

НЕВЫНАШИВАНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Чеченский государственный университет
Медицинский институт
Кафедра «Акушерство и гинекология»



НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

прерывание на сроках от момента зачатия до
37 полных недель беременности
(до 259 сут от последней менструации).

КЛАССИФИКАЦИЯ (ВОЗ)

- **НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**
ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА СЛЕДУЮЩИЕ КАТЕГОРИИ:
- Самопроизвольный выкидыш — потеря беременности на сроке до 22 нед.
- Преждевременные роды — прерывание беременности на сроке с 22 до 37 полных недель беременности с массой плода более 500 г;

ВЫКИДЫШИ

- на ранние выкидыши (до 12 нед.)
- поздние выкидыши (12–22 нед)

ПРИВЫЧНЫЙ ВЫКИДЫШ

- — наличие в анамнезе у женщины подряд 3 и более самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 22 нед.

Причины невынашивания беременности

- ✓ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ
- ✓ АНАТОМИЧЕСКИЕ
- ✓ ЭНДОКРИННЫЕ
- ✓ ИНФЕКЦИОННЫЕ,
- ✓ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ
- ✓ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Генетическими факторами

- (внутрихромосомные и межхромосомные структурные изменения хромосом)
- Обусловлены 3–6% случаев привычного невынашивания.

- С целью диагностики генетических причин невынашивания беременности выясняют наличие в анамнезе
- наследственных заболеваний, ВПР, бесплодия и/или невынашивания беременности неясного генеза у членов семьи,
- рождения детей с задержкой умственного развития, неясных случаев ПС.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- · Исследование кариотипа родителей показано супружеским парам с невынашиванием беременности в анамнезе при рождении ребенка с пороками развития, а также при привычном невынашивании беременности на ранних сроках.
- · Цитогенетический анализ абортуса для выявления генетических причин невынашивания беременности.
- · Определение кариотипа ребенка в случаях мертворождения или неонатальной гибели.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (10–16%)

- ВПР матки (полное удвоение матки,
- двурогая, седловидная, однорогая матка, частичная или полная внутриматочная перегородка),
- Приобретённые анатомические дефекты (внутриматочные синехии — синдром Ашермана, субмукозная миома матки), ИЦН.

ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИХ АНОМАЛИЯХ МАТКИ

- связано с неудачной имплантацией плодного
- яйца (на внутриматочной перегородке, вблизи субмукозного узла миомы), недостаточной васкуляризацией и рецепцией эндометрия, тесными пространственными взаимоотношениями, гормональными нарушениями (недостаточность лютеиновой фазы), хроническим эндометритом, а также сопутствующей ИЦН.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Гистеросальпингография (во 2-й фазе менструального цикла (на 18–20 сут.)
- Гистероскопия, гистерорезектоскопии
- УЗИ

ЛЕЧЕНИЕ

- Хирургическое устранение внутриматочной перегородки, синехий, а также субмукозных узлов миомы сопровождается
- устранением невынашивания в 70–80% случаев

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

- Патогномоничными признаками ИЦН служат заканчивающиеся выкидышем безболезненное укорочение и последующее открытие шейки матки, что во II триместре беременности
- приводит к пролабированию плодного пузыря и/или излитию ОВ, а в III триместре — к рождению недоношенного ребенка.

Факторы риска ИЦН

- Травма шейки матки в анамнезе (посттравматическая ИЦН).
- Повреждение шейки матки при родах [разрывы, не восстановленные хирургическим путём, оперативные роды через естественные родовые пути (наложение акушерских щипцов, роды крупным плодом, плодом в тазовом предлежании, плодоразрушающие операции и др.)].

- Инвазивные методы лечения патологии шейки матки (конизация, ампутация шейки матки).
- Искусственные аборты, прерывания беременности на поздних сроках.
- ВПР шейки матки (врождённая ИЦН).
- Функциональные нарушения (функциональная ИЦН) при гиперандрогении, дисплазии соединительной ткани, повышенном содержании релаксина в крови (отмечают при многоплодной беременности, индукции овуляции гонадотропинами).
- Повышенная нагрузка на шейку матки (многоводие, многоплодие, крупный плод).

- До 20 нед беременности длина шейки матки очень вариабельна и не может служить критерием диагностики возникновения в дальнейшем преждевременных родов.
- На сроках 24–28 нед средние показатели длины шейки матки составляют 35–45 мм, на сроке 32 нед и более — 35–30 мм.
- Укорочение шейки матки до 25 мм и менее на сроках 20–30 нед считают признаком ИЦН и в этом случае необходима хирургическая коррекция. Однако диагностика ИЦН включает не только данные УЗИ, но и результаты влагалищного исследования (поскольку шейка должна быть не только укорочена, но и размягчена)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Клинические проявления ИЦН неспецифичны, проявляются угрозой выкидыша (дискомфорт внизу живота и в пояснице, слизистые выделения из влагалища, могут быть с прожилками крови, скудные кровянистые выделения из влагалища).
- Иногда отмечают ощущения давления, распираания, колющие боли во влагалище. ИЦН может протекать
- бессимптомно.

Лечение ИЦН зависит от наличия беременности

- **Вне беременности** при посттравматической ИЦН в каждом конкретном случае совместно с хирургом-гинекологом
- определяют возможность пластики шейки матки.
- Далее **обязательное родоразрешение путём операции КС** из-за опасности разрыва шейки матки с переходом на нижний маточный сегмент.

Во время беременности

- Показано, что ушивание шейки матки у женщин с ИЦН снижает частоту преждевременных родов до 33 нед беременности.
- Срок, на котором проводят хирургическую коррекцию (от 13 до 27 нед беременности)
- определяют индивидуально, в зависимости от времени возникновения симптомов.
- При этом следует учитывать риск
- внутриматочной инфекции, который после 13–17 нед повышается в связи с механическим опусканием и пролабированием плодного пузыря.

Показание к хирургическому лечению - хирургическая коррекция ИЦН

- прогрессирование ИЦН:
- изменение консистенции и укорочение шейки матки,
- постепенное увеличение («зияние») наружного зева и раскрытие внутреннего зева.

Хирургическая коррекция ИЦН

- хирургическая коррекция ИЦН с помощью наложения циркулярного шва в области внутреннего зева

Противопоказание к хирургическому лечению ИЦН у беременных

- заболевания и патологические
- состояния, являющиеся противопоказанием к сохранению беременности (тяжёлые формы болезней сердечно-сосудистой системы, печени, почек, инфекционные, психические и генетические заболевания), симптомы угрозы прерывания, ВПР плода, НБ, III–IV степень чистоты влагалищной флоры, наличие патогенной микрофлоры в
- отделяемом канала шейки матки

Показания к снятию швов с шейки матки

- срок беременности 37 нед;
- подтекание или излитие ОВ, кровянистые выделения из полости матки, прорезывание швов (формирование свища),
- начало регулярной родовой деятельности на любом сроке беременности.

Наименее травматичная методика коррекции ИЦН

- с помощью пессария — кольца Мейера, одеваемого на шейку матки.

ЭНДОКРИННЫЕ ПРИЧИНЫ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ
- ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА (ПОЛИКИСТОЗНЫЕ ЯИЧНИКИ)
- ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА (ЯИЧНИКОВАЯ И НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ)

ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- Смешанную персистентную вирусную инфекцию (ВПГ, вирусы Коксаки А и В, энтеровирусы 68–71, ЦМВ) обнаруживают у больных с привычным выкидышем достоверно чаще, чем у женщин с
- нормальным акушерским анамнезом.

- Для инфекционного генеза невынашивания беременности более характерны поздние выкидыши и преждевременные роды.
- Около 40% преждевременных родов и около 80% случаев преждевременного излития ОВ обусловлены инфекционным фактором.
- Однако и ранние привычные потери беременности могут быть обусловлены воздействием
- инфекции, формированием хронического эндометрита с высоким уровнем активированных иммунных клеток.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- аутоиммунные
- аллоиммунные нарушения

- При аутоиммунных процессах развивается агрессия иммунной системы к собственным тканям матери, т.е. иммунный ответ направлен против собственных Аг. В этой ситуации плод страдает вторично в результате повреждения
- материнских тканей.
- · При аллоиммунных нарушениях иммунный ответ беременной направлен против Аг эмбриона (плода), полученных от
- отца и потенциально чужеродных для организма матери.

АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ

- Основным осложнением АФС бывают тромбозы

- У больных с АФС обследование и медикаментозную подготовку необходимо проводить до наступления
- беременности. При положительной пробе на волчаночный антикоагулянт и наличии антифосфолипидных АТ исследование необходимо повторить с через 6–8 нед.
- В течение этого времени проводят комплексное
- обследование и лечение других возможных осложнений при привычной потере беременности. При повторных позитивных тестах на волчаночный антикоагулянт и изменений в параметрах гемостазиограммы лечение необходимо
- начинать вне беременности.

ЛЕЧЕНИЕ

- Терапию АФС подбирают индивидуально в зависимости от выраженности активности аутоиммунного процесса.
- Назначают антиагреганты, антикоагулянты, небольшие дозы глюкокортикоидов, при необходимости — плазмаферез.
- Без проведения терапии рождение жизнеспособных детей отмечают лишь в 6% случаев.

АНТИТЕЛА К ПРОГЕСТЕРОНУ

- У 10% женщин с привычным невынашиванием вне беременности в крови выявляют аутоантитела к прогестерону.
- При наличии аутоантител к прогестерону, как правило, определяют недостаточность лютеиновой фазы, концентрация прогестерона бывает равна нижней границе нормы, отмечают «тонкий» эндометрий в сроки «окна имплантации». При
- беременности нередко формируется первичная плацентарная недостаточность

СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ К ХОРИОНИЧЕСКОМУ ГОНАДОТРОПИНУ

- ⦿ наличие АТ к ХГЧ.
- ⦿ Механизм действия АТ, вероятно, состоит не только в предупреждении связывания ХГЧ с рецепторами жёлтого тела яичников, но и в прямом повреждающем влиянии на клетки эмбриональной трофэктодермы.

Неразвивающаяся
беременность — комплекс
патологических симптомов,
включающих внутриутробную
гибель плода (эмбриона),
патологическую инертность
миометрия и нарушения
системы гемостаза

- Ведущее место в этиологии замершей беременности занимает персистирующая вируснобактериальная инфекция. В
- основе патогенеза развития НБ лежит хронический эндометрит.

ЗАДЕРЖКА НЕРАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПЛОДНОГО ЯЙЦА ИЛИ ПОГИБШЕГО ПЛОДА

- ⦿ в матке влияет на материнский организм.
- ⦿ Всасывание продуктов аутолиза тканей плодного яйца в кровоток матери (за счёт повышенной проницаемости плодных оболочек) нарушает внутрисосудистые условия гемостаза. Длительное пребывание мёртвого плодного яйца в матке значительно снижает гемокоагуляционную активность тканевых и сосудистых факторов плаценты, это
- ⦿ вызвано дегенеративными изменениями в плацентарной ткани.
- ⦿ Продолжительное воздействие продуктов аутолиза на матку снижает сократительную способность миометрия.

УГНЕТЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МАТКИ

- при данной патологии сопряжено с регрессивными изменениями
- функциональной биоэнергетики миометрия из-за отсутствия гормонального подкрепления со стороны плода.
- В классической гормональной цепи родовозбуждения выпадают ключевые фетальные звенья — окситоцин, ДГЭАС,
- кортизол.

У БОЛЬНОЙ ИСЧЕЗАЮТ

- Субъективные признаки беременности, молочные железы уменьшаются в размерах и становятся мягкими. Менструация не
- восстанавливается. В ожидаемый срок не отмечают шевеление плода. Однако если движения плода появились, то
- они прекращаются.

- При задержке мёртвого плода в матке свыше 3-4 нед. 10% женщин отмечают общее недомогание, слабость,
- головокружение, повышение температуры тела. Исчезновение тошноты, рвоты, слюнотечения — характерные
- субъективные признаки гибели плодного яйца в первые 12 нед беременности

ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- ⦿ женщина отмечает прекращение шевеления плода. Симптом размягчения молочных желёз возникает на 3-6-е сутки
- ⦿ после гибели плода. В молочных железах вместо молозива появляется молоко.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НБ

- ⦿ (боли, кровяные выделения из половых путей, отставание размеров матки от
- ⦿ предполагаемого срока беременности) появляются через 2-6 нед после прекращения развития эмбриона.

Преждевременные роды –

прерывание беременности в сроках 22-37 недель

В связи с особенностями акушерской тактики и выхаживания детей, целесообразно выделение следующих гестационных интервалов:

- преждевременные роды в 22 - 27 недель;
- преждевременные роды в 28 - 33 недели;
- преждевременные роды в 34 - 37 недель

ПР

- 22–27 нед — очень ранние преждевременные роды
- 28–33 нед — ранние преждевременные роды
- 34–37 нед — преждевременные роды



Факторы риска преждевременных родов:

- **Социально – демографические:** неустроенность семейной жизни, низкий социальный уровень, молодой возраст, стрессы, курение и др.
- **Медицинские:** аборт и преждевременные роды в анамнезе, хроническая артериальная гипертензия, инфекции мочеполовой системы и др.
- **Осложнённое течение данной беременности:** отслойка плаценты, предлежание плаценты, плацентарная недостаточность и др.
- **Инфекции, перенесённые во время беременности (ОРВИ и другие вирусные инфекции)**

Особенности течения и осложнения преждевременных родов:

- Преждевременное излитие околоплодных вод
- Неправильное положение и предлежание плода
- Аномалии родовой деятельности
- Отслойка плаценты
- Кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах
- Инфекционные осложнения в родах и в послеродовом периоде
- Гипоксия плода
- Респираторный дистресс-синдром новорожденного

По механизму возникновения

преждевременные роды

делятся на:

- самопроизвольные;
- индуцированные (вызванные искусственно):
 - по медицинским показаниям как со стороны матери, так и со стороны плода;
 - по социальным показаниям

По медицинским показаниям прерывание беременности проводят

- вне зависимости от её срока в том случае, если
- беременность и роды способны ухудшить состояние здоровья женщины и угрожают её жизни либо если обнаружены аномалии развития плода.
- Показания устанавливает лечащий врач акушер-гинеколог совместно со специалистами
- соответствующего профиля (терапевтом, хирургом, онкологом, психиатром и др.) и руководителем лечебного учреждения после обследования пациентки в условиях стационара. При этом женщина пишет заявление, которое рассматривает медицинская комиссия.

По социальным показаниям прерывание беременности осуществляют на сроке до 22 нед.

- Решение суда о лишении или об ограничении родительских прав; беременность в результате изнасилования; пребывание женщины в местах лишения свободы; инвалидность I–II группы у мужа или смерть мужа во время беременности.
- Вопрос о прерывании беременности по перечисленным показаниям решает комиссия после заключения акушера-гинеколога женской консультации о сроке беременности и при предъявлении соответствующих юридических документов.

КЛИНИЧЕСКИЕ СТАДИИ

ТЕЧЕНИЯ

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ:

- угрожающие преждевременные роды;
- · начинающиеся преждевременные роды;
- · начавшиеся преждевременные роды.

Клиническая картина угрозы преждевременных родов:

- повышение тонуса матки. Беременная предъявляет жалобы на тянущие либо схваткообразные боли внизу живота и в пояснице;
- чувство давления и распираания в области влагалища;
- учащённое мочеиспускание — симптом низкого расположения предлежащей части.
- **При влагалищном исследовании изменений со стороны шейки матки не находят.**

Клиническая картина

начавшихся

преждевременных родов

- не отличается от клиники своевременных родов.
- Боли усиливаются, приобретают схваткообразный характер.
- При влагалищном исследовании обнаруживают укороченную или сглаженную шейку матки.
Нередко наблюдается излитие околоплодных вод.

При ПРПО (преждевременный разрыв плодных оболочек)

- беременная предъявляет жалобы на жидкие выделения из половых путей. При обильном подтекании ОВ (околоплодных вод)
- уменьшается объём живота беременной, снижается ВДМ.
- В случае развития хориоамнионита появляются симптомы интоксикации: чувство озноба, повышение температуры тела, воды

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- при выраженной угрозе преждевременных родов;
- при укороченной до 1 см или сглаженной шейке матки;
- при регулярных схватках;
- при данных анамнеза об имевших место преждевременных родах.

ДИАГНОСТИКА

- Диагностика преждевременных родов не представляет трудности и основывается на жалобах беременной, данных общего осмотра и влагалищного исследования.

ДИАГНОСТИКА

1. АНАМНЕЗ
2. ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:
 - при общем осмотре измеряют температуру тела, АД, частоту и характер пульса беременной.

-
- Снижение АД, тахикардия при сниженном наполнении пульса свидетельствует о сопутствующей отслойке плаценты. Повышение температуры, тахикардия и другие признаки синдрома системного воспалительного ответа отмечаются при явлениях хориоамнионита.

-
- При осмотре беременной отмечают повышенную возбудимость или тонус матки при угрожающих преждевременных родах и регулярные схватки при начинающихся или начавшихся родах.
 - В латентную фазу схватки
 - нерегулярные, с интервалом в 5–10 мин.

-
- При подозрении на сопутствующую отслойку плаценты осмотр шейки матки в зеркалах производят только тёплыми
 - зеркалами, обязательно при развернутой операционной. По показаниям проводят УЗИ.

-
- Во время влагалищного исследования при угрожающих преждевременных родах определяется сформированная
 - шейка матки длиной более 1,5–2 см, наружный зев либо закрыт, либо у повторнородящих женщин пропускает кончик
 - пальца, в ряде случаев нижний маточный сегмент растянут предлежащей частью плода, которая пальпируется в
 - верхней или средней трети влагалища.

-
- При осуществлении динамического контроля ввиду индивидуальных особенностей шейки матки у каждой пациентки целесообразно проведение исследований одним специалистом. При наличии
 - динамики в виде размягчения, укорочения шейки матки, раскрытия цервикального канала речь идёт об начинающихся
 - преждевременных родах

-
- Для диагностики ПРПО следует обратить внимание на характер влагалищных выделений, при незакрытом цервикальном канале определить наличие или отсутствие плодного пузыря и плодных оболочек. При осмотре в
 - зеркалах проводят «пробу кашлевого толчка» — шейку матки обнажают в зеркалах и беременную просят произвести
 - кашлевые движения. Подтекание жидкости из цервикального канала свидетельствует о ПРПО.

-
- Лабораторную диагностику проводят с целью определения этиологии угрозы преждевременных родов. При подозрении на инфекционную этиологию производят посев из цервикального канала с обязательным определением чувствительности к антибиотикам, при подозрении на вирусную инфекцию проводят качественную ПЦР.
 - В случаях
 - привычного невынашивания беременности, рецидивирующей отслойке плаценты проводят исследование гемостаза
 - крови с определением маркёров АФС.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- с острым пиелонефритом или почечной коликой, вызванной нарушением
- оттока мочи преимущественно из правой почки.

-
- Симптом латентной фазы преждевременных родов — тошнота — может быть вызван пищевой токсикоинфекцией, проявлением дискинезии желчевыводящих путей, подострым панкреатитом.

-
- Тянущие боли в животе из-за тонуса матки могут маскировать боль, вызванную острым аппендицитом (ОА).
 - При сопутствующей миоме матки боль может вызываться нарушением питания в узле.

-
- При наличии рубца на матке угроза преждевременных родов может быть вызвана его несостоятельностью.

-
- При подозрении на хирургическую или другую экстрагенитальную патологию необходимо провести консультирование
 - беременной соответствующим специалистом. Если подозрение появляется на догоспитальном этапе, беременную
 - госпитализируют в родильный дом при многопрофильной больнице.

ЛЕЧЕНИЕ

- ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ
- Пролонгирование беременности до сроков, при которых достигаются все признаки морфофункциональной зрелости плода.

-
- НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
 - При угрозе преждевременных родов показан постельный режим, физический, эмоциональный и половой покой.
 - Физиотерапевтические методы — электрофорез магния синусоидальным модулированным током,
 - иглорефлексотерапия, электроаналгезия.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Медикаментозное лечение угрозы преждевременных родов комплексное, включает в себя:
 - · токолитическую терапию;
 - · профилактику РДС плода (в случаях необходимости);
 - · седативную и симптоматическую терапию

ТОКОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ.

- При начинающихся или начавшихся преждевременных родах с целью подавления сократительной деятельности матки сначала проводится массивный (острый) токолиз, характеризующийся высокой скоростью введения препарата, в дальнейшем продолжают введение с более низкой скоростью для поддержания токолитического эффекта (поддерживающий токолиз).
- Для лечения острого токолиза применяют селективные β_2 -адреномиметики и магния сульфат.

-
- Из селективных β_2 -адреномиметиков применяют фенотерол, гексопреналин и сальбутамол. Приём β_2 -адреномиметиков целесообразно сочетать с предварительным приёмом блокаторов кальциевых каналов (верапамил по 40 мг, нифедипин по 10 мг).

Механизм действия β_2 -адреномиметиков



Партусистен:

дозы и режим введения

➤ **Массивный токолиз:**

внутривенно капельно 1 мг/сут (2 ампулы по 500 мкг) на 400 мл физиологического раствора со скоростью 3 – 4 мкг/мин (25 - 30 капель/мин)

➤ **Поддерживающий токолиз:**

энтерально 2 – 3 мг (4-6 таблеток) в сутки

Гинипрал:

дозы и режим введения

➤ **Массивный токолиз:**

внутривенно капельно 100 - 150 мкг (4 - 5 ампул по 25 мкг) на 400 мл физиологического раствора со скоростью 0,3 мкг/мин (15 - 20 капель/мин)

➤ **Поддерживающий токолиз:**

- внутривенно капельно со скоростью 0,075 мкг/мин (8 - 10 капель/мин)
- энтерально 2 – 3 мг (4-6 таблеток) в сутки

Сальгим:

дозы и режим введения

➤ **Массивный токолиз:**

внутривенно капельно 10 мг (2 ампулы по 5 мг)
на 400 мл физиологического раствора со
скоростью 20 - 25 мкг/мин (15-20 капель/мин)

➤ **Поддерживающий токолиз:**

энтерально 16 – 24 мг (4-6 таблеток) в сутки

СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ И ДОЗЫ:

- гексопреналин (гинипрал©) применяют для проведения острого токолиза. Доза при в/в капельном введении — 100 мкг на 400 мл 0,9% раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы. Введение препарата начинают с 0,3 мкг/мин (20–25 капель в минуту), при необходимости можно начать лечение с медленного в/в струйного введения 10 мкг.
- Для поддерживающего токолиза скорость 0,075 мкг/мин (10–15 капель в минуту) в течение 4–12 часов.

СУТОЧНАЯ ДОЗА — ДО 430 МКГ
(ПРЕВЫШЕНИЕ ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО В
ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ).

- Расчёт скорости введения (дозы): для
- обеспечения скорости введения 0,3 мг/мин могут быть использованы следующие соотношения количества препарата
- и скорости введения: 25 мг — 30 кап/мин;
50 мг — 60 кап/мин; 75 мг — 90 кап/мин;
100 мг — 120 кап/мин;

-
- В случае положительного эффекта за 15–20 мин до окончания введения препарата начинают пероральное применение препарата.
 - Через 2–3 дня в случае снятия сократительной деятельности матки дозу токолитиков
 - постепенно снижают в течение 8–10 дней. В случае необходимости назначают пероральный приём β_2 -адреномиметиков в сочетании с блокаторами кальциевых каналов.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ β_2 -АДРЕНОМИМЕТИКОВ:

- гипотония;
- · сердцебиение;
- · потливость;
- · тремор;
- · беспокойство;
- · головокружение;
- · головная боль;
- · тошнота;
- · рвота;
- · гипергликемия;
- · аритмия;
- · ишемия миокарда;
- · отёк лёгких.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ β_2 - АДРЕНОМИМЕТИКАМИ:

- гиперчувствительность;
- · тиреотоксикоз;
- · феохромоцитома;
- · мерцательная тахиаритмия;
- · миокардит;
- · ишемическая болезнь сердца;
- · синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта;
- · артериальная или лёгочная гипертензия;
- · гипокалиемия;
- · печёночная или почечная недостаточность;
- · закрытоугольная глаукома;
- · **ПОНРП**;
- · некорректируемые нарушения углеводного обмена.

Потенциальные осложнения магнезиального токолиза

- **Гипотензия**
- **Отек легких**
- **Остановка дыхания**
- **Остановка сердца**

Потенциальные осложнения β_2 - адреномиметиков

- Гипергликемия
- Гипотензия
- Гипокалиемия
- Отек легких
- Аритмия
- Ишемия миокарда

-
- С целью подавления сократительной деятельности матки в сочетании с β_2 -адреномиметиками применяют блокаторы
 - кальциевых каналов — верапамил (блокатор кальциевых каналов первого поколения, производное
 - дифенилалкиламина). По эффективности антагонисты кальция практически не уступают β_2 -адреномиметикам.
 - Для токолитического эффекта принимают по 40–80 мг 4–6 раз в день, за 20–30 минут до приёма β_2 -адреномиметиков.

Влияние токолитиков на сердечный ритм плода по данным кардиотокографии

Сульфат магния:

- **Снижение
вариабельности**
- **Уменьшение
количества
акцелераций**
- **Не влияет на
частоту базального
ритма**

Гинипрал:

- **Тахикардия**
- **Уменьшение
количества
акцелераций**
- **Снижение
вариабельности**

Эффекты действия сульфата магния

Концентрация Mg^{2+}
в сыворотке крови

Э ф ф е к т

- 6-8 мЭкв/л (72-96г/л) Эффективное подавление сокращений миометрия
- 10 мЭкв/л (120 г/л) Угнетение коленных рефлексов
- > 12 мЭкв/л (144 г/л) Остановка дыхания

МАГНИЯ СУЛЬФАТ 25% РАСТВОР

- для в/в введения через инфузомат (предпочтительнее) или растворяют в 400 мл или
- 500 мл 5% раствора глюкозы. Для проведения острого токолиза скорость введения 5–6 г/час, т.е. не менее 20 мг 25% раствора, поддерживающая скорость 3 г/час. Максимальная суточная доза — 40 г/сут. Во время введения препарата необходим контроль рефлексов и диуреза. Угнетение рефлексов и снижение диуреза до 30 мл в час — показание для
- отмены препарата.

Сульфат магния: дозы и режим введения

➤ **Нагрузочная доза**

6 грамм сухого вещества за 1 – ый час

➤ **Поддерживающая доза**

2 - 3 грамма сухого вещества в час

Суточная доза = 20 - 24 грамм сухого вещества
на 400 мл физиологического раствора

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К МАГНЕЗИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ:

- гиперчувствительность;
- · артериальная гипотензия;
- · угнетение дыхательного центра;
- · выраженная брадикардия;
- ·· тяжёлая ХПН.

СЕДАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

- В качестве седативных препаратов применяют:
- · оксазепам по 0,01 2–3 раза в день;
- · диазепам по 0,015 1–2 раза в день.

Нестероидные противовоспалительные средства

Индометацин 150 - 300 мг/сут

- * *Снижает продукцию околоплодных вод*

Антагонисты кальция

Верапамил Финоптин

120 – 240 мг/сут

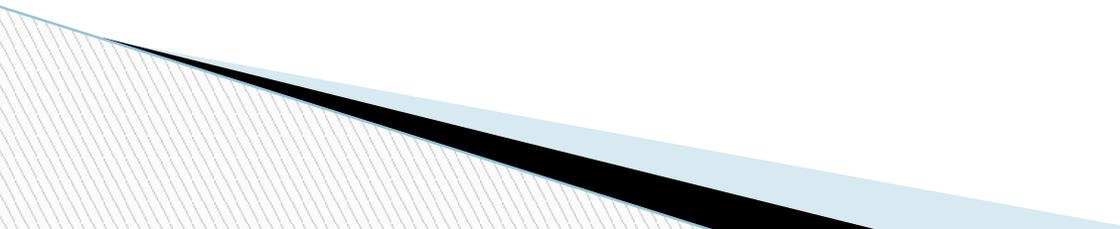
Акушерская тактика при ПРПО включает в себя:

- госпитализацию в специализированную палату, оборудованную бактерицидными лампами;
- · обработку палаты, которая производится по принципу текущей уборки родильного блока — смена стерильных подкладных пелёнок 3–4 раза в день и ежедневная смена белья;

- постельный режим;
- · ежедневное измерение окружности живота и ВДМ;
- · контроль количества и характера подтекающих вод;
- · трёхчасовой контроль температуры тела и сердцебиения плода;
- · контроль уровня лейкоцитов крови с интервалом 12 часов, при его нарастании оценка лейкоцитарной формулы;
- · мазки на микрофлору каждые пять дней.

- В настоящее время при недоношенной беременности и ПРПО придерживаются выжидательной тактики с контролем
- над возможным развитием инфекции. Выжидательная тактика более предпочтительна, чем меньше срок
- беременности, так как с течением безводного промежутка происходит ускоренное созревание сурфактанта лёгких плода и снижение частоты болезни гиалиновых мембран

СРОКИ И МЕТОДЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

- ▣ В случае нормального течения родов их ведут выжидательно, проводят адекватное обезболивание родов.
 - ▣ Промедол из-за его неблагоприятного влияния на дыхательный центр плода при преждевременных родах применять
 - ▣ нецелесообразно.
- 

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РДС НОВОРΟЖДЁННОГО.

- Всем беременным при наличии угрожающих и начинающихся преждевременных родов, в случае ПРПО в сроке беременности от 25 до 34 нед производится обязательная профилактика РДС новорождённого глюкокортикоидами, способствующая созреванию сурфактанта лёгких плода.
- Сурфактант — гетерогенная смесь липидов и белков, синтезируемая в больших альвеолах, покрывает их,
- способствует открытию и препятствует их коллапсу при вдохе.

Химический состав сурфактанта

➤ Фосфолипиды	80%
• Фосфатидилхолин	65%
• Фосфатидилглицерин	5%
• Фосфатидилэтаноламин	5%
• Сфингомиелин	3%
• прочие компоненты	2%
➤ Нейтральные липиды	10%
➤ Белки	10%

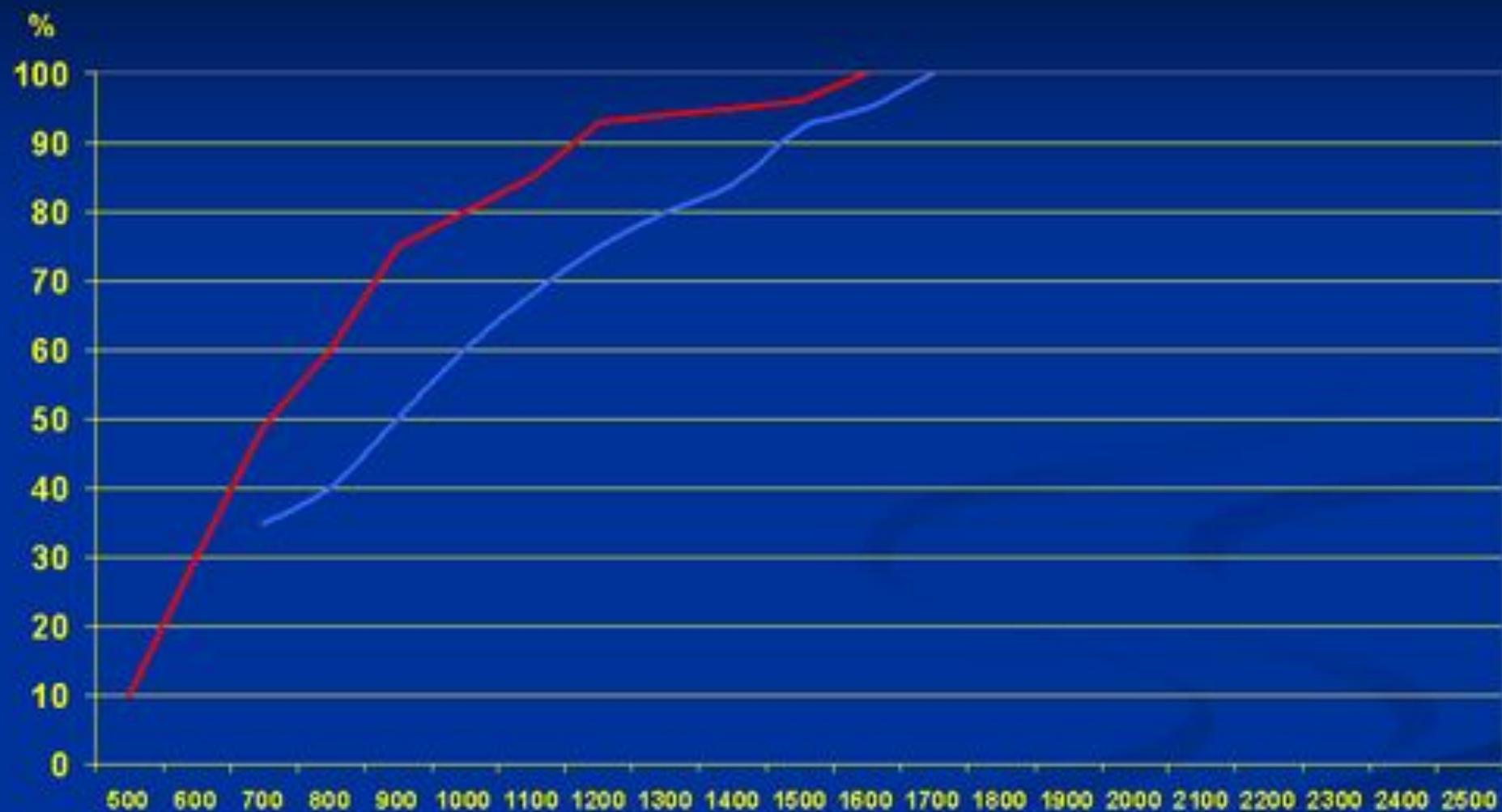
Схемы профилактики респираторного дистресс-синдрома плода

- **Дексаметазон** - курсовая доза 20 мг по 4 мг внутримышечно через 6 часов (№ 5)
- **Бетаметазон** - курсовая доза 24 мг по 12 мг внутримышечно через 12 часов (№2)

Структура заболеваемости недоношенных новорожденных

- Врожденное инфицирование
- Пневмопатии
- Родовая травма
- Пороки развития плода

Выживаемость недоношенных новорожденных



Тактика ведения недоношенной беременности (до 34 недель) при дородовом излитии околоплодных вод

1. Профилактика инфицирования

- соблюдение гигиенических принципов норм
- исключение влагалищных исследований
- динамический лабораторный анализ микрофлоры

2. Мониторинг состояния матери

- термометрия
- клинико-лабораторный анализ крови,
- визуальная оценка выделений (вод) из половых путей

3. Мониторинг состояния плода

- кардиотокография
- динамическая оценка объема околоплодных вод (индекс амниотической жидкости)

4. Профилактика РДС плода

5. Токолитическая терапия

6. Антибиотикотерапия

Схемы профилактической антибиотикотерапии при дородовом излитии вод

1. Эмпирическое назначение АБТ сразу после взятия материала для посева.
2. Проведение АБТ после получения результатов лабораторных исследований (микроскопия / посев околоплодных вод, посев из цервикального канала).
3. Проведение АБТ только при появлении клинических признаков хориоамнионита.

Наиболее распространена схема эмпирического назначения АБТ, и так как первостепенное значение среди бактериальных возбудителей в генезе инфекционного поражения плода имеет стрептококк группы В, то антибиотиками выбора являются полусинтетические пенициллины (ампициллин)

Режим и дозы профилактической антибиотикотерапии

Ампициллин

- 4 грамма в сутки внутримышечно

Нистатин

- 2 млн ЕД в сутки per os

Противопоказания к токолитической терапии при дородовом излитии вод

1. Гестационный срок более 34 недель
2. Появление признаков системного воспаления (лихорадка, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы)
3. Появление клинических признаков хориоамнионита и / или эндометрита
4. Внутриутробное страдание и гибель плода
5. Осложнения беременности и другая патология, при которых показано прерывание беременности независимо от наличия плодного пузыря

Основной задачей ведения I периода родов

- является профилактика быстрого их течения.
- Адекватное обезболивание
- и недопущение бурной родовой деятельности – основные мероприятия профилактики травматизации недоношенных детей.

Оптимальный метод обезболивания при преждевременных родах

- — эпидуральная анальгезия,
- позволяющая:
 - · снизить риск возникновения аномалий сократительной деятельности матки;
 - · снизить гиперактивную родовую деятельность;
 - · достигнуть стойкой релаксации мышц тазового дна, что приводит к снижению травматизма в родах.

Особенности течения П.Р.

- Преждевременное излитие о.в.
- Аномалии родовой деятельности
- Быстрые или стремительные роды
- Дородовое кровотечение или кровотечение в последовом или раннем послеродовом периоде
- Инфекционные осложнения в родах
- Гипоксия плода

ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ЧЕРТА П.Р.

- Монотонность ритма схваток
- Меньшая продолжительность
- С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА **роды ведут :**
- без защиты промежности, эпизиотомия

СРОКИ И МЕТОДЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

- В интересах плода в эти сроки беременности может быть поставлен вопрос об операции:
- при перинатальном риске;
- · тазовом предлежании;
- · при поперечном, косом положении плода;
- · при наличии отягощённого акушерского анамнеза (бесплодие, невынашивание);
- · совокупности различных показаний.

Профилактика преждевременных родов



Спазмолитическая терапия:

- Но-шпа
- Папаверин

Токолитическая терапия:

- Сернистая магнезия
- β -миметики (гинипрал, партусистен)

Антибактериальная терапия:

- Пенициллины
- Цафалоспорины
- Макролиды



При развитии родовой
деятельности в конце третьего триместра,
тормозить родовую деятельность
не нужно!

***СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!***