
- Кровянистые выделения.
- Подтекание околоплодных вод.
- Раскрытие шейки матки.
- Плодовое яйцо частично в цервикальном канале и во влагалище.
- Плодовое яйцо расположено низко, частично в цервикальном канале.

НЕПОЛНЫЙ АБОРТ

- Боли внизу живота незначительной интенсивности.
- Кровянистые выделения из влагалища разной степени выраженности.
- Величина матки не отвечает сроку беременности (меньше).
- Консистенция матки неплотная.
- Цервикальный канал открыт.
- Полость матки расширена, плодное яйцо не визуализируется.

ПОЛНЫЙ АБОРТ

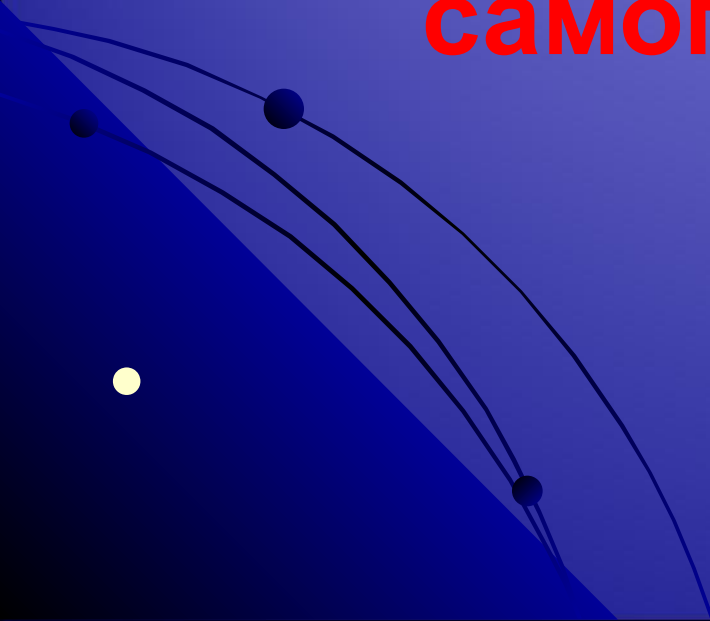
- Боли внизу живота.
- Кровянистые выделения из влагалища прекращаются.

УЗД:

- Размеры матки не отвечают сроку беременности (меньше).
- Цервикальный канал закрыт, иногда не полностью.
- Полость матки свободна, щелевидная.

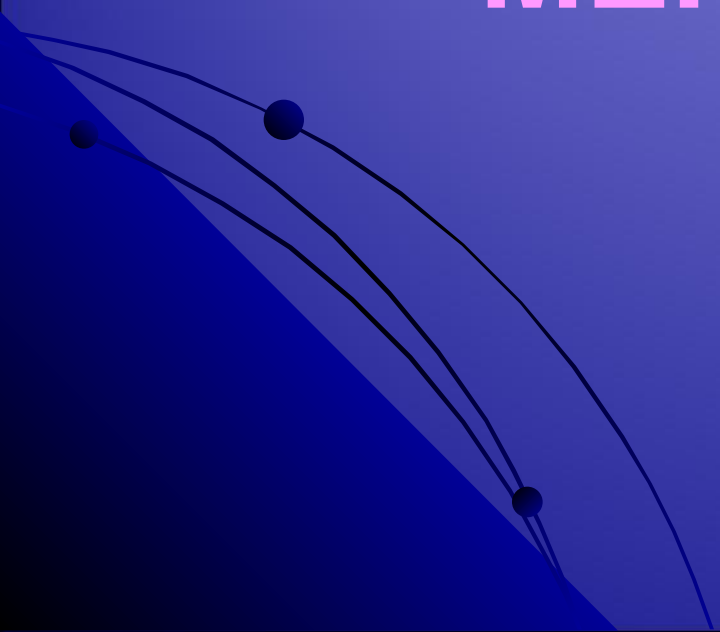
при угрожающем и
начавшемся абортах проводится
консервативная терапия,
направленная на сохранение
беременности;
в других случаях –
инструментальное удаление
плодного яйца или его остатков.

**Лечение невынашивания во
время беременности.
Акушерская тактика при
самопроизвольных
абортах:**



- При появлении признаков угрозы прерывания беременности женщина госпитализируется в стационар.
- Амбулаторное лечение угрозы выкидыша не проводится.
- Пациентка придерживается постельного режима.

КОМПЛЕКС ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ



Госпитализация при явлениях угрозы аборта, а также женщин группы риска в критические периоды беременности (8-12, 16-22, 26-28, 28-32 недель) и перед сроками, в которые произошло прерывание предыдущих беременностей.

Нормализация нервно-психического статуса беременной: седативные средства: настой валерианы, собачьей крапивы, пиона по 20 кап 2 раза в день, препараты типа «Пассит», «Персен».

- Во 2 триместре, при необходимости - тазепам, седуксен по 1 табл. 1-2 раза в день.

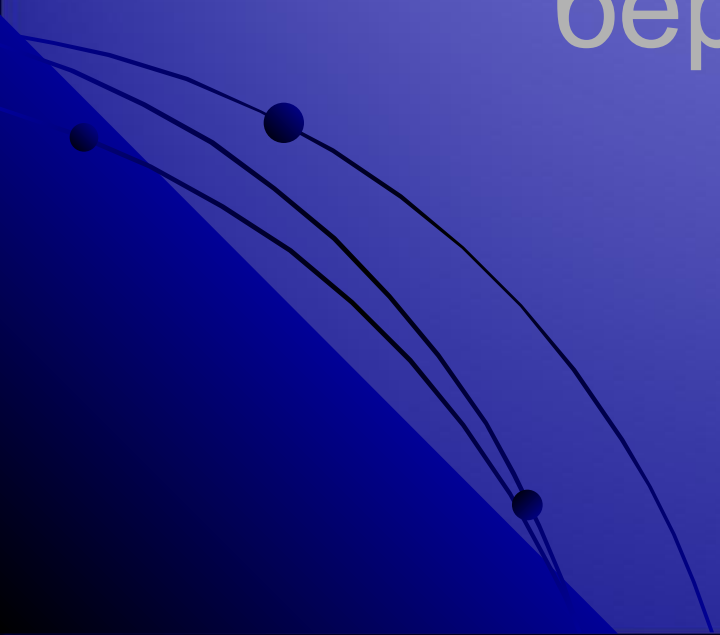
Устранение или ослабление
причин невынашивания
беременности.
Обеспечение
жизнедеятельности эмбриона
(плода).

**Актуальная психотерапия,
особенно у пациенток с
усложненным
акушерским анамнезом, у
которых формируется
«синдром нереализованного
материнства», который
характеризуется
невротичными
расстройствами, наличием
депрессии.**

**Спазмолитическая терапия для
устранения гипертонуса матки:**
но-шпа по 2,0 мл в/м 2-3 раза в день
или по 1-2 таблетки трижды на день;
папаверина гидрохлорид по 2,0 мл
в/м или в виде прямокишечных
свечей (по 0,02 г) 2-3 раза в день;
"вибуркол" в свечах 2-3 раза в день
спазмалгон (за схемой но-шпы).

После 16 недель
беременности, особенно при
выраженном болевом
синдроме, с этой же целью
применяются препараты типа
баралгин (5,0 мл)
триган (2,0 мл)
максиган (2,0 мл)
миналган (2,0 мл) как в/м, так и
внутри 2-3 раза в сутки.

Токолитическая терапия (после 16 недель беременности):



сернокислый магний в/в
капельно (40,0 мл 25 %
раствора на 400,0 мл 5 %
раствора глюкозы либо
изотонического раствора
натрия хлорида в/в, либо в/м
— по 10,0 мл 25 % раствора
1-2 раза в день);

Магне В6 по 1 табл 4-6 раз в сутки (200-300 мг магния на сутки), или 2-3 ампулы на сутки – в зависимости от степени угрозы выкидыша и тонуса матки; бета-адреномиметики (партусистен, гинипрал, алупент, ритодрин и их аналоги).

Партусистен в дозе 0,5 мг (10,0 мл) и гинипрал в дозе 10 мкг (2 мл) или 25мкг (5 мл) применяются в виде в/в инфузий на 500,0 мл инфузионного раствора (5 % глюкозы, изотонического р-на натрия хлорида) со скоростью 5-10 капель за минуту.

За 1-2 часа до окончания инфузии назначают прием этих препаратов в таблетированной форме: партусистен по 0,5 мг, гинипрал по 500 мкг.

Принимать сначала по 1 табл. каждые 3 часа, потом каждые 4-6 часов (от 4 до 8 таблеток на сутки) и запивать небольшим количеством жидкости.

Для устранения косвенного действия бета-адреномиметиков одновременно с ними необходимо принимать препараты – антагонисты

кальция:

изоптин (верапамил) по 2,0 мл (5 мг) – в/в 2-3 раза в сутки, или по 1 табл. (40 мг) внутрь – 3 раза; фенигидин по 1 табл. (10 мг) - внутрь аналогично.

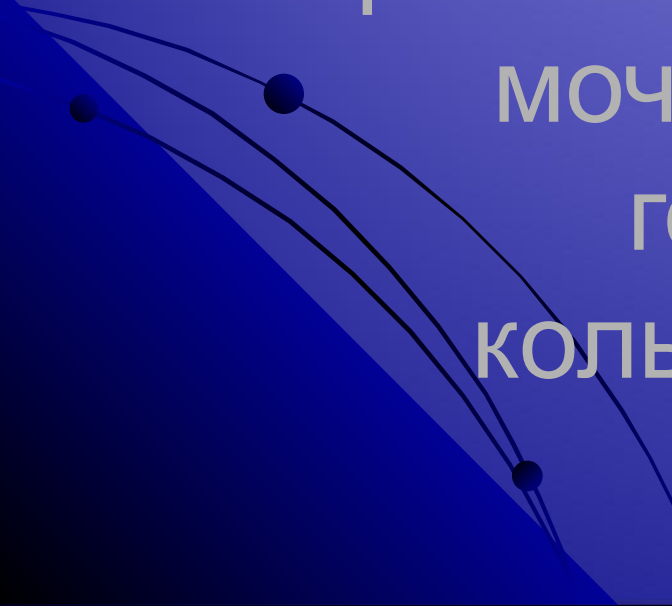
для острого токолиза

предназначается коринфар (нифедипин) по 10 мг через 20 минут к исчезновению симптомов угрозы преждевременных родов.

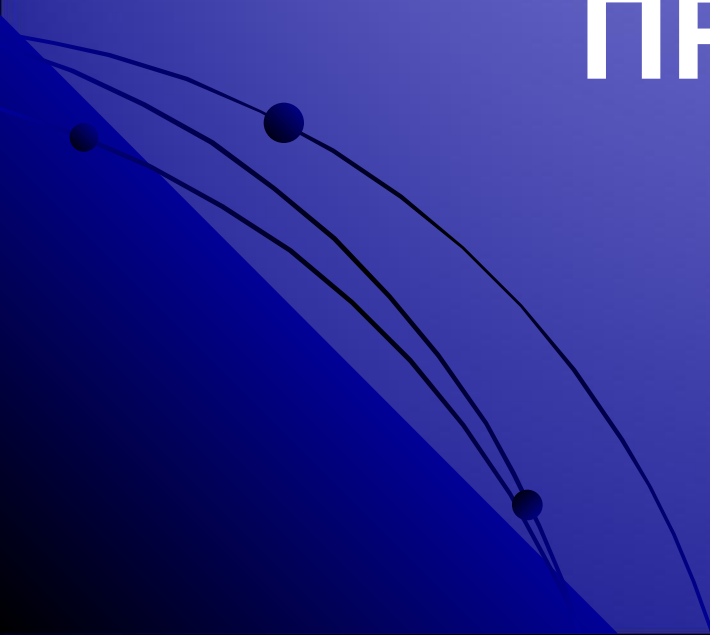
Суммарная суточная доза в первый день лечения не превышает 100 мг. Лечение проводится под контролем артериального давления.

Поддерживающая токолитическая терапия по 10 мг каждые 3-4 часа в зависимости от клинических проявлений.

Терапия, направленная на нормализацию гормональных взаимоотношений в системе мать-плацента-плод
(под контролем содержания гормонов в сыворотке крови, мочи беременной и гормональной кольпоцитограммы).



ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ. ПРИНЦИПЫ.



обоснованность применения
гормональных препаратов;
индивидуальный подбор дозы;
отдается предпочтение
назначению гормональных
средств после 8 недель
беременности.

Исключение для беременных с вылеченным бесплодием после применения вспомогательных репродуктивных технологий.

Гормональная коррекция у этих пациенток проводится сразу после перенесения эмбриона. Из эстрогенов применяют фолликулин по 2-5 тыс. МО в/м ежедневно, только за строгими показаниями.

Применение эстрогенов для
гормонального гемостаза на
ранних сроках беременности без
предыдущего
гемостазиологического
обследования сомнительное,
поскольку они имеют
активирующее влияние на
свойства агрегации тромбоцитов.

Гестагенные препараты:

прогестерон по 10-25 мг на сутки;
утрожестан по 100 мг внутрь или
влагалищный 2 раза в день (до 27
недель);

дуфастон – 40 мг внутрь
одномоментно, потом по 1 табл. (10
мг) 2-3 раза в сутки.

Доза гормональных препаратов
увеличивается при увеличении срока
беременности.

Указанная гормональная терапия проводится до 12-16 недель беременности (до становления функции плаценты), после чего потребность во введении гормонов отпадает.

Исключением являются гестагенные препараты: дуфастон и утрожестан могут применяться и в более поздние сроки под контролем гормонов в сыворотке крови.

Отменяются постепенно, резкая отмена может спровоцировать прерывание беременности.

*При гиперандрогении
надпочечного генезиса лечения
кортикостероидами:
преднизолон – по 1,25-5 мг,
дексаметазон по 0,125-0,5 мг /
сутки внутрь.*

Цель назначения кортикостероидов
– подавление секреции АКТГ, что
способствует снижению синтеза
андрогенов в надпочечных железах
матери.

Такая терапия проводится до 32 недель беременности, потом отменяется, чтобы не подавлять функцию надпочечников плода.

Критические сроки гестации при этой патологии - 13, 24, 28 недель, когда проявляется гормональная активность плода.

При гиперандрогении яичникового генезиса кортикостероиды назначаются до 20-24 недель.

Витаминотерапия:

- витамин Е по 200 мг на день внутрь в виде капсул, таблеток или масляного раствора;
- может назначаться изолированно или в составе других препаратов, поливитаминов (прегнавит, пренатал, гендевит, materna).

Витаминотерапия:

- Назначение фолиевой кислоты в дозе 0,4 мг на сутки до 12 недель положительно влияет на формирование нервной трубки в условиях угрозы прерывания беременности.
- Женщинам, у которых в анамнезе был диагностирован такой недостаток развития плода как дефект нервной трубки, фолиевая кислота назначается в дозе 4 мг/сутки.

Ингибиторы простагландинов назначаются:

- с целью подавления избыточной продукции простагландинов, которые вызывают сокращение матки (препараты типа индометацин, диклофенак в виде прямокишечных свечей по 50 мг дважды на сутки) после 16 недель беременности и не позже 34 недель.
- Курс лечения – 7 дней.

при наличии антифосфолипидного синдрома

- реополиглюкин 400,0 в/в №2 та
- курантил 2,0 мл на 5% глюкозе 500,0 мл в/в №2, эти препараты- по очереди+
- трентал 5,0 мл на 5% глюкозе 500,0 мл;
- антикоагулянтная терапия:
- фраксипарин 0,3 мл 1 раз в день под кожу под контролем гемостазиограммы;
- лечение ФПН.

при наличии антифосфолипидного синдрома

- С целью снижения продукции эндогенных простагландинов и для предотвращения гормонального влияния на плод, назначается дексаметазон по 1/4 - 1 пил. на ночь курсами в течение 2-3 недель с перерывами
- аспирин в течение 1 месяца в дозе 0,05 г один раз на день (со второго триместра беременности)

при наличии антифосфолипидного синдрома

- плазмафорез 3-4 сеанса на курс (таких курсов может быть несколько)
- иммуноглобулин человека нормальный: 4,5 мл 1 раз в сутки в/м с перерывом в 3 дня или внутривенный иммуноглобулин по 25,0 мл на 150,0 физ. раствора в/в капельно 40-50 капель в минуту №3-5.

Использование

немедикаментозных методов:

- электроанальгезии (N 8-10)
- электрорелаксации (N 1-3)
- иглорефлексотерапия, а также
- физиотерапия – электрофорез магния синусоидным модулируемым током (N 5-8)
- баротерапия (N 3-5).

Хирургическое лечение истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) во II триместре беременности.

- Лечение заключается в наложении циркулярного шва на шейку матки на уровне ее внутреннего зева для сужения цервикального канала (операции Макдональда, Любимовой, Мамедалиевой).
- Используют нерассасывающийся шовный материал.

Для обеспечения успеха операции придерживаются таких условий:

После операции постельный режим в течение 1-2 суток. Шов снимается в 37-38 недель, при отхождении околоплодных вод или в начале преждевременных родов.

При выявлении плацентной недостаточности применяются:

- Для обеспечения жизнедеятельности и развития плодового яйца, плода средства, улучшающие маточно-плацентарное кровообращение, реокоагуляционные свойства крови (еуфиллин, теоникол, трентал, реополиглюкин, гепарин, низкомолекулярные гепарин, курантил), функцию плаценты, состояние плода (внутривенное вливание глюкозы с актовегином, инстеноном, есенциале, гипербарическая оксигенация, озонотерапия).

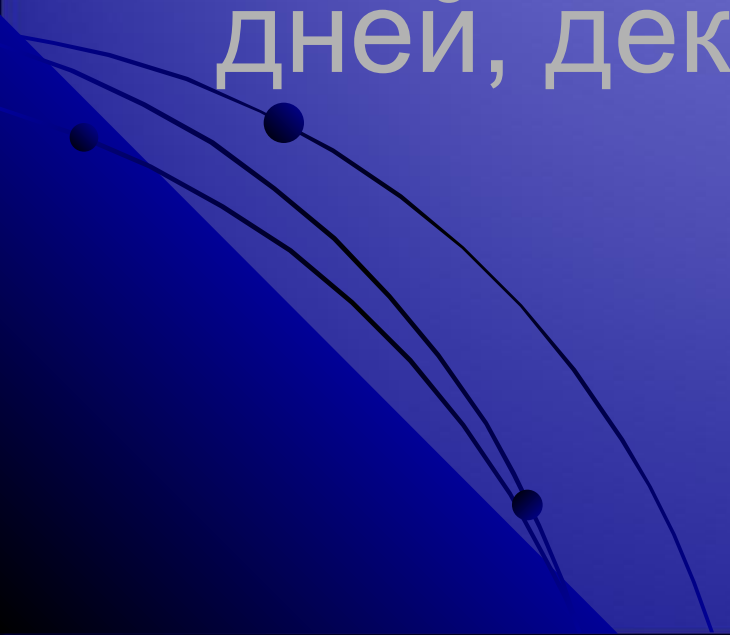
При выявлении плацентной недостаточности применяются:

- Дополнительно проводится метаболическая терапия, которая включает применение препаратов-синергистов, субстратов и кофакторов цикла Кребса (тиаминпирофосфат, рибофлавин мононуклеатид, цианокобаламин, фитин, оротат калия, витамин Е, фолиевая кислота, хофитол, метионин).

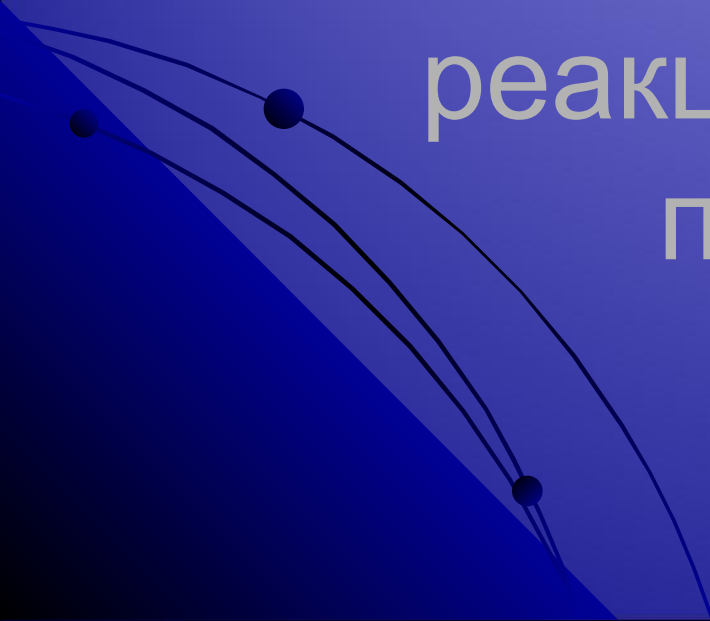
У женщин с угрозой
преждевременных родов
проводится профилактика
респираторного дистресс-
синдрома.

На курс лечения назначается 24 мг дексаметазона: по 4 мг 2 раза в день внутримышечно 3 дня; эта доза может быть введена однократно или в таблетках по 2 мг 4 раза в первый день, по 2 мг 3 раза во второй день, по 2 мг 2 раза в третий день.

Кроме дексаметазона, можно применять преднизолон в дозе 60 мг на сутки в течение 2 дней, дексазон в дозе 24 мг.



Для угнетения усиленного
иммунного ответа организма
матери на антигены ФПК с
целью предупреждения
реакции отторжения
применяют:



иммунал, афлубин, энгистол,
протефлазид, свечи "реафирон"
и "виферон";

анти-Rho(D) иммуноглобулин
(резус-негативным женщинам,
беременным резус-

положительным плодом в 28
недель при отсутствии антител);
сорбционную терапию.

энтеросорбенты: энтеросгель,
сорбогель, гемосорбент;
системную энзимотерапию, которая
при необходимости может
сочетаться с
гормонотерапией (рекомендованный
препарат – Вобензим);
плазмафорез для лечения
аутоимунных состояний и при
инфекционных заболеваниях по
показаниям.

Профилактика невынашивания беременности.

- Заключается в своевременном (вне беременности) выявлении, постановке на учет и обследовании женщин групп риска по невынашиванию беременности.
- По результатам обследования проводится лечение соответственно выявленным расстройствам у женщины и ее мужа (партнера) с последующим наблюдением и во время беременности.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

- Преждевременные роды – это роды со спонтанным началом, прогрессом родовой деятельности и рождением плода весом более 500 г в сроке беременности с 22 до 37 недель.



Принципы ведения преждевременных родов:

- Оценка степени прогнозируемого риска развития материнской и перинатальной патологии с целью определения уровня предоставления стационарной помощи.
- Определение плана ведения родов и информированное согласие его с женщиной.
- Контроль состояния матери и плода в родах с ведением партограммы.

Принципы ведения преждевременных родов:

- Профилактика респираторного дистресс-синдрома до 34 недель беременности.
- Обезболивание родов по показаниям.
- Оценка состояния ребенка, поддержка тепловой цепочки, проведение первичного туалета новорожденного, общее пребывание матери и ребенка с первых часов после рождения, более широкое использование метода “кенгуру” при выхаживании детей с малым весом.

Диагностика и подтверждение родов:

- у беременной после 22 недель появляются схваткообразные боли внизу живота и крестце с появлением слизисто-кровяных или водянистых (в случае отхождения околоплодных вод) выделений из влагалища;
- наличие 1 схватки в течение 10 минут, что продолжается 15-20 секунд;

Диагностика и подтверждение родов:

- изменение формы и расположения шейки матки – прогрессивное укорачивание шейки матки и ее приглаживания.
- Раскрытие шейки матки – увеличение диаметра просвета шейки матки, измеряется в сантиметрах;

Диагностика и подтверждение родов:

- постепенное опускание головки плода в малый таз относительно плоскости входа в малый таз (по данным наружного акушерского исследования) или относительно lin.interspinalis (при внутреннем акушерском исследовании).

Последовательность действий при ведении преждевременных родов

- *Во время госпитализации беременной (роженицы) в акушерский стационар в приемно-смотровом отделении* (врач акушер-гинеколог):
- - тщательным образом знакомится с обменной картой женщины относительно течения данной беременности и наблюдения ее в женской консультации.
- Обращается внимание на данные общего, инфекционного и акушерско-гинекологического анамнеза, клинико-лабораторные показатели амбулаторного обследования беременной

Последовательность действий при ведении преждевременных родов

- - для оценки состояния роженицы осуществляется обследование:
- общий осмотр, измерение температуры тела, пульса, артериального давления, дыхания, обследование внутренних органов;

Последовательность действий при ведении преждевременных родов

- - осуществляется измерение высоты стояния дна матки, окружности живота и размеров таза.
Определяется срок беременности и дата родов, ожидаемая масса плода;
- - спрашивают об ощущении движений плода самой роженицей и проводится аускультация сердцебиения плода;

Последовательность действий при ведении

преждевременных родов

- - проводится наружное и внутреннее акушерское исследование:
- определяется положение, позиция и вид позиции плода, характер родовой деятельности, раскрытие шейки матки и период родов, нахождение головки плода относительно плоскостей малого таза;
- Очистительная клизма и бритье лобка роженицы не проводится.

Последовательность действий при ведении преждевременных родов

- по данным анамнеза, обменной карты и результатами физикального и акушерского обследования роженицы записывают в историю родов факторы риска и степень прогнозируемого перинатального и акушерского риска по шкале A.Soorland, уделяя внимание, в первую очередь, интранатальным факторам риска, устанавливается срок беременности, акушерский диагноз, определяется тактика ведения беременной (роженицы);

Последовательность действий при ведении преждевременных родов

- до 34 недель беременности при открытии шейки матки менее чем 3 см, отсутствия амнионита, преэклампсии, кровотечения, отсутствия страдания плода проводится токолиз бета-миметиками, или лечение угрозы преждевременных родов (токолиз не проводить более чем 24-48 часов).

Последовательность действий при ведении преждевременных родов

- Через 2 часа после начала токолиза подтвердить диагноз преждевременных родов констатацией сглаживания, раскрытия шейки матки.
- Если преждевременные роды прогрессируют – токолиз отменяется.
- Дальше роды ведутся по партограмме.

Профилактика респираторного дистресс- синдрома плода проводится:

- - при угрозе преждевременных родов в/м введением дексаметазона по 6 мг каждые 12 часов на курс 24 мг, или бетаметазона по 12 мг каждые 24 часа, на курс 24 мг;
- - в случае начала преждевременных родов введение дексаметазона в/м по 6 мг каждые 6 часов (на курс 24 мг)
- бетаметазона по 12 мг через 12 часов (на курс 24 мг) (повторные курсы этой профилактики не проводятся).

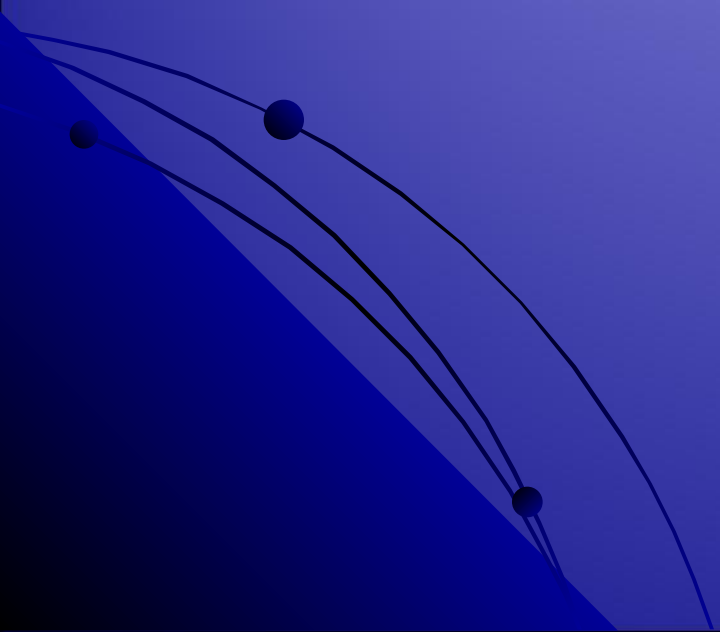
*Не использовать
кортикостероиды при
наличии инфекции.*

- Назначение интранатальной антибактериальной терапии проводить в случае наличия признаков инфекции.

Наблюдение и помощь роженице в родах

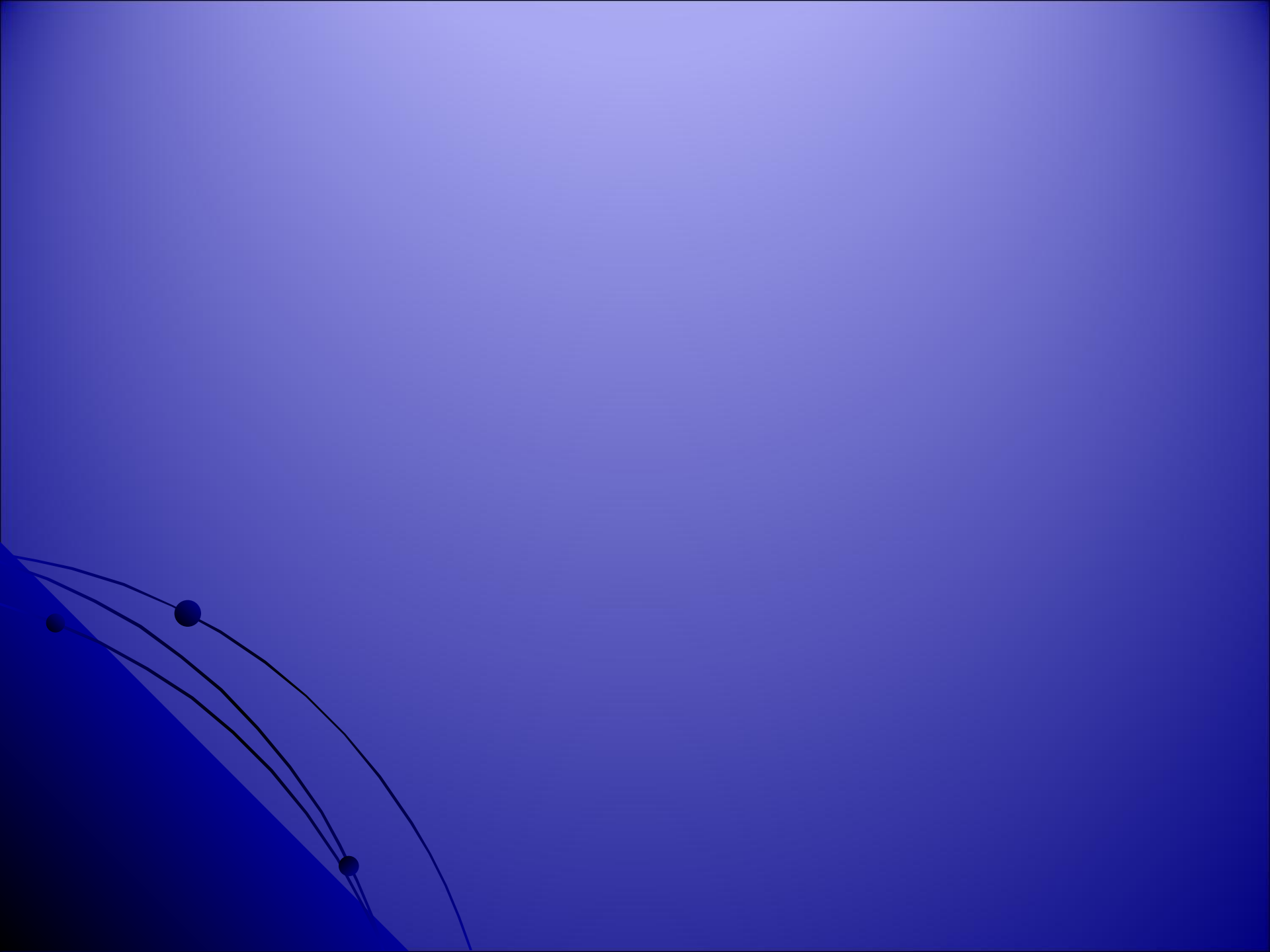
- С целью динамического и наглядного наблюдения за течением родов, состоянием матери и плода, а также с целью своевременной профилактики возможных осложнений в родах используется запись **партограммы.**

Наблюдение за состоянием роженицы в 1 периоде родов включает рутинные процедуры, которые заносятся акушером-гинекологом в партограмму:

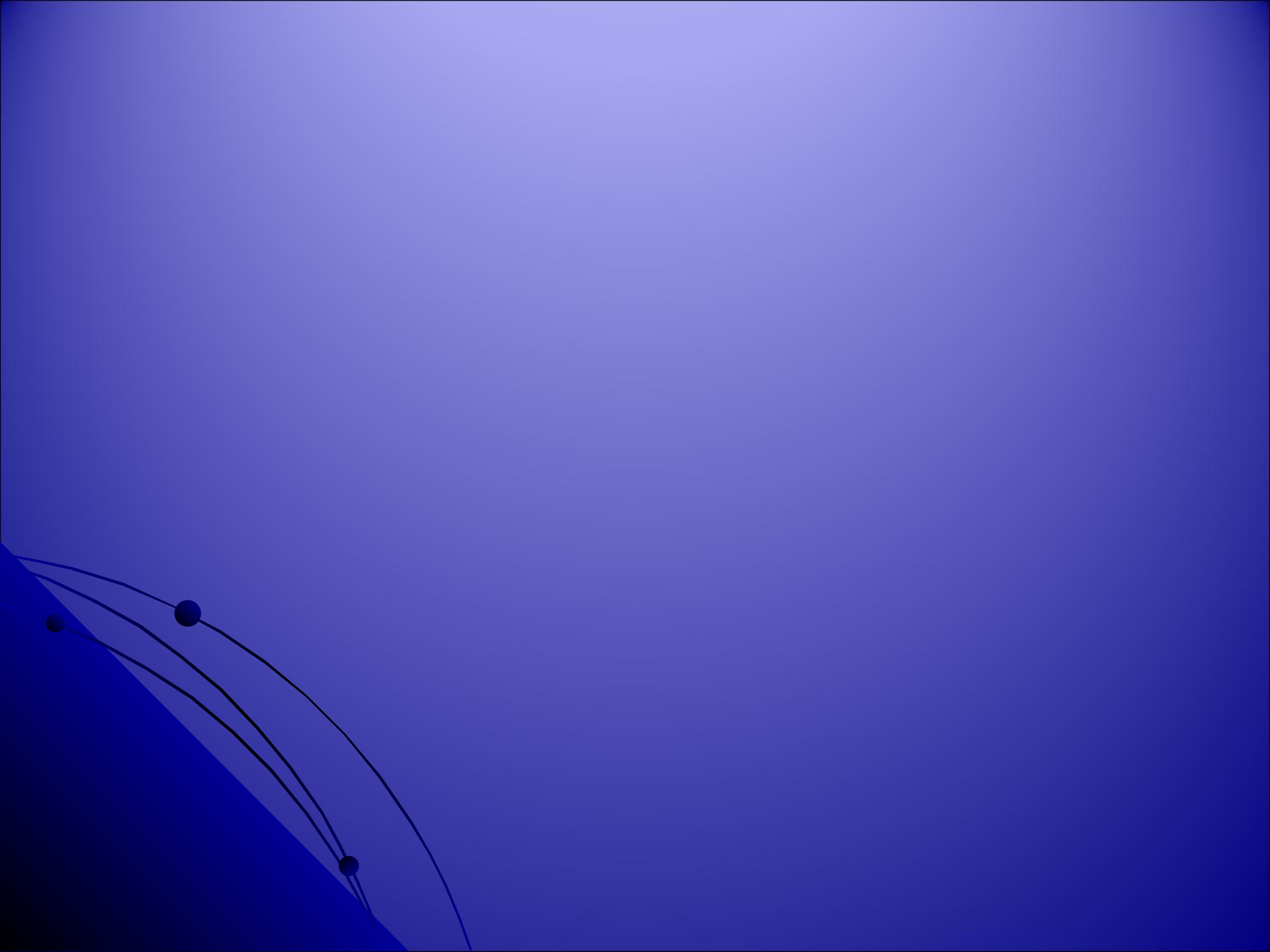




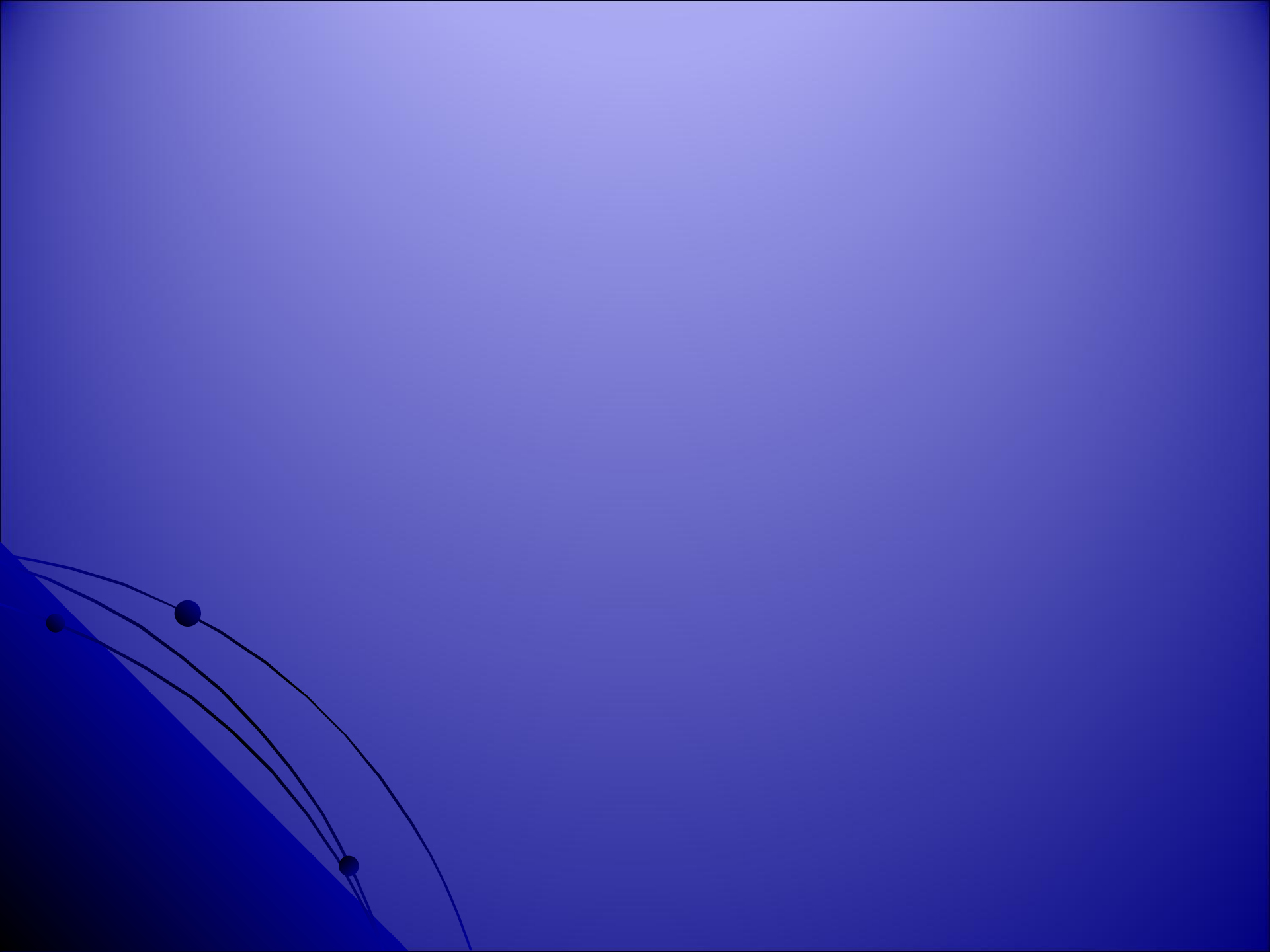








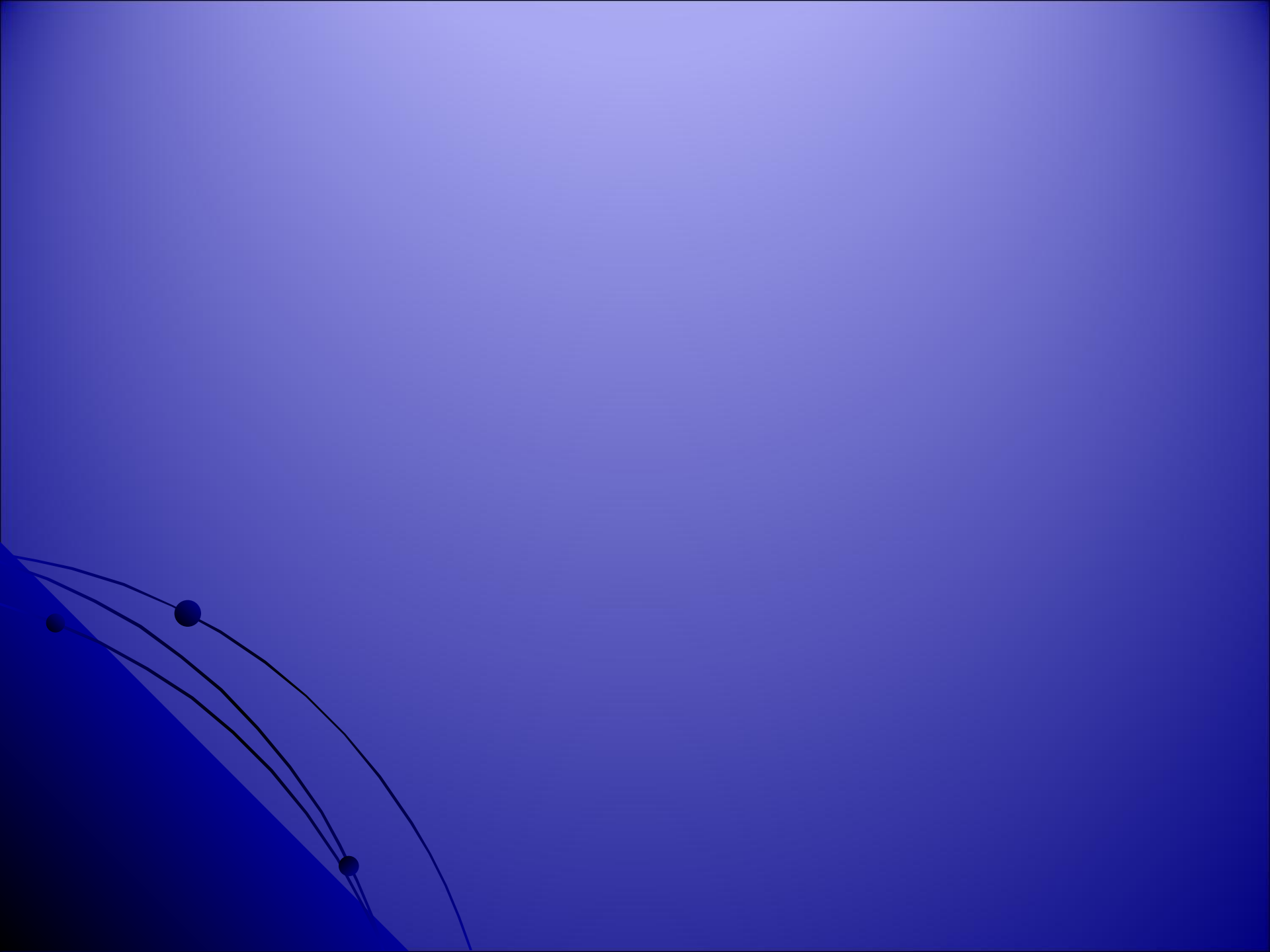




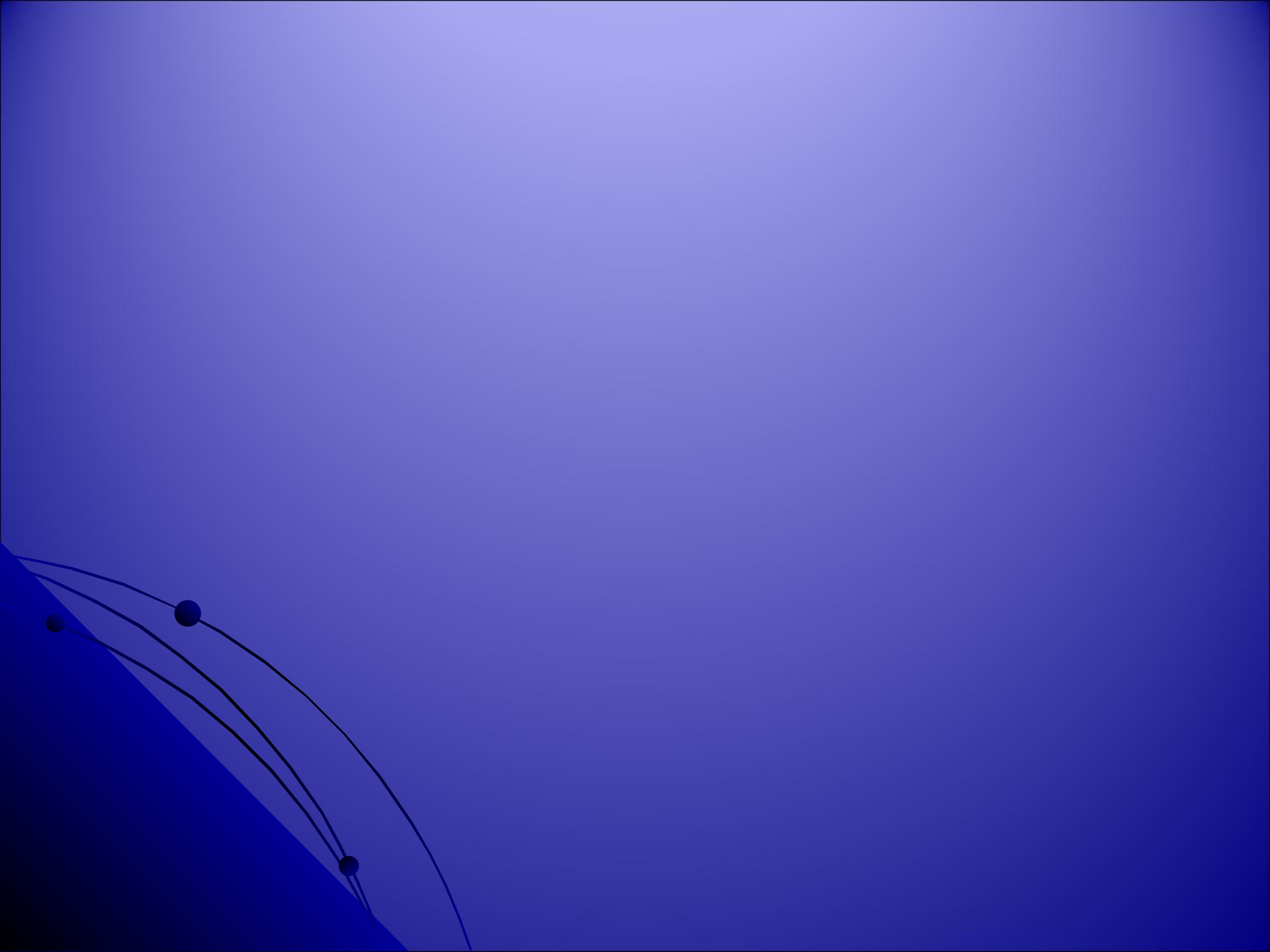




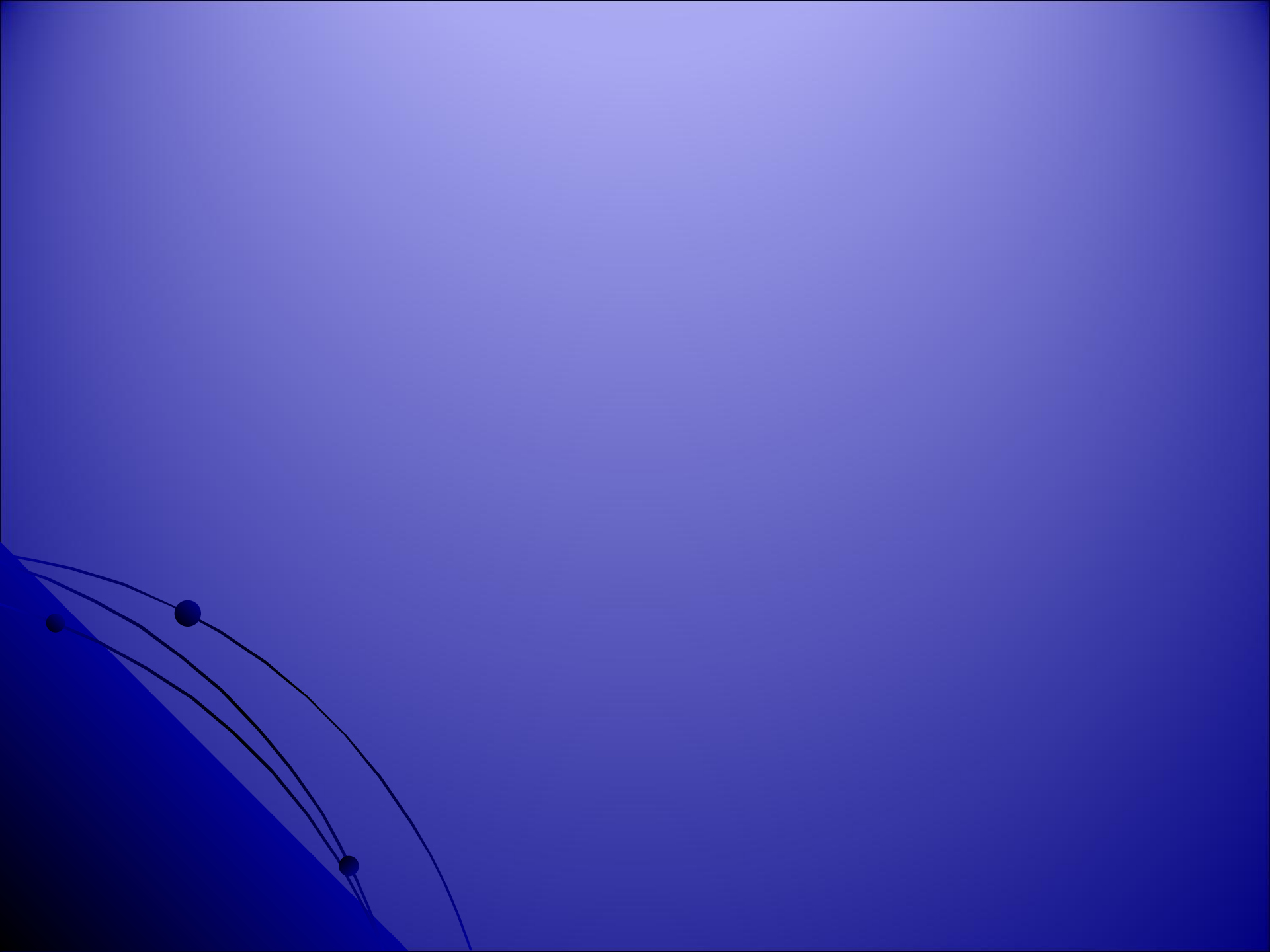








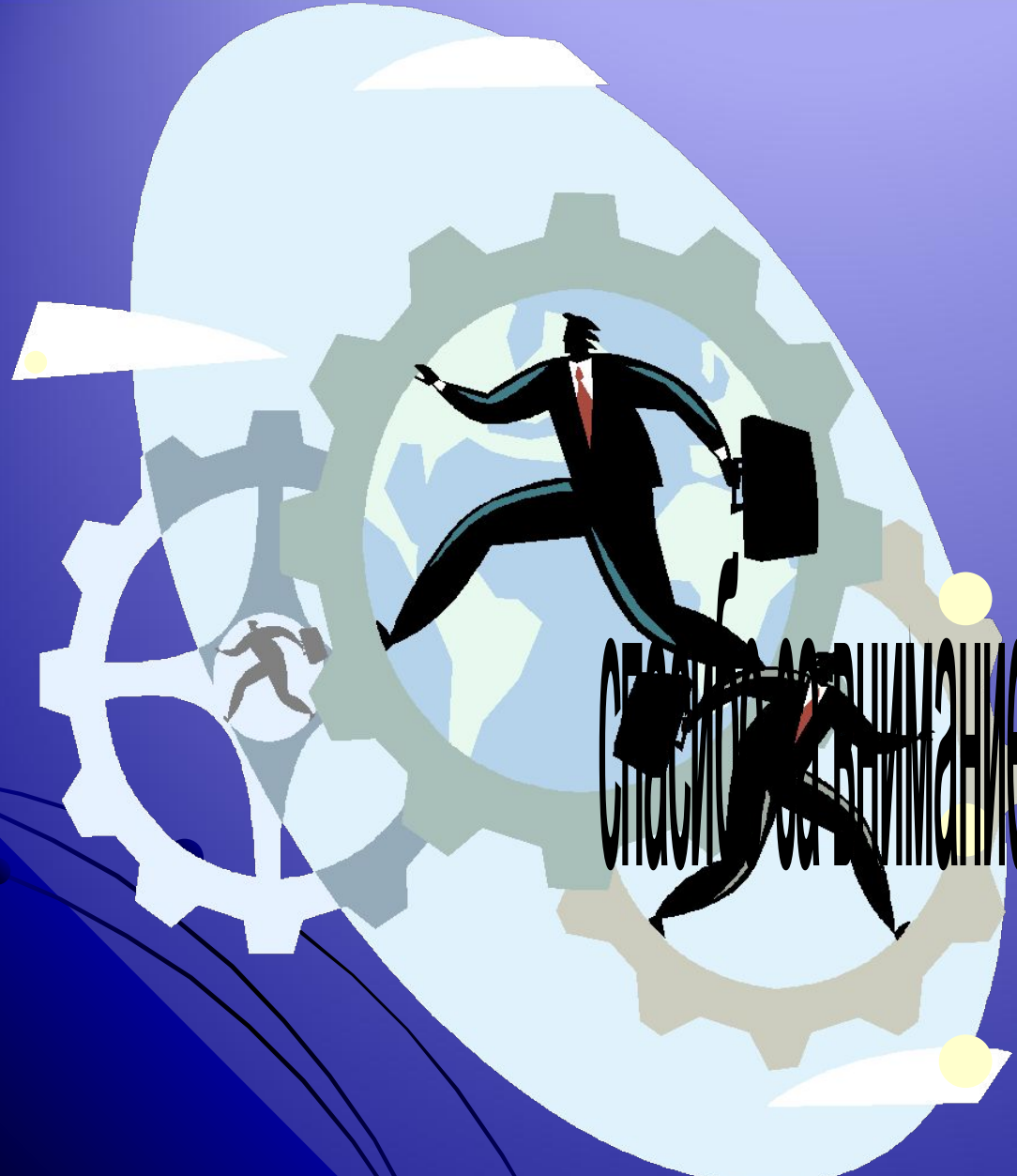












спасибо
за
вниман
ие!

