

НАРУШЕНИЕ НОРМАЛЬНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ

Выделяют 3 вида нарушений нормальной продолжительности беременности

1. Недонашивание беременности - самопроизвольное прерывание беременности в сроке от 22 до 37 недель.
2. Невынашивание беременности — самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель.
3. Перенашивание беременности — родоразрешение в сроке более 42 недель.

Причины

1. Генетические
2. Эндокринные
3. Иммунологические
4. Инфекционные
5. Патология гемостаза
6. Патология матки
7. Социально-биологические:
 - Миграция в районы Севера («Пришлые» женщины проживающие менее 3 лет — частота преждевременных родов и выкидышей в 1,5 – 2 раза чаще, чем у местных).
 - Сезонность (осень, весна).
 - Проживание в крупных промышленных городах.

- Занятых физическим трудом (стоя).
- Сочетающих труд с учебой.
- Возраст менее 20 лет и более 35 лет.
- Незарегистрированный брак, нерешенные жилищные проблемы.
- Курение — увеличивает частоту выкидышей, частоту отслойки плаценты, предлежания плаценты (дозозависимо).
- Алкоголизм — частота спонтанных абортс 29-30%.

Эпидемиология

Невынашивание беременности – серьезное акушерское осложнение. Потеря желанной беременности происходит почти у каждой пятой беременной в Российской Федерации. Частота самопроизвольного прерывания беременности колеблется от 10% до 20%.

В сложившейся демографической обстановке, когда темпы прироста населения оказались ниже показателя смертности, невынашивание беременности является одной из актуальных государственных проблем.

Невынашивание – это самопроизвольное прерывание беременности в различные сроки до 37 полных недель, считая с 1-го дня последней менструации.

Привычным невынашиванием называют самопроизвольное прерывание беременности подряд 2 раза и более.

Самопроизвольный выкидыш или аборт – это самопроизвольное прерывание беременности до 22 недель.

Прерывание беременности до 12 недель – это ранний самопроизвольный аборт, а с 13 до 22 недели – поздний самопроизвольный аборт.

Этиология и патогенез

Причины самопроизвольного прерывания беременности разнообразны. В случаях, когда причины прерывания беременности не выяснена, ее называют идиопатической.

Согласно существующим в настоящее время представлениям, генетические и частично инфекционные причины ведут к закладке аномального эмбриона.

Реализация повреждающего действия других факторов (анатомических, эндокринных, иммунологических) состоит в создании неблагоприятного фона для развития генетически полноценного плодного яйца → истощение резервных возможностей хориона → остановка развития эмбриона (нарушению эмбриогенеза).

Критическими сроками в первом триместре беременности признают 6 – 8 недель (гибель эмбриона) и 10 – 12 недель (экспульсия плодного яйца).

Генетические причины невынашивания беременности

Прерывание беременности в первом триместре в 70% случаев связано с хромосомными аномалиями. В преобладающем большинстве случаев при генетическом обследовании супружеской пары изменений в их кариотипе не выявляют. В этих случаях речь идет о так называемых *спорадических хромосомных мутациях* у эмбриона. Вероятность хромосомной аномалии у плода при последующей беременности составляет около 1%.

В противоположность этим случаям у 7% супружеских пар с привычной потерей беременности могут быть обнаружены хромосомные аномалии.

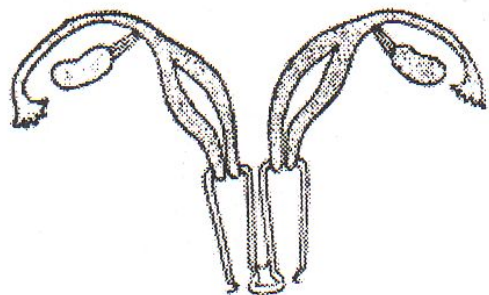
Обычно в этой семье отмечают наследственные заболевания, врожденные аномалии, рождение детей с задержкой умственного развития, наличие у супружеской пары или родственников бесплодия, наличие неясных случаев перинатальной смертности. При наличии подобного анамнеза показана консультация супружеской пары генетиком.

Анатомические причины невынашивания беременности

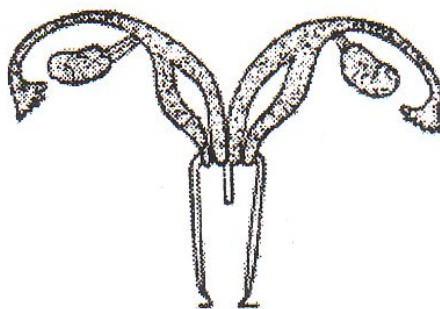
К анатомическим причинам относятся:

- Врожденные пороки развития матки (полное удвоение матки, двурогая, седловидная, однорогая матка);
- Заболевания матки (хронический метроэндометрит, эндометриоз, миома матки, чаще подслизистая, истмико-цервикальная недостаточность, внутриматочные синехии – синдром Ашермана);
- Травматические повреждения шейки матки (во время абортов, лечении патологии шейки матки, рубцовые деформации после разрывов в родах).

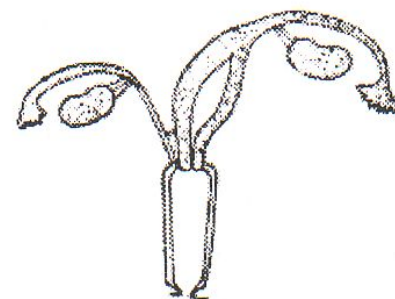
Врожденные пороки развития матки



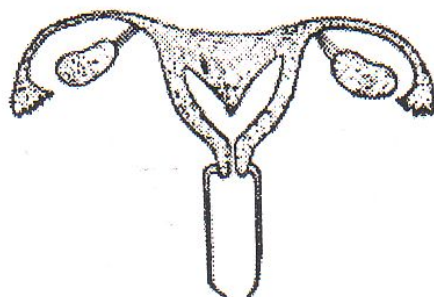
Две матки,
перегородка
во влагалище



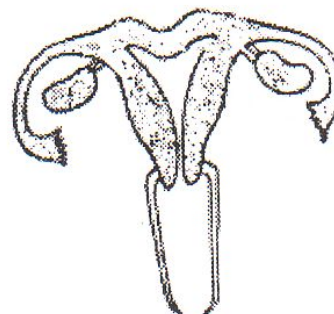
Двурогая
матка



Однорогая
матка



Внутриматочная
перегородка



Седловидная
матка

С целью диагностики аномалий матки используют:

1. УЗИ органов малого таза (трансвагинальное) в первой фазе менструального цикла.
2. Гистеросальпингографию (рентгенконтрастное исследование) проводят только вне беременности! В первой фазе менструального цикла.
3. Гистероскопию (осмотр полости матки с помощью оптического прибора гистероскопа) только вне беременности!

Истмико-цервикальная недостаточность

Признана наиболее частой причиной прерывания беременности во втором триместре.

Истмико-цервикальная недостаточность — это несостоятельность внутреннего зева и шейки матки.

Классификация:

- Органическая ИЦН (анатомическая);
- Функциональная ИЦН (гормональная).

Органическая ИЦН возникает вследствие травматического повреждения шейки матки.

Чаще анатомическая ИЦН развивается после:

- Искусственных абортов (связано с грубым расширением цервикального канала во время аборта);
- Разрывов шейки матки в предыдущих родах;
- Следствие перенесенных операций на шейке матки (конизация, ДЭК).

Функциональная ИЦН развивается у женщин с дефицитом прогестерона, гиперандрогенией, дисплазией соединительной ткани. Так же может быть связана с выраженным механическим давлением на шейку матки при многоплодной беременности, крупном плоде, многоводии.

Диагностика

Диагностика ИЦН включает осмотр шейки матки в зеркалах и ультразвуковую оценку длины шейки матки и состояние внутреннего зева при трансвагинальном УЗИ.

У пациенток с подозрением на ИЦН или с привычным невынашиванием беременности во втором триместре мониторинг состояния шейки матки необходимо проводить с 12 недель беременности еженедельно или один раз в 2 недели.

Клиническая картина

Клинических проявлений ИЦН, как правило, не имеет. Укорочение шейки матки и раскрытие маточного зева происходит безболезненно и незаметно для беременной.

В дальнейшем нижний полюс плодного яйца опускается до наружного зева или во влагалище (пролабирование плодного яйца). Происходит инфицирование плодного яйца, разрыв плодных оболочек и излитие околоплодных вод.

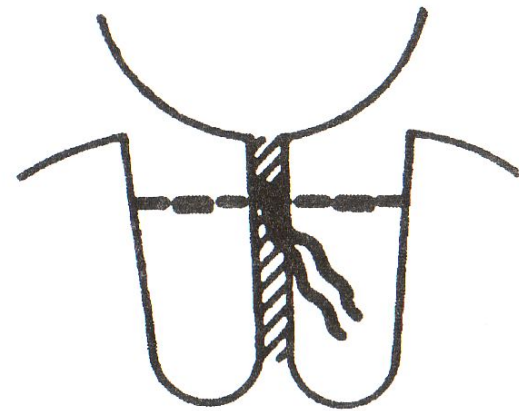
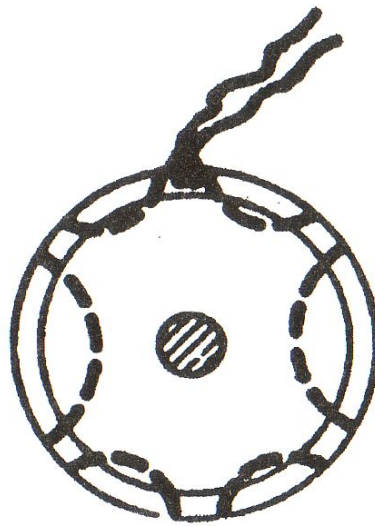
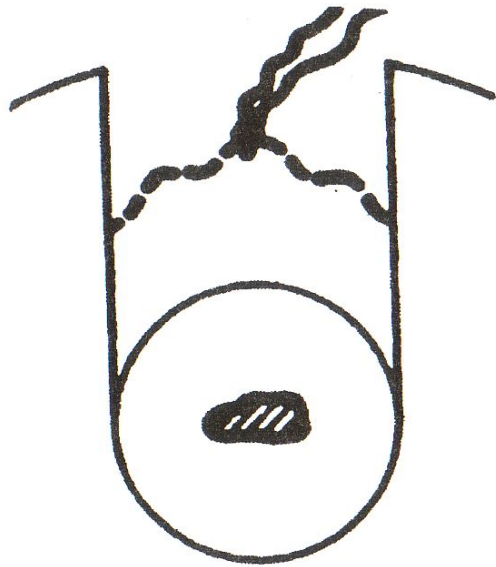
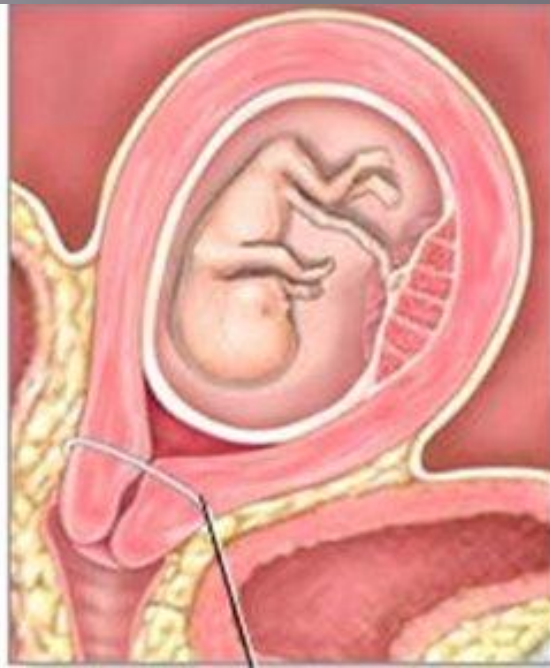
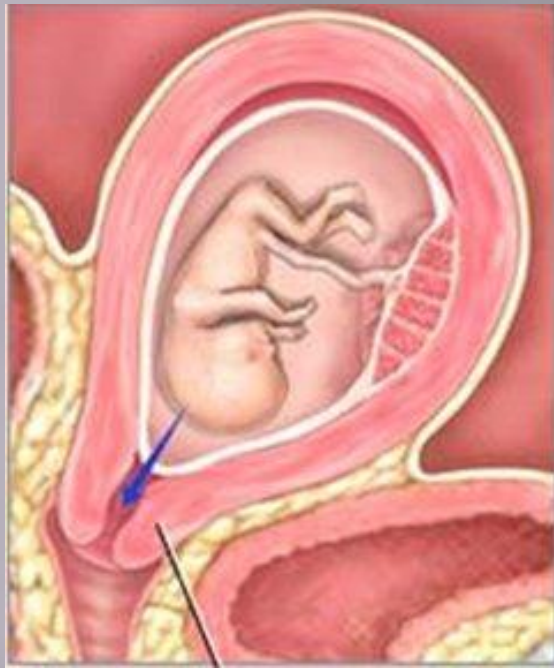
Лечение

Основной метод лечения ИЦН – хирургический. Во время беременности на шейку матки накладывают циркулярные швы. Оптимальный срок для наложения шва – 16 недель беременности.

Так же для лечения и профилактики ИЦН используют пессарий акушерский разгружающий.

Механизм действия пессария основан на уменьшении нагрузки на шейку матки вследствие снижения давления плодного яйца.

В плановом порядке акушерский разгружающий пессарий извлекают при достижении 37-38 недель беременности как в условиях стационара, так и амбулаторно.





Инфекционные причины невынашивания беременности

Инфекции на ранних сроках могут причиной самопроизвольного выкидыша.

Источником инфекции могут служить острые и хронические воспалительные процессы различных органов и систем: зубной кариес, острая респираторная вирусная инфекция, хронический тонзиллит, пиелонефрит и пр.

Первичным очагом инфекции могут быть воспалительные процессы гениталий как острые, так и хронические: эндометрит, цервицит, кольпит.

Инфекции, передаваемые половым путем (такие как уреаплазмоз, хламидиоз, токсоплазмоз, трихомоноз) тоже могут стать причиной самопроизвольного аборта.

Лечение заключается в санации очага инфекции и восстановлении нормальной микрофлоры влагалища после антибактериальной терапии.

Эндокринные причины невынашивания беременности

Эндокринные причины составляют 8 – 20%.

Наиболее значимые причины:

- Недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ);
- Дисфункция щитовидной железы;
- Сахарный диабет;
- Гиперадрогения.

Иммунологические причины невынашивания

В настоящее время известно, что около 80% всех ранее необъяснимых случаев повторных потерь беременности (после исключения генетических, анатомических, гормональных причин) связано с иммунологическими нарушениями.

Выделяют аутоиммунные и аллоиммунные нарушения, ведущие к привычному невынашиванию беременности.

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).

К аутоиммунным нарушениям, наиболее часто обнаруживаемых у больных с привычным невынашиванием, относят наличие в крови беременной антифосфолипидных, антитиреоидных, антинуклеарных аутоантител.

К аутоиммунным нарушениям относят:

1. Антифосфолипидный синдром (АФС);
2. Антитела к прогестерону;
3. Сенсибилизация к хорионическому гонадотропину.

К аллоиммунным процессам, ведущим к отторжению плода, относят наличие у супругов повышенного количества (более 3) общих Аг системы главного комплекса гистосовместимости (часто бывает при родственных браках).

В настоящее время данные аллоиммунные факторы, ведущие к ранним потерям беременности, и пути их коррекции находятся в стадии изучения.

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ

Эпидемиология

Это самое частое осложнение беременности. Частота его составляет от 10 до 20% всех клинически диагностированных беременностей. Около 80% этих потерь происходит до 12 недель беременности.

1/3 самопроизвольных выкидышей происходит в сроке до 8 недель по типу анэмбрионии.

Классификация

По клиническим проявлениям различают:

- Угрожающий аборт;
- Начавшийся аборт;
- Аборт в ходу (полный и неполный);
- Неразвивающаяся беременность.

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

Клинические проявления

При *угрожающем аборте* отмечаются ощущения тяжести или незначительные тянущие боли внизу живота.

Во время гинекологического осмотра матка реагирует на пальпацию сокращением (*приходит в тонус*), матка соответствует сроку беременности, структурных изменений со стороны шейки матки нет.

По УЗИ наблюдается гипертонус эндометрия.

При *начавшемся самопроизвольном выкидыше* шейка матки может быть несколько укорочена, наружный зев и цервикальный канал приоткрыты, матка плотная, появляются темно-вишневые кровянистые выделения. Больная жалуется на схваткообразные боли внизу живота.

По УЗИ – гипертонус эндометрия, плодное яйцо отслаивается на небольшом участке (ретрохориальная гематома).

Аборт в ходу характеризуется выраженными схваткообразными болями внизу живота, обильным кровотечением из половых путей.

Во время гинекологического исследования определяется раскрытие наружного зева и цервикального канала, плодное яйцо находится в канале шейки матки, нижний полюс его может пролабировать во влагалище.

При аборте в ходу, полном и неполном выкидыше состояние беременной зависит от кровопотери. Острая кровопотеря может приводить к геморрагическому шоку и гибели пациентки.

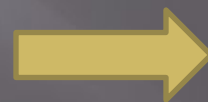
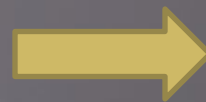
При *неполном аборте*, когда плодное яйцо частично изгоняется из полости матки, в матке обычно задерживаются плодные оболочки, плацента или её часть → матка не сокращается → кровотечение не останавливается.

При полном аборте плодное яйцо полностью изгоняется из полости матки → матка сокращается → кровотечение прекращается.

Угрожающий аборт



НАЧАВШИЙСЯ АБОРТ ХОДУ



НЕПОЛНЫЙ АБОРТ АБОРТ



ПОЛНЫЙ

Лечение

Цель лечения угрозы прерывания беременности — расслабление матки, остановка кровотечения и пролонгирование беременности в случае наличия в матке жизнеспособного эмбриона или плода.

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

В РФ общепринята другая тактика ведения беременных с угрозой выкидыша. При этой патологии назначают постельный режим, физический и сексуальный покой, полноценную диету, фолиевую кислоту, витамин Е, а в качестве симптоматического лечения — спазмолитические препараты (дротаверин, но-шпа, свечи с папаверином), растительные седативные лекарственные препараты (отвар пустырника, валериана), кровоостанавливающие препараты (этамзилат натрия — дицинон, викасол, транексамовая кислота), сульфат магния в/в кап., либо дозатором. По строгим показаниям назначается гормональная терапия — гестагены (Дюфастон, Утрожестан, Прогестерон).

Больным с абортом в ходу и неполным выкидышем, с целью остановки кровотечения, показано немедленное инструментальное удаление остатков плодного яйца и выскабливание стенок полости матки (предпочтительнее вакуум-аспирация). В дальнейшем таким больным показана противовоспалительная, антибактериальная и кровоостанавливающая терапия в условиях гинекологического стационара, с последующим курсом реабилитации в женской консультации после выписки пациентки.

НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Неразвивающаяся беременность (замершая беременность) — прекращение развития плодного яйца: гибель эмбриона или плода до гестационного срока 22 недели.

Эпидемиология

Частота невынашивания беременности в популяции составляет 20%. Невынашивание беременности составляет 45 – 88,6% от числа самопроизвольных выкидышей на ранних сроках.

Классификация

По результатам УЗИ выделяют два типа НБ:

1. Анэмбриония
2. Гибель эмбриона (плода)

Этиология и патогенез

НБ – полиэтиологическое осложнение беременности, наиболее частой причиной является хронический эндометрит с персистенцией условно-патогенных микроорганизмов и/или вирусов. При первичном инфицировании на ранних сроках беременности возможны повреждения эмбриона, несовместимые с жизнью, приводящие к самопроизвольному выкидышу.

Возможны и другие факторы, способствующие НБ:

- Анатомические аномалии;
- Хромосомные дефекты;
- Нарушения свертывающей системы крови.

В основе патогенеза развития НБ лежит хронический эндометрит → повышенный синтез повреждающих цитокинов → аномальная инвазия и повреждение трофобласта на ранних сроках беременности → гибель эмбриона.

Клиническая картина

Клиническая картина неразвивающейся беременности имеет характерные особенности:

1. Исчезновение субъективных признаков беременности:

- Исчезновение тошноты, рвоты, слюнотечения (характерные субъективные признаки в первом триместре);
- Женщина отмечает прекращение шевеления плода (во второй половине беременности);
- Молочные железы уменьшаются в размерах и становятся мягче (возникает на 3 – 6-е сутки после гибели плода).

2. При задержке мертвого плода в матке свыше 3 – 4 недель 10% женщин отмечают общее недомогание, слабость, головокружение, повышение температуры тела.

3. Клинические признаки НБ:

- Боли внизу живота;
- Кровянистые выделения из половых путей;
- Отставание размеров матки от предполагаемого срока беременности.

Диагностика

Диагностика неразвивающейся беременности основана на:

- данных внутреннего и наружного гинекологического исследования (отставание размеров матки от гестационного срока, выделения из половых путей);
- данных эхографического исследования: отсутствие эмбриона в полости плодного яйца (анэмбриония), отсутствие сердечной пульсации или сердцебиения плода; отсутствие роста плодного яйца в динамическом наблюдении; несоответствие размеров эмбриона, желточного мешка гестационному сроку.

Тактика

Тактика ведения пациенток с подтвержденным диагнозом «неразвивающаяся маточная беременность/анэмбриония/погибшая маточная беременность» - удаление плодного яйца/плода.

В ранние сроки плодное яйцо удаляют одномоментно путем инструментального опорожнения полости матки, с расширением цервикального канала кюретажа или используют вакуум-аспирацию.

При прерывании НБ во II триместре используют:

- интраамниальное введение путем трансцервикального или трансвагинального амниоцентеза 20% раствора натрия хлорида;
- использование антипрогестагена («Мифепристон») в сочетании с простагландинами («Энзапрост»);
- изолированное применение простагландинов.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ (НЕДОНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ)

Эпидемиология

В соответствие с Хельсинской конвенцией преждевременные роды считаются роды с 22 до 37 недель беременности, когда рождается ребенок с массой тела от 500 до 2500 г, ростом от 33 см до 45 см, с признаками незрелости.

В нашей стране, согласно приказу МЗ РФ № 318 от 1992г., преждевременными считают роды в сроке от 28 недель и массой плода от 1000 г до 37 недель и массой плода менее 2500 г и ростом менее 45 см, с признаками незрелости.\

Частота преждевременных родов составляет 5 – 10% от всех родов. Высокая частота перинатальной заболеваемости и перинатальной смертности (от 30 до 70%) при преждевременных родах обусловлено низкой массой тела новорожденного, его незрелостью и

Классификация

С точки зрения перинатологии целесообразно классифицировать новорожденных в зависимости от массы тела при рождении:

- новорожденные, родившиеся с массой тела до 2500 г, считаются плодами с низкой массой при рождении;
- до 1500г – с очень низкой массой тела;
- до 1000г – с экстремально низкой массой тела.

Такое разделение связано с различиями в отношении перинатального прогноза у разных групп новорожденных.

Прогноз для жизни недоношенного плода определяется в основном его гестационным возрастом и массой тела

Этиологические факторы преждевременных родов сложны и многообразны.

Прерывание беременности в сроке 22 – 27 недель и рождение плодов с экстремально низкой массой тела (от 500 г до 1000 г) чаще всего обусловлено ИЦН, инфицированием нижнего полюса плодного пузыря и несвоевременным его разрывом.

Прерывание беременности в сроке 28 – 33 недели (масса новорожденных от 1000 г до 1800 г), как правило, полиэтиологично.

Преждевременные роды в сроке 34 – 37 недель беременности обусловлены разными причинами:

- гестозом;
- преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты;
- резус-конфликтом;
- многоплодием;
- многоводием;
- внутриутробным инфицированием.

Факторы риска преждевременных родов:

- низкое социально-экономическое положение женщины;
- экстрагенитальные заболевания (артериальная гипертензия, бронхиальная астма, гипертиреоз, заболевания сердца, анемия с $Hb \leq 90$ г/л);
- наркомания и курение;
- профессиональные вредности;
- наследственность;
- перенесенная вирусная инфекция;
- преждевременные роды в анамнезе;
- ИЦН;
- пороки развития матки;
- перерастяжение матки (многоводие, многоплодие, макросомия при СД);
- хирургические операции во время беременности, особенно на органах брюшной полости или травмы.

Патогенез

Патогенез преждевременных родов связан с:

- повышенным выбросом цитокинов при инфекционном поражении;
- коагулопатическими процессами, приводящими к микротромбозу плаценты с последующей отслойкой;
- повышением количества и активацией окситоциновых рецепторов в миометрии, что способствует открытию кальциевых каналов миоцитов и инициации сократительной деятельности матки.

Патогенетический механизм преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) – инфицирование нижнего полюса плодного пузыря, чему способствует ИЦН.

Классификация

Единой и общепринятой классификации преждевременных родов не существует.

1. Целесообразно выделение следующих интервалов:

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

2. По механизму возникновения преждевременные роды делятся на:

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

Преждевременные роды

22 НЕДЕЛИ



22-23 недели



23-24 НЕДЕЛИ



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

Постановлением Правительства РФ от 11 августа 2003 г. составлен перечень социальных показаний к искусственному аборту:

- 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.

Классификация (продолжение)

3. Выделяют следующие *клинические стадии течения преждевременных родов*:

1. угрожающие преждевременные роды;
2. начинающиеся преждевременные роды;
3. начавшиеся преждевременные роды.

Дифференцировать переход одной стадии в другую бывает сложно или невозможно. В этом случае следует ориентироваться на *динамику раскрытия маточного зева* или руководствоваться данными *КТГ-мониторинга сократительной деятельности матки*.

Клиническая картина

Угрожающие преждевременные роды характеризуются:

- болями в поясничной области и внизу живота;
- возбудимость и тонус матки повышены;
- шейка матки сохранена, наружный зев шейки матки закрыт;
- повышенная двигательная активность плода;
- предлежащая часть прижата ко входу в малый таз.

При отсутствии адекватной терапии начинается регулярная родовая деятельность, происходит динамика сглаживания шейки матки и раскрытия маточного зева.

При начавшихся преждевременных родах отмечают:

- схваткообразные боли внизу живота;
- при влагалищном исследовании определяется укорочение и сглаживание шейки матки, раскрытие маточного зева;
- чувство давления и распираания в области влагалища;
- учащенное мочеиспускание — симптом низкого расположения предлежащей части.

При *преждевременном разрыве плодных оболочек* (ПРПО) беременная предъявляет жалобы на жидкие выделения из половых путей.

При обильном подтекании околоплодных вод уменьшается объем живота беременной, снижается ВДМ.

В случае развития *хориоамнионита* появляются

Тактика

В зависимости от ситуации при недоношенной беременности придерживаются консервативно-выжидательной (продолжение беременности) или активной тактики ведения.

Консервативно-выжидательная тактика показана как при угрожающих, так и при начавшихся преждевременных родах в тех случаях, когда продолжение беременности не противопоказано.

Активная тактика ведения вплоть до экстренного абдоминального родоразрешения показана при:

- ПОНРП;
- Эклампсии;
- Острой гипоксии плода;
- Декомпенсации тяжелых экстрагенитальных заболеваний.

Лечение

В современном акушерстве используют комплексный подход в лечении угрожающих и начавшихся преждевременных родов.

1. Немедикаментозное лечение:

постельный/полупостельный режим, физический, эмоциональный и половой покой.

2. Медикаментозное лечение включает в себя:

- токолитическую терапию;
- профилактику РДС плода;
- седативную и симптоматическую терапию.

Токолитическая терапия

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 используют препараты следующих групп:

- **β-адреномиметики** (фенотерол – «Партусистен», гексопреналин – «Гинипрал», сальбутамол, «Ритодрин», «Бриканил»);
- **магния сульфат 25% раствор;**
- **антагонисты кальциевых каналов** (верапамил, нифедипин, изоптин, финоптин);
- **ингибиторы простагландинсинтетазы** («Индометацин»).

β-адреномиметики действуют через β-адренорецепторы, которые появляются после 25 недели беременности, поэтому раньше этого срока их применение нецелесообразно.

Схема №1

«Гинипрал» эффективность составляет 86%, но при этом препарат обладает рядом побочных эффектов опасных для матери и плода.

Доза при в/в кап введении – 100 мкг на 400 мл физ. раствора или 5% раствора глюкозы. Начинают со скорости 6 – 8 капель в минуту, для достижения эффекта постепенно увеличивают скорость введения до 15 – 20 кап/мин.

За 20 минут до окончания инфузии беременной дают препарат в таблетке (1т-500 мкг). В дальнейшем прием таблетированных форм осуществляется по 1т. 4 – 6 раз/сут.

При достижении эффекта доза постепенно снижается.

Схема №2

25% раствор сульфата магния — эффективность 67%, обладает меньшим побочным эффектом на мать и плод.

Введение осуществляют с помощью инфузомата, либо на разведении с 5% раствором глюкозы. Скорость введения 1 — 2 г сухого вещества в час. Курсовая доза от 10 до 20 г сухого вещества.

Схема №3

Верапамил (блокатор кальциевых каналов) — эффективность почти такая же как у β -адреномиметиков, меньше побочных эффектов.

Принимают по 40 — 80 мг 4 — 6 раз в день.

Нифедипин 10 — 20 мг сублингвально 3 раза в день.

Схема №4

Индометацин (ингибитор простагландинсинитетазы). Эффективность – 72%.

Особенности в применении:

- общая курсовая доза не должна превышать 1000 мг и длительность лечения не более 5 дней;
- используют при сроке беременности от 22 до 32 недель, при нормальном объеме околоплодных вод;
- начальная доза составляет 100 мг ректально или 50 мг перорально. При отсутствии эффекта повторить дозу через 1 час;
- назначать по 25 – 50 мг каждые 4 – 6 ч в течение 48 ч;
- определить объем ОВ до начала токолиза, а затем через 48 – 72 ч. При выявлении маловодия следует прекратить прием препарата или уменьшить дозу;
- при нарастании признаков угрозы немедленно прекратить прием препарата и использовать токолитик группы β -адреномиметиков.

Противопоказания к применению Индометацина:

- задержка развития плода;
- аномалии почек плода;
- хориоамнионит;
- маловодие;
- пороки сердца плода;
- синдром трансфузии при двойне.

При длительном применении индометацина возможно кровоизлияние в надпочечники плода!

Токолиз противопоказан при:

1. внутриматочной инфекции или подозрении на нее;
2. многоводии;
3. кровянистых выделениях при предлежании плаценты;
4. при ПОНРП;
5. нарушении сердечного ритма плода;
6. уродствах плода;
7. антенатальной гибели плода;
8. подозрении на несостоятельность рубца на матке;
9. раскрытии маточного зева на 4 см и более!

Профилактика РДС плода

*Является неотъемлемой частью терапии
преждевременных родов.*

1. Беременной назначают глюкокортикоиды, которые способствуют синтезу сурфактанта и ускоряют созревание легких плода.
2. Профилактику дистресс-синдрома плода назначают при сроках от 28 до 34 полных недель.

Схема №1

- Дексаметазон в/м 4 мг 5 инъекций, с интервалом введения 6 часов, курсовая доза - 20 мг.
- Либо в/м 6 мг 4 инъекции с интервалом введения 12 ч, курсовая доза - 24 мг.
- Либо пероральное назначение по 2 мг (4 таблетки) 4 приема в первый день (суточная доза 8 мг), по 2 мг в 3 приема во второй день (суточная доза 6 мг), по 2 мг в 2 приема в третий день (суточная доза 4 мг).

Схема №2

Бетаметазон в/м по 12 мг 1 раза в день, с интервалом введения 24 ч. Курсовая доза - 24 мг.

Профилактическое действие глюкокортикоидов продолжается 7 дней.

Допустимо однократное повторное (через 7-10 дней) введение глюкокортикоидов при сроке беременности менее 34 недель и отсутствие признаков зрелости легких плода.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!