

КазНМУ им.С.Д. Асфендиярова

Невынашивание беременности. Преждевременные роды

Выполнила: Кадырова Б.М.
Проверила: Мошкалова Г.Н.

Алматы 2015г.

Под «**невынашиванием беременности**» понимают самопроизвольное прерывание беременности на сроках до 37 недель. Если это произошло до 22 недель, говорят о **выкидыше**, если позже — о **преждевременных родах**.

Диагноз «**привычное невынашивание**» ставят в том случае, если выкидыш или преждевременные роды случались у женщины более двух раз.

Причины невынашивания

- гормональные нарушения — недостаточная функция яичников, плаценты, нарушение функции надпочечников, приводящие к дефициту эстрогенов и/или прогестерона или избытку мужских половых гормонов (андрогенов);
- хромосомные и генные аномалии плода, наличие которых несовместимо с жизнью (особенно при ранних выкидышах).
- истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН);
- острые инфекционные заболевания (грипп, краснуха и т.д.);
- хронические инфекции половых путей (хламидиоз, микоплазмоз и т.д.). Микроорганизмы могут вызывать воспаление слизистой оболочки матки, оболочек плода, плаценты и нарушать развитие беременности.

- пороки развития матки (седловидная, двурогая матка и т.д.);
- опухоли матки (миомы) и яичников;
- перенесенные искусственные аборты;
- заболевания почек, сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем организма, испытывающих дополнительную нагрузку во время беременности;
- вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания), влияющие на формирование и развитие плодного яйца;
- чрезмерное физическое и нервное напряжение;
- вредные факторы окружающей среды (воздействие радиации, вредных химических веществ, лекарственных препаратов и т.д)

Преждевременными родами называют роды, наступившие при сроке беременности от 22 до 37 недель.



Факторы риска:

Преждевременные роды в анамнезе.

Курение.

Низкий социальный статус.

Инфекционные заболевания.

Истмико-цервикальная недостаточность.

Аномалии развития матки.

Многоплодная беременность.

Возраст 16 лет и младше.

Низкий росто-весовой показатель.

Первичная профилактика:

- Определить группы риска.
- Ранняя диагностика угрозы преждевременных родов.
- Диагностики и лечения бактериального вагиноза до 20 нед. беременности.

Не доказана эффективность влияния на частоту преждевременных родов:

- Усиленного антенатального ухода: увеличение дородовых посещений, постельный режим, психологическая и социальная поддержка, диеты, половое воздержание, госпитализация в «критические сроки», раннее профилактическое использование токолитиков, метаболическая терапия и т.д.
- Наложения профилактического шва на шейку матки кроме случаев ИЦН.
- Лечения бактериального вагиноза после 20 нед. гестации.
- Профилактического назначения антибиотиков при целом плодном пузыре.

Диагностические критерии:

- Клинически документированные сокращения матки – 2 за 10 минут в сочетании со структурными изменениями шейки матки и/или разрывом плодных оболочек.

Тактика лечения:

На всех этапах оказания помощи необходима полная информированность пациентки об ее состоянии, состоянии плода, прогнозе исхода преждевременных родов для новорожденного, выбранной акушерской тактики и возможных осложнениях.

Врачебная тактика при ведении преждевременных родов в основном определяется: гестационным сроком и состоянием родовых путей.

Открытие маточного зева	Срок беременности	
	менее 34 нед.	34-37 нед.
менее 3 см	<ul style="list-style-type: none"> - Токолиз на время профилактики РДС и транспортировки - начать профилактику антибиотиками: ампициллин по 2 г в/в каждые 6 часов до рождения ребенка - перевод на 3 уровень 	<ul style="list-style-type: none"> - токолиз на время транспортировки - начать профилактику антибиотиками: ампициллин по 2 г в/в каждые 6 часов до рождения ребенка - перевод на 2 уровень
более 3 см	<ul style="list-style-type: none"> - начать профилактику антибиотиками: ампициллин по 2 г в/в каждые 6 часов до рождения ребенка - вызов неонатолога - роды 	<ul style="list-style-type: none"> - начать профилактику антибиотиками: ампициллин по 2 г в/в каждые 6 часов до рождения ребенка - вызов неонатолога - роды

Антибиотикопрофилактика показана при любом виде преждевременных родах.

Профилактика РДС проводится с 24 до 34 недель беременности:

Внутримышечно 4 дозы **дексаметазона** по 6 мг с интервалом в 12 часов (24 мг в течение 48 часов) или **бетаметазон** по 12 мг в/м через 24 часа (24 мг в течение 48 часов).

Применение глюкокортикоидов с 22 до 24 нед. неэффективно.

Повторные курсы лечения глюкокортикоидами противопоказаны.

Токолиз

Цель токолитической терапии:

Проведение курса профилактики РДС.

Перевод на соответствующий уровень оказания неонатальной помощи.

Препаратами для токолиза являются **нифедипин** и **атосибан**, поскольку доказаны их преимущества по сравнению с другими препаратами.

Схема применения нифедипина.

10 мг перорально, если сокращения матки сохраняются – через 15 минут 10 мг повторно. Затем по 10 мг каждые 3-8 часов в течение 48 часов до исчезновения схваток. Максимальная доза – 160 мг/день.

Схема применения атосибана.

Терапия атосибаном должна проводиться в три последовательных этапа:

1 – сначала болюсно вводится раствор для инъекций в начальной дозе 6,75мг или 0,9мл,

2 – сразу после этого проводится длительная инфузия раствора в высокой дозе – 300мкг/мин - это 18мг, или 24 мл в час (нагрузочная инфузия) в течение 3 часов,

3 – после этого проводится длительная инфузия (до 45 часов) концентрата в низкой дозе 100мкг/мин - это 6мг или 8мл в час.

Длительность лечения не должна превышать 48 часов.

Общая доза на весь курс не должна превышать 330мг.

Рекомендуемый мониторинг при токолизе:

Контроль состояния плода, измерение пульса, АД каждые 30 минут в течение первого часа, затем ежечасно в течение первых 24 часов, затем каждые 4 часа.

Токолитические препараты назначают в режиме монотерапии. Комбинированное назначение токолитиков увеличивает риск побочных эффектов и практически не имеет преимуществ перед назначением одного препарата.

При хориоамнионите токолитическая терапия противопоказана!

Особенности ведения преждевременных родов:

- Непрерывная психологическая поддержка во время родов, полная информированность пациентки о сложившейся акушерской ситуации и прогнозе исхода родов для новорожденного.
- Ведение преждевременных родов при головном предлежании плода осуществляется через естественные родовые пути. Преждевременные роды независимо от срока беременности не являются показанием к кесареву сечению.
- При обезболивании родов не применять лекарственные препараты, угнетающие дыхательный центр плода. Предпочтительнее эпидуральная анестезия.

- Не проводить рутинно эпизиотомию, пудендальную анестезию.
- Обязательное присутствие неонатолога.
- Температура в родильном зале не менее 28°, строго соблюдать «тепловую цепочку».
- При выкладывании младенца на грудь матери покрыть его теплым одеялом, дыхание и сердцебиение выслушать в этом положении
- Пережать пуповину после прекращения пульсации.
- По возможности обеспечить раннее грудное вскармливание.

**Спасибо
за внимание!**

