

# 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 последовом 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  $\beta_2$ -адреномиметики и магния сульфат.

- 
- Из селективных  $\beta_2$ -адреномиметиков применяют фенотерол, гексопреналин и сальбутамол. Приём  $\beta_2$ -адреномиметиков целесообразно сочетать с предварительным приёмом блокаторов кальциевых каналов (верапамил по 40 мг, нифедипин по 10 мг).

# Механизм действия $\beta_2$ -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 мкг/мин могут быть использованы следующие соотношения количества препарата
- и скорости введения: 25 мкг — 30 кап/мин;  
50 мкг — 60 кап/мин; 75 мкг — 90 кап/мин;  
100 мкг — 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  $\beta_2$ -адреномиметиков в сочетании с блокаторами кальциевых каналов.



# ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ $\beta_2$ -АДРЕНОМИМЕТИКОВ:

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

# ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ $\beta_2$ - 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 $\beta_2$ - адреномиметиков

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

- 
- С целью подавления сократительной деятельности матки в сочетании с  $\beta_2$ -адреномиметиками применяют блокаторы
  - кальциевых каналов — верапамил (блокатор кальциевых каналов первого поколения, производное
  - дифенилалкиламина). По эффективности антагонисты кальция практически не уступают  $\beta_2$ -адреномиметикам.
  - Для токолитического эффекта принимают по 40–80 мг 4–6 раз в день, за 20–30 минут до приёма  $\beta_2$ -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

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

## **Схемы профилактики респираторного дистресс-синдрома плода**

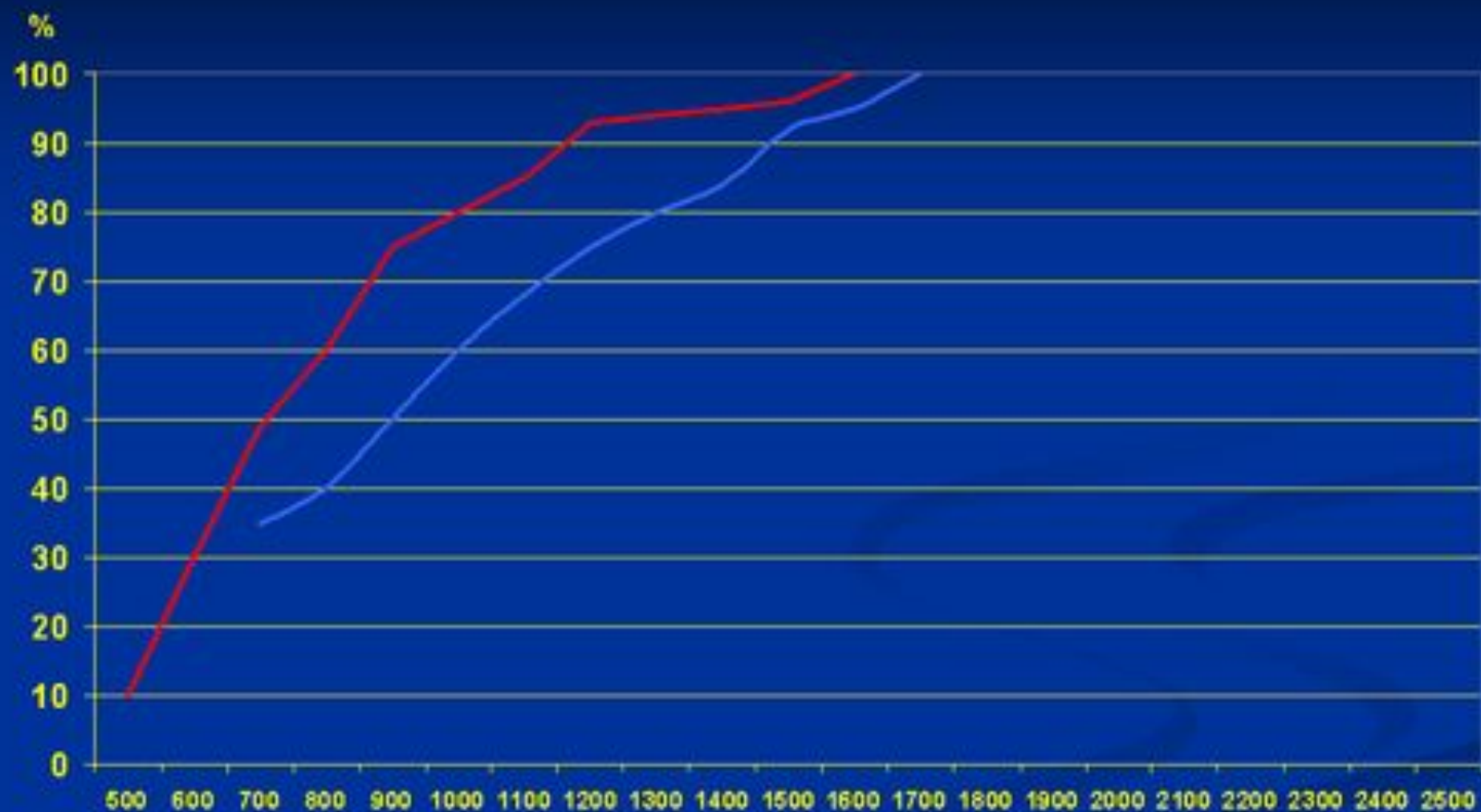
- **Дексаметазон** - курсовая доза 20 мг по 4 мг внутримышечно через 6 часов (№ 5)
- **Бетаметазон** - курсовая доза 24 мг по 12 мг внутримышечно через 12 часов (№2)



# 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
- $\beta$ -миметики (гинипрал, партусистен)

Антибактериальная терапия:

- Пенициллины
- Цафалоспорины
- Макролиды



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

**СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ!**