



НЕВЫНАШИВАНИЕ

**ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ
РОДЫ**

Невынашивание

– самопроизвольное прерывание беременности в различные сроки беременности до 37 недель

Привычное невынашивание

- прерывание беременности два и более раза

Недонашивание

– прерывание беременности в сроки от 28 до 37 недель (менее 259 дней)

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

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

Клиническая картина

- угрожающих преждевременных родов

- Боли в пояснице и в нижней части живота
- Возбудимость и тонус матки повышены
- Шейка матки сохранена, наружный зев её закрыт

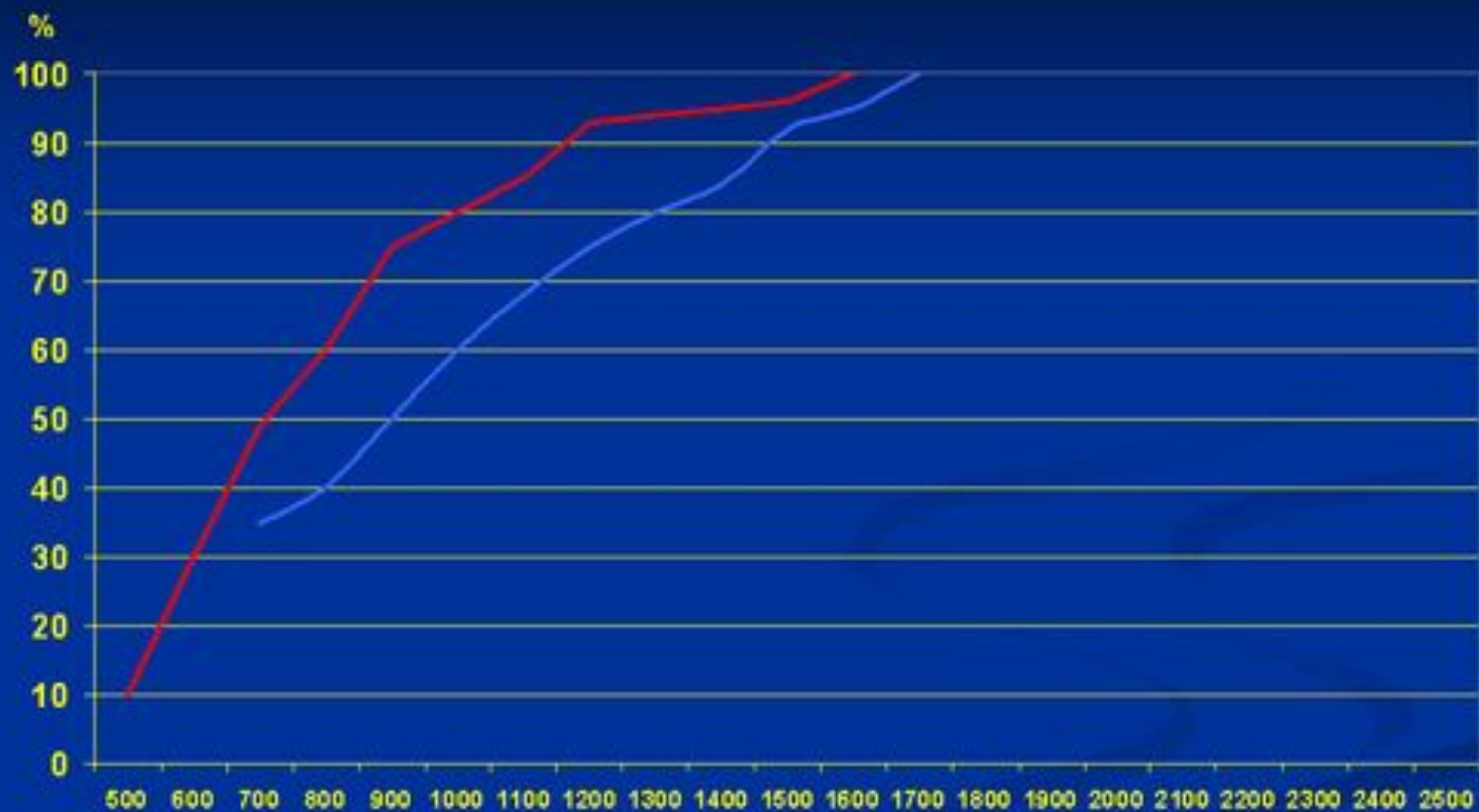
- начавшихся преждевременных родов

- Регулярная родовая деятельность
- Динамика раскрытия шейки матки (более 2-4 см)

Структура заболеваемости недоношенных новорожденных

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

Выживаемость недоношенных новорожденных



Химический состав сурфактанта

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

Оценка зрелости легких плода по анализу околоплодных вод

- Этаноловый «пенный» тест Клементса.
- Определение оптической плотности плодных вод спектрофотометром или фотоэлектрокалориметром (длина волны 650 нм)
- Отношение концентраций лецитин/сфингомиелин ($A/C \geq 2,0$)
- Наличие фосфатидилглицерина (≥ 2 мкг/мл)
- Определение количества ламеллярных телец: отношение фосфолипидов ламеллярных телец к общим фосфолипидам $\geq 0,35$

Лечение угрозы преждевременных родов:

- Постельный режим
- Немедикаментозные средства
 - психотерапия,
 - электрорелаксация матки,
 - иглоукалывание,
 - электроанальгезия,
 - электрофорез магния
- Медикаментозная терапия
 - седативная (настойки пустырника, валерианы)
 - токолитическая терапия
 - профилактика синдрома дыхательных расстройств плода
 - этиологическая: гормонотерапия, серкляж шейки матки, антибиотикотерапия

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)

Основные группы токолитиков

- **β_2 - адреномиметики**
- **Сульфат магния**
- **Нестероидные противовоспалительные средства**
- **Ингибиторы кальциевых каналов**
- **Доноры оксида азота**
- **Конкурентные агонисты окситоцина
(атозибан)**

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

Потенциальные осложнения β_2 - адреномиметиков

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

Противопоказания к применению β_2 - адреномиметиков

- Лихорадка
- Инфекционные заболевания у матери и плода
- Гипокалиемия
- Сердечно-сосудистые заболевания:
 - кардиомиопатия,
 - нарушения проводимости и ритма сердца,
 - миокардит.
- Тиреотоксикоз
- Глаукома
- Сахарный диабет
- Кровотечение во время беременности

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

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

Потенциальные осложнения магнезиального токолиза

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

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**

Нестероидные противовоспалительные средства

Индометацин 150 - 300 мг/сут

- * *Снижает продукцию околоплодных вод*

Антагонисты кальция

Верапамил Финоптин

120 – 240 мг/сут

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

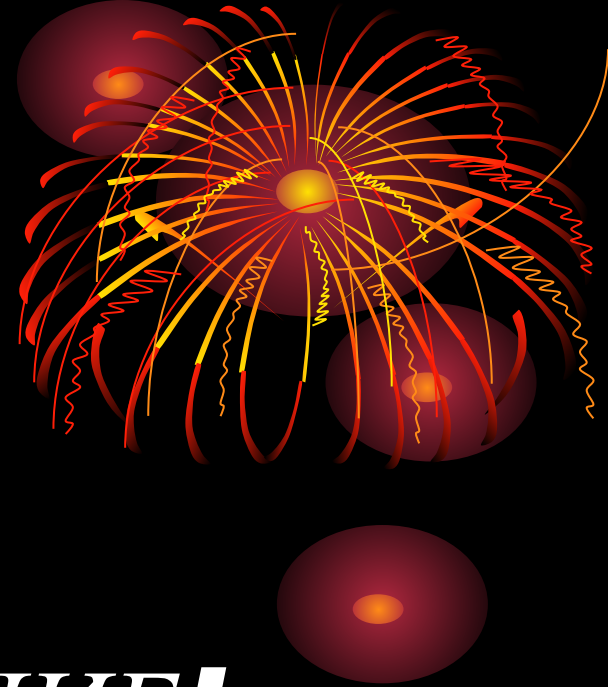
- 4 грамма в сутки внутримышечно

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**



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!