



ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации

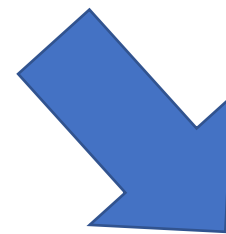
Невынашивание беременности. Преждевременные роды. Лечение. Профилактика.

Выполнила: студентка 507 группы
лечебного факультета
Рахмонова Фарзона

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ:



ПЕРВИЧНАЯ

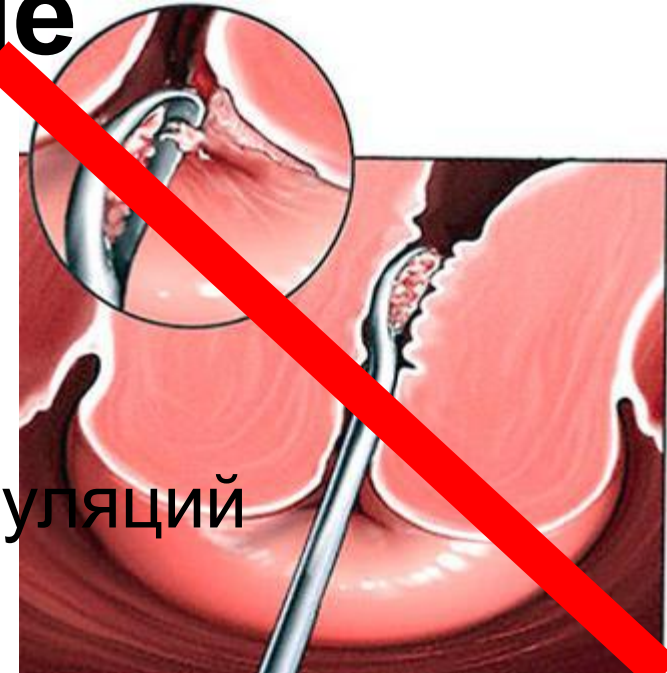


ВТОРИЧНАЯ

Первичная профилактика (вне беременности):

Рекомендуется:

- ограничение повторных внутриматочных манипуляций (выскабливание полости матки);
- информирование общественности о повышенном риске преждевременного рождения детей, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.



Не рекомендуется:

- рутинное применение поливитаминов до зачатия и на протяжении первых двух месяцев беременности;
- назначение белково-энергетических пищевых добавок в период беременности;
- дополнительный прием кальция во время беременности;
- дополнительный прием антиоксидантов - витаминов С и Е;
- постельный режим (bed-rest);
- гидратация (усиленный питьевой режим, инфузионная терапия), используемая в целях нормализации фетоплацентарного кровотока для предотвращения преждевременных родов.

Акушерский пессарий



Показания для установки

пессария:

- Диагностированная ИЦН: pessaries используется как monotherapy и как дополнение к хирургическому serclage (шов на шейку матки).
- **В целях профилактики выкидышей и преждевременных родов у женщин, страдающих привычным невынашиванием.**
- При наступлении долгожданной беременности после продолжительного бесплодия, у возрастных и совсем юных беременных, у женщин с дисфункцией яичников и генитальным инфантилизмом.
- **При прогрессирующем укорочении и раскрытии шейки матки, то есть при возникновении угрозы невынашивания.**
- У женщин, занятых физическим трудом.
- У беременных с деформацией и рубцами на шейке матки.
- При многоплодной беременности.
- У женщин с измененным психоэмоциональным состоянием по отношению к прогнозу беременности.

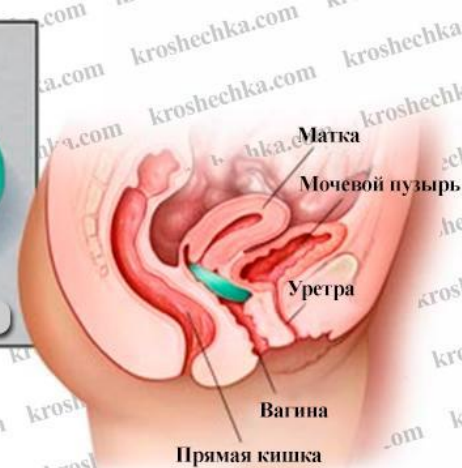
- **Противопоказания для пессария**

- При наличии у матери или плода патологии, при которой не показано сохранение беременности.

- При кровянистых выделениях из половых путей (2-3 триместр беременности).

- При воспалительных заболеваниях влагалища и шейки матки, требующих лечения.

- При выраженных степенях ИЦН и пролабировании плодного пузыря.



Вторичная профилактика (в период беременности):

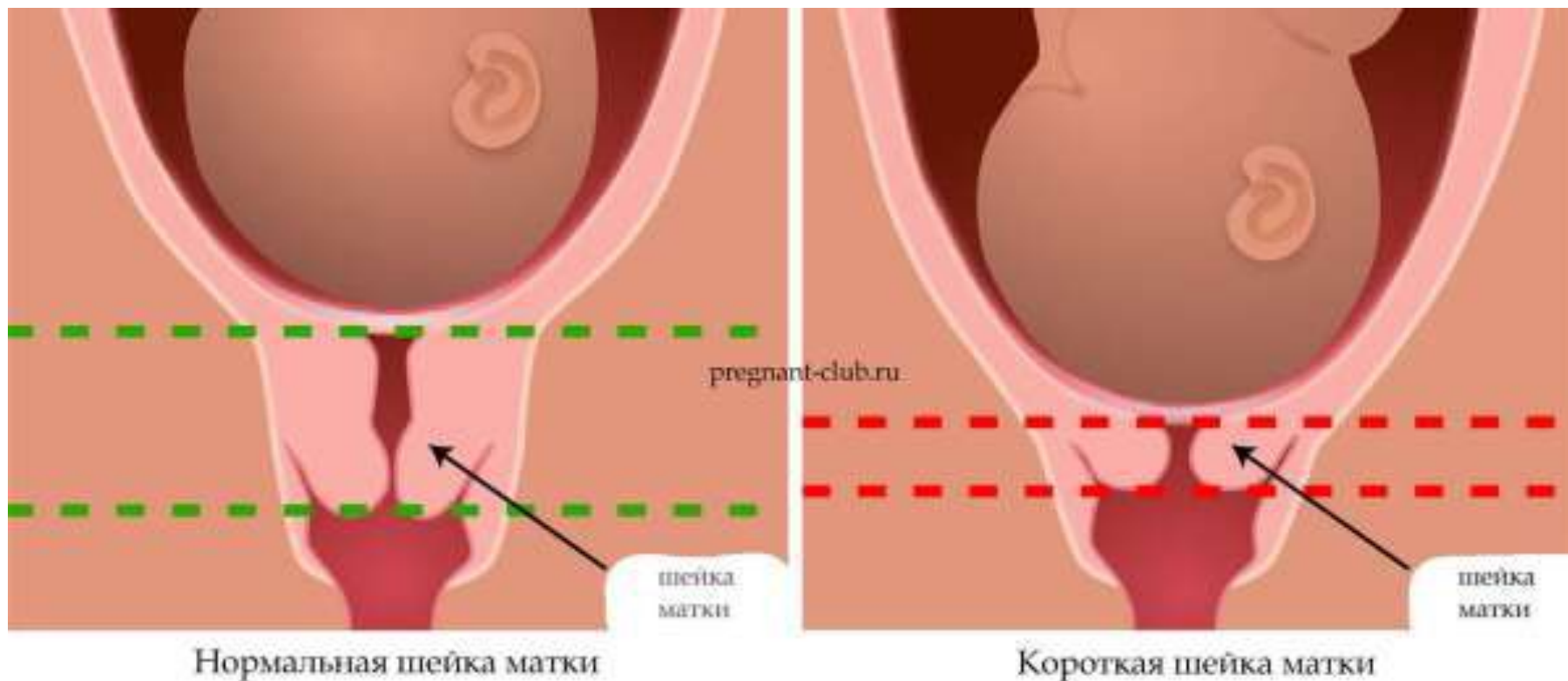
- внедрение антитабачных программ среди беременных;
- назначение вагинального прогестерона в капсулах беременным с короткой шейкой матки (10-25 мм) или с преждевременными родами в анамнезе.

Отдельные методы профилактики в группе беременных высокого риска преждевременных родов:

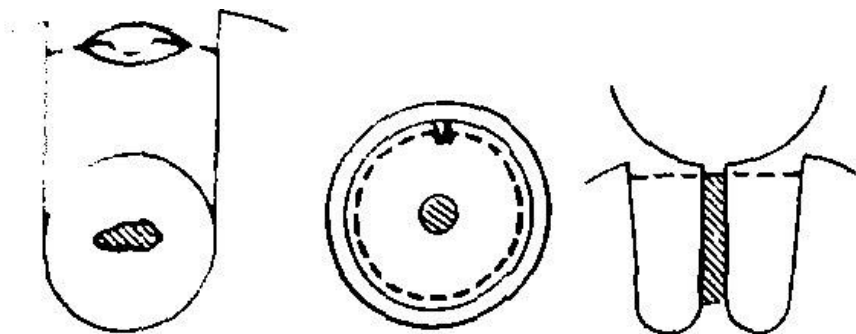
- Швы на шейку матки.

Считается неэффективным наложение швов при короткой шейке матки всем беременным, кроме женщин из группы высокого риска преждевременных родов.

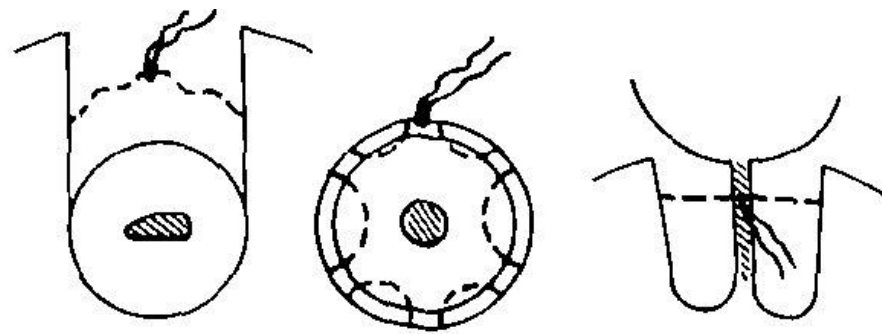
При длине шейки матки 15 мм и менее при дополнительном интравагинальном введении прогестерона частота преждевременных родов уменьшается.



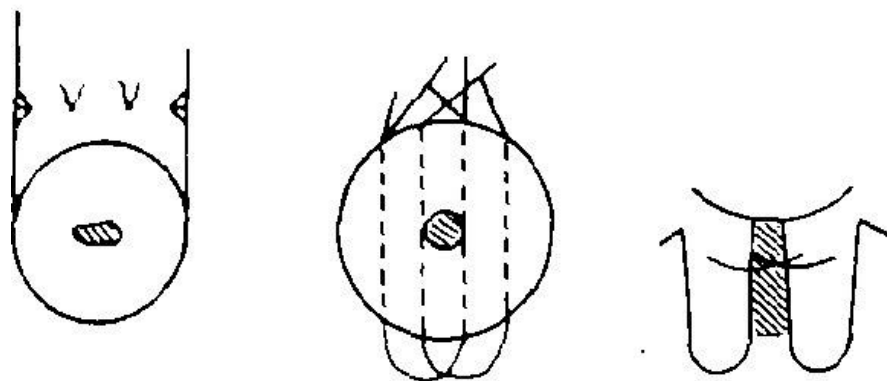
Швы на ШМ:



Зашивание шейки матки по методу Широкара (схема).



Зашивание шейки матки по методу Мак-Дональда (схема).



Двойной П-образный шов на шейку матки по методу Любимовой—Мамедалиевой (схема).

NB! При беременности двойней наложение швов на укороченную шейку матки, наоборот, повышает риск преждевременных родов. Вместе с тем, рядом авторов описывается положительный опыт наложения П-образных и циркулярных швов, которые способствуют пролонгированию беременности до рождения жизнеспособных детей (>33-34 недель беременности), при двойнях, тройнях и даже четверне.

- Производные прогестерона. По данным мировой литературы эффективно назначение прогестерона в группе высокого риска у «асимптомных» женщин (прежде всего среди женщин, в анамнезе которых имеются преждевременные роды) снижает риск повторных преждевременных родов на 35 %.



Антибактериальная профилактика

Скрининг и лечение бессимптомной бактериурии, определяемой как наличие бактерий в посевах в количестве более 10 КОЕ/мл. Выбор препарата зависит от результатов посева (чувствительности к антибиотикам). Возможная схема лечения:

- 500 мг 4 раза в день per os в течение 3 дней;

Лечение сифилиса. Возможные схемы лечения:

- - первичный, вторичный и ранний латентный: пенициллин 2,5 млн. ЕД (1,5 г) однократное внутримышечное введение;
- поздний латентный: пенициллин 2,5 млн. ЕД (1,5 г) трехкратное внутримышечное введение с интервалом в 1 неделю.

Лечение гонококковой инфекции в группе высокого риска по гонорее. Возможные схемы лечения: цефтриаксон 125 мг или цефиксим 400 мг однократное внутримышечное введение.

- Не рекомендуется:
- назначение антибиотиков при целом плодном пузыре (даже при положительном фибронектиновом тесте);
- рутинный скрининг на патогенную и условно-патогенную флору нижних отделов половых путей у беременных из группы низкого риска преждевременных родов, а также антибактериальная терапия при колонизации.

- NB! Имеется положительный опыт пролонгирования беременности при включении в комплекс лечебных мероприятий антибактериальной терапии при лейкоцитозе с нейтрофильным сдвигом, выявлении высокой колонизации патогенных и условно-патогенных микроорганизмов в бактериологических посевах из влагалища и шейки матки у беременных высокого риска

Рекомендуется:

Скрининг и лечение **бактериального вагиноза** у беременных с преждевременными родами в анамнезе. Имеются данные о том, что лечение бактериального вагиноза, проведенное на сроке беременности менее 20 недель, может снизить риск преждевременных родов.

Возможные схемы лечения: метронидазол 500 мг 2 раза в день per os в течение 7 дней, или метронидазол 250 мг 3 раза в день per os в течение 7 дней, или препараты клиндамицина 300 мг 2 раза в день per os 7 дней

ВВ! В I-м триместре стоит воздержаться от лечения, так как метронидазол и клиндамицин противопоказаны при этом сроке беременности.





Скрининг и лечение хламидийной инфекции.

Возможные схемы лечения:
азитромицин 1 г однократно per os или эритромицин (кроме эритромицина эстолата) 500 мг 4 раза в день per os в течение 7 дней [74], или амоксицилин 500 мг 4 раза в день - 7 дней, или джозамицин 500 мг 3 раза в день per os в течение 7 дней



ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Врачебная тактика при преждевременных родах зависит от гестационного срока, клинической картины (угрожающие или начавшиеся (активные) преждевременные роды), целостности плодного пузыря и должна придерживаться следующих основных направлений:

1. Прогнозирование наступления преждевременных родов.
2. Повышение жизнеспособности плода (профилактика РДС плода).
3. Пролонгирование беременности для перевода матери в учреждение соответствующей группы, проведения профилактики РДС, подготовки к рождению недоношенного ребенка.
4. Профилактика и лечение инфекционных осложнений, в том

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАЧАЛА НАСТУПЛЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

С прогностической целью в настоящее время используются следующие маркеры преждевременных родов:

- определение длины шейки матки с помощью гинекологического исследования или УЗИ. Чаще всего используют показатели: $< 2,5$ см, < 3 см. При неосложненной беременности эти методы позволяют выявить женщин с повышенным риском преждевременных родов (например, при длине шейки 2,5 см и менее риск преждевременных родов повышается в 6 раз по сравнению с таковым в популяции). Однако чувствительность этого метода низкая (25-30% для гинекологического исследования и 35-40% для УЗИ), что не позволяет использовать данный тест в качестве скрининга;

Тест на определение фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1) в цервикальном секрете для оценки зрелости шейки матки. Отрицательный результат указывает на низкий риск преждевременных родов в течение 7 дней после проведения теста. Прогностическая ценность отрицательного результата - 94 %

Actim Partus



Принцип теста

Фосфорилированный ПСИФР-1 (ф ПСИФР-1) производится децидуальными клетками. Плодные воды, сыворотка плода и беременной женщины, напротив, содержат большие количества нефосфорилированного ПСИФР-1. При приближении срока родов плодная оболочка начинает отделяться от децидуальной оболочки. В результате высвобождается небольшое количество фосфорилированного ПСИФР-1.

- NB! Наиболее точный на сегодня маркер преждевременных родов - **выявление фибронектина в шейно-влагалищном секрете на сроке беременности до 35 недель**, что свидетельствует о повышенном риске преждевременных родов, особенно в течение 2 недель с момента проведения теста. Обычно фибронектин плода отсутствует в шейно-влагалищном секрете с 24 недель беременности почти до родов, однако в 24—26 недель его обнаруживают у 3-4% женщин; риск преждевременных родов у этих женщин значительно повышен. Для клинической практики очень важно то, что этот тест имеет высокую прогностическую ценность отрицательного результата — при отсутствии фибронектина во влагалищном секрете вероятность того, что женщина родит в течение недели, составляет около 1 %.

ПРОФИЛАКТИКА РДС ПЛОДА

- Усилия, направленные на повышение жизнеспособности плода при преждевременных родах, заключаются в антенатальной профилактике РДС кортикостероидными препаратами. Антенатальная кортикостероидная терапия (АКТ) для ускорения созревания легких плода используется с 1972 года. АКТ высокоэффективна в снижении риска развития РДС, ВЖК и неонатальной смерти недоношенных новорожденных при сроке беременности 24-34 полные недели (34 недель 0 дней). Курсовая доза АКТ составляет 24 мг.



- Схемы применения: 2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг с интервалом 24 часов (наиболее часто используемая схема в РКИ, вошедших в систематический обзор); или 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг с интервалом 12 часов;
- или 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов



- NB! Эффективность вышеуказанных препаратов одинакова, однако следует учитывать, что при назначении дексаметазона отмечается более высокая частота госпитализации в ПИТ, но более низкая частота ВЖК, чем при использовании бетаметазона

Показания для проведения профилактики РДС:

- преждевременный разрыв плодных оболочек;
- клинические признаки преждевременных родов в 24-34 полные (34 недель 0 дней) недели (любое сомнение в истинном гестационном сроке стоит трактовать в сторону меньшего и провести профилактику)
- беременные, нуждающиеся в досрочном родоразрешении из-за осложнений беременности или декомпенсации ЭГЗ (гипертензивные состояния, СЗРП, предлежание плаценты, сахарный диабет, гломерулонефрит и т.д).

ТОКОЛИЗ

- Токолиз при угрожающих преждевременных родах направлен на подготовку плода к преждевременному рождению, что заключается в проведении профилактики РДС плода и переводе беременной в перинатальный центр (лечебное учреждение 3-4 группы).

Общие противопоказания к проведению токолиза:

Акушерские противопоказания:

- хориоамнионит;
 - отслойка нормально или низко расположенной плаценты (опасность развития матки Кювелера);
 - состояния, когда пролонгирование беременности нецелесообразно (эклампсия, преэклампсия, тяжелая экстрагенитальная патология матери).
-
- Противопоказания со стороны плода:
 - пороки развития, несовместимые с жизнью;
 - антенатальная гибель плода.

- Выбор токолитика в настоящее время наиболее популярными токолитиками являются селективные β_2 -адреномиметики, блокаторы рецепторов окситоцина и блокаторы кальциевых каналов.



Внутривенно
1 ампула по 2 мл содержит:
Гексопренилина сульфат - 0,010 мг
Натрия пиросульфит - 0,040 мг
Динатрия эдетат дигидрат - 0,050 мг
Натрия хлорид - 18,00 мг
Серная кислота 2 N сколько требуется
для оптимизации pH.
Вода для инъекций - до 2 мл



Селективные β_2 -адреномиметики

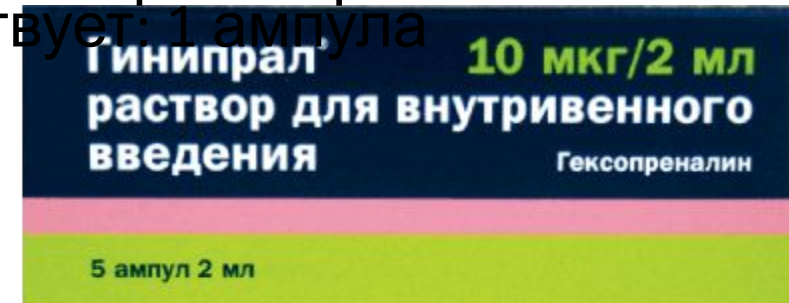
- Препараты этой группы являются наиболее изученным в плане материнских и перинатальных эффектов. Их представителями в нашей стране являются гексопреналина сульфат и фенотерол. При использовании этих препаратов релаксация миометрия достигается связыванием их с β_2 -адренергическими рецепторами и повышением уровней внутриклеточного циклического аденозин-монофосфата, что, в свою очередь, активирует протеин-киназу. Инактивирует легко-цепочечную миозин-киназу и подавляет сократительную активность миометрия.

Противопоказания для использования β -адреномиметиков:

- сердечно-сосудистые заболевания матери (стеноз устья аорты, миокардит, тахиаритмии, врожденные и приобретенные пороки сердца, нарушения сердечного ритма);
- гипертиреоз;
- закрытоугольная форма глаукомы
- инсулинзависимый сахарный диабет;
- дистресс плода, не связанный с гипертонусом матки.

Рекомендуемые схемы применения гексопреналина сульфат

- острый токолиз следует начинать с болюсного введения 10 мкг (1 ампула по 2 мл) препарата, разведенного в 10 мл изотонического раствора, в течение 5-10 минут с последующей инфузией со скоростью 0,3 мкг/мин;
- при проведении длительного токолиза рекомендуемая доза гексопреналина сульфат- 0,075 мкг/мин. Максимальная суточная доза 430 мкг. При приготовлении раствора для введения с использованием внутривенных систем концентрат для инфузий разводят 500 мл изотонического раствора натрия хлорида. Приготовленный раствор вводят в/в капельно. Расчет дозы 0,3 мкг/мин соответствует: 1 ампула (25 мкг)
 - 120 капель в минуту,
 - 2 ампулы (50 мкг) - 60 капель в минуту и т.д.;
 - при использовании инфузوماتов: 75 мкг концентрата для инфузий (3 ампулы) разводят в 50 мл изотонического раствора натрия хлорида; скорость введения 0,075 мкг/мин
- указанная дозировка используется как ориентировочная - подбирается



Внутривенно

1 ампула по 2 мл содержит:
Гексопреналина сульфат - 0,010 мг
Натрия пиросульфит - 0,040 мг
Динатрия эдетат дигидрат - 0,050 мг
Натрия хлорид - 18,00 мг
Серная кислота 2 N сколько требуется для оптимизации pH.
Вода для инъекций - до 2 мл



Рекомендуемые схемы применения Фенотерол (фенотерола гидробромид)

- при приготовлении раствора для введения с использованием внутривенных систем концентрат для инфузий 2 ампулы по 0,5 мг (1 мл - 2,5 мкг) разводят в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида. Начинают инфузию со скоростью 0,5 мкг/мин (5 капель в минуту), увеличивая дозу при необходимости каждые 15 мин до достижения эффекта. Чаще всего эффективная доза соответствует 1,5-2 мкг/мин (15-20 капель в минуту).
- Внутривенный токолиз проводят в положении женщины на левом боку под кардиомониторным контролем.

При использовании β 2-адреномиметиков необходимы:

- контроль ЧСС матери каждые 15 минут;
- контроль АД матери каждые 15 минут;
- контроль уровня глюкозы крови каждые 4 часа;
- контроль объема вводимой жидкости и диуреза; в аускультация легких каждые 4 часа;
- контроль за состоянием плода и сократительной активностью матки.

Блокаторы рецепторов окситоцина

- Антагонисты окситоциновых рецепторов являются принципиально новым классом токолитических препаратов, они блокируют окситоциновые рецепторы, способствуют снижению тонуса миометрия и уменьшению сократимости матки [46,47]. Кроме того, препараты этой группы угнетают эффекты вазопрессина путем связывания с его рецепторами. В эту группу входит препарат



Атозибан вводят в/в в 3 последовательных этапа:

1. Вначале в течение 1 минуты вводится 1 флакон по 0,9 мл препарата без разведения (начальная доза 6,75 мг)
2. Сразу после этого в течение 3-х часов проводится инфузия препарата в дозе 300 мкг/мин (скорость введения 24 мл/час или 8 капель/мин.)
3. После этого проводится продолжительная (до 45 часов) инфузия атозибана в дозе 300 мкг/мин (скорость введения 8 мл/час или 3 капли/мин.).

Основными противопоказаниями к применению блокаторов рецепторов окситоцина являются:

- срок беременности 33 полных недель;
- преждевременный разрыв оболочек при беременности сроком >30 нед;
- задержка роста и/или признаки его дистресса;
- маточное кровотечение;
- тяжелая преэклампсия;
- внутриутробная смерть плода;
- подозрение на внутриматочную инфекцию;
- предлежание или преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- любые другие состояния, которые касаются как матери, так и плода, при которых сохранение беременности представляет опасность

Блокаторы кальциевых каналов



На сегодняшний день перспективными препаратами для токолитической терапии вследствие меньшей выраженности побочных эффектов со стороны беременной являются блокаторы кальциевых каналов. Чаще используется нифедипин, поскольку доказаны его преимущества по сравнению с другими токолитическими препаратами

- меньшая частота побочных эффектов;
- увеличение пролонгирования беременности (снижение неонатальных осложнений - некротизирующего энтероколита, ВЖК и неонатальной желтухи).

Схемы применения нифедипина:

- 20 мг per os; далее - если сокращения матки сохраняются — через 30 минут 20 мг повторно, затем по 20 мг каждые 3-8 часов в течение 48 часов по показаниям. Максимальная доза 160 мг/сутки; или 10 мг сублингвально, затем, при необходимости, каждые 20 минут по 10 мг (максимальная

Побочные эффекты (только со стороны матери):

- гипотензия (крайне редко проявляется у пациенток с нормотонией);
- тахикардия;
- головные боли, головокружение, тошнота.

Рекомендуемый мониторинг при токолизе нифедипином:

1. постоянный контроль ЧСС плода, пока имеются маточные сокращения;
2. измерение пульса, АД каждые 30 минут в течение первого часа, затем каждый час в течение первых 24 часов, затем каждые 4 часа

Ингибиторы циклооксигеназы — индометацин (применяется до 32 недель беременности)

Побочные эффекты:

- со стороны матери: тошнота, рефлюкс, гастрит;
- со стороны плода: преждевременное закрытие артериального протока, олигурия и маловодие.

Противопоказания:

- нарушения свертываемости;
- кровоточивость;
- нарушения функции печени;
- язвенная болезнь
- Астма
- повышенная чувствительность к аспирину

Схема острого токолиза: начиная с 50-100 мг ректально или per os, затем по 25 мг каждые 6 часов (не более 48 часов).

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- Во время преждевременных родов антибиотики должны быть назначены с профилактической целью. Первую дозу следует вводить как минимум за 4 часа до рождения ребенка. Схема применения: ампициллин — начальная доза 2 грамма в/в сразу после диагностики преждевременных родов, затем по 1 грамму каждые 4 часа до родоразрешения;
- или цефалоспорины 1-го поколения - начальная доза 1 грамм в/в, затем каждые 6 часов до родоразрешения; или при положительном результате посева на стрептококк группы В (БГСА) начальная доза 3 г пенициллина в/в, затем по 1,5 грамм каждые 4 часа до родоразрешения .

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ

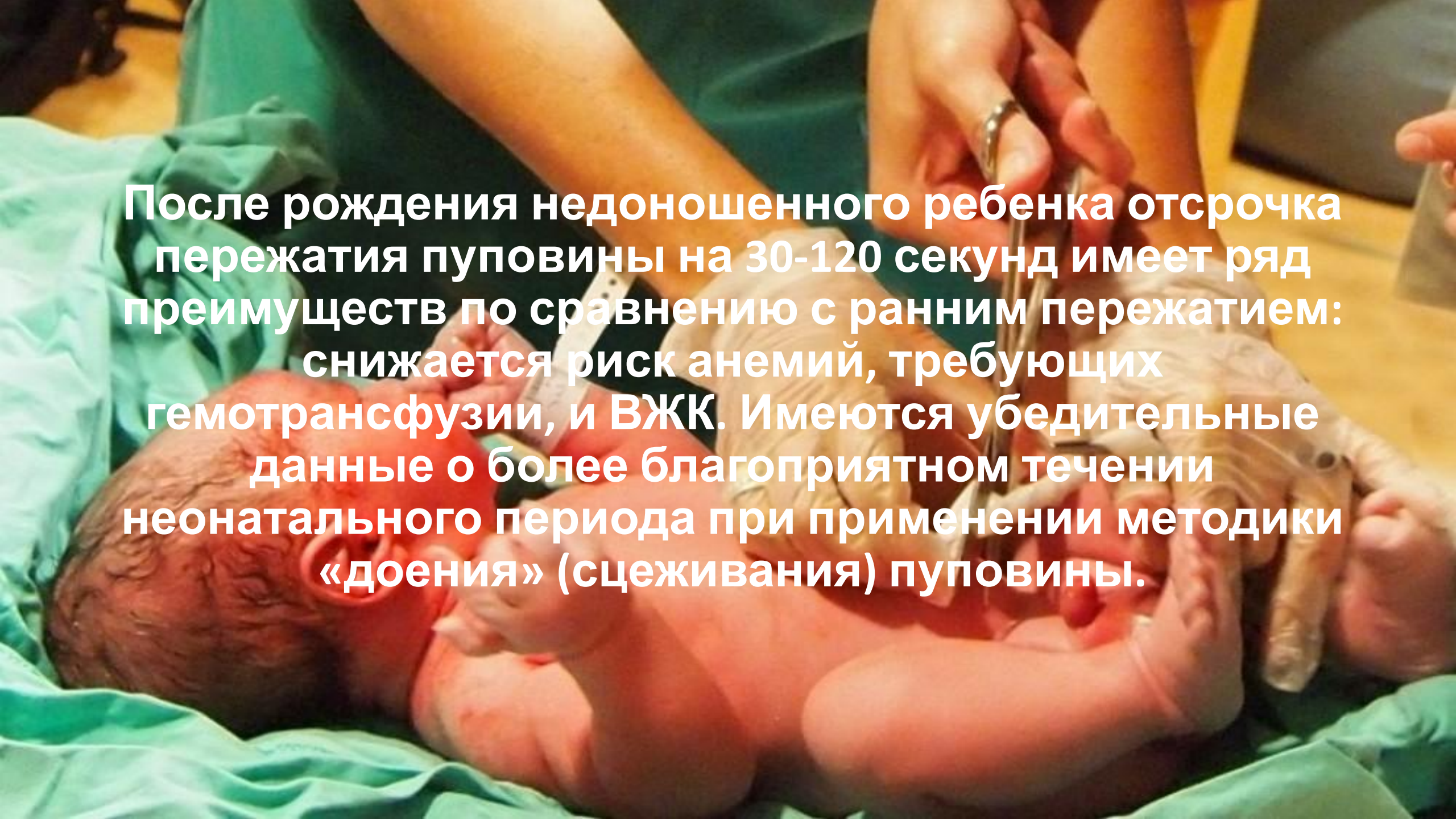
Регулярные схватки (4 за 20 мин) и раскрытие маточного зева	До 33 нед 6 дней беременности	34-37 нед беременности
Менее 3 см	Перевод в стационар 3-й группы Начать профилактику РДС Начать токолиз	Перевод в стационар 2-й группы Начать токолиз (на время транспортировки)
3 см и более	Для стационара 1-й группы - вызов мобильной неонатологической реанимационной бригады Роды	Вызов неонатолога Роды

- При преждевременных родах может быть использован любой вид обезболивания, немедикаментозного и медикаментозного.
- **NB! Эпидуральная анальгезия предпочтительнее применения наркотических анальгетиков для обезболивания преждевременных родов из-за большей эффективности и меньшей токсичности**
- Неэффективно рутинное использование эпизиотомии для профилактики травм плода;
- Опасно использование выходных щипцов для рождения головки .
- Вакуум-экстракцию плода не следует применять при преждевременных родах до срока 34 недель беременности из-за повышения риска неонатальной заболеваемости, связанной с высокой частотой субглиальных (между апоневрозом и надкостницей) гематом

Методы родоразрешения

- Выбор метода родоразрешения зависит от состояния матери, плода, его предлежания, срока беременности, готовности родовых путей и возможностей учреждения, где происходят преждевременные роды. Нет убедительных данных в пользу кесарева сечения в плане более благоприятного течения неонатального периода при преждевременных родах и задержке роста плода. Плановое КС по сравнению с вагинальными родами не улучшает исходов для недоношенного ребенка, увеличивая материнскую заболеваемость. Поэтому вагинальные роды для недоношенного плода в головном предлежании предпочтительны, особенно при сроке беременности более 32 недель. КС должно проводиться по обычным акушерским показаниям. Данные об эффективности оперативного родоразрешения при тазовом предлежании противоречивы. Выбор метода родоразрешения должен быть индивидуальным и основываться на клинических показаниях.

- NB! При ножном предлежании показано КС. КС также производится при наличии даже начальных признаков нарушения состояния плода по данным антенатальной КТГ или УЗ-доплерометрии. Выбор вида разреза па матке во время КС зависит от срока беременности, предлежания плода, выраженности нижнего сегмента.



После рождения недоношенного ребенка отсрочка пережатия пуповины на 30-120 секунд имеет ряд преимуществ по сравнению с ранним пережатием: снижается риск анемий, требующих гемотрансфузии, и ВЖК. Имеются убедительные данные о более благоприятном течении неонатального периода при применении методики «доения» (сцеживания) пуповины.

ДОРОДОВОЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- Дородовое излитие околоплодных вод (ДИВ) встречается в 30% преждевременных родов и является причиной неонатальной заболеваемости и смертности.
- Три основные причины неонатальной смертности связаны с ДИВ при недоношенной беременности: недоношенность, сепсис и гипоплазия легких. Смертность новорожденных с внутриутробной инфекцией, проявившейся сепсисом, в 4 раза выше. Риск для матери связан, прежде всего, с хориоамнионитом (13-60%). Доказана связь между восходящей инфекцией из нижних отделов генитального тракта и ДИВ. У каждой третьей пациентки с ДИВ при недоношенной беременности имеются положительные результаты посевов культуры генитального тракта.

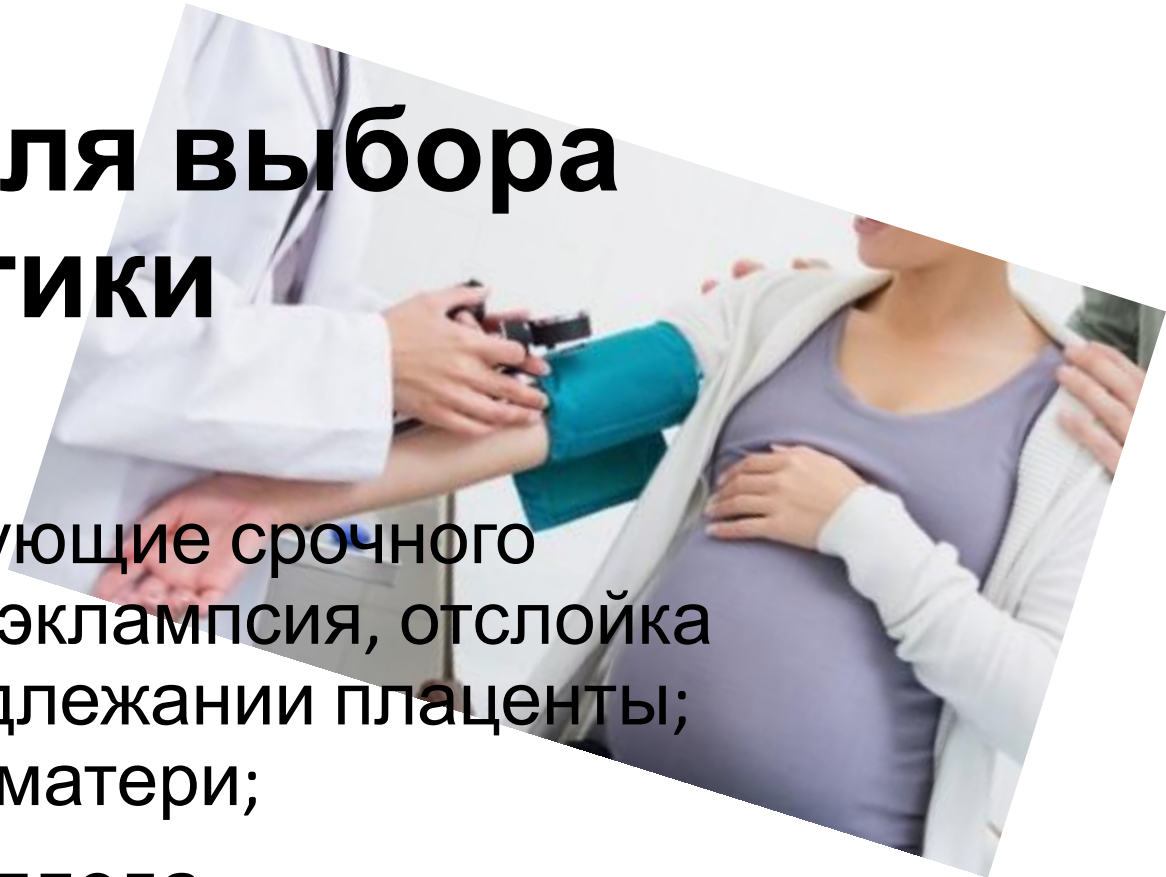
ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ДОРОДОВОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

- Вероятность развития родовой деятельности при излитии околоплодных вод находится в прямой зависимости от гестационного срока: чем меньше срок, тем больше период до развития регулярной родовой деятельности (латентный период).
- В пределах первых суток после преждевременного излития вод спонтанные роды в 26 % случаев начинаются при массе плода 500-1000 грамм, в 51% - при массе плода 1000-2500 грамм, в 81 % - при массе плода более 2500 грамм.
- Пролонгирование беременности при сроке до 22 недель нецелесообразно из-за неблагоприятного прогноза для плода (ниже срока жизнеспособности) и высокой частоты гнойно-септических осложнений у матери. Рекомендуется прерывание беременности.

- Выбор тактики ведения при ДИВ при недоношенной беременности должен быть оформлен в виде информированного согласия пациентки.
- Одна из основных задач при поступлении пациентки с подозрением на отхождение вод - как можно более точно определить срок беременности, так как от этого зависит выбор тактики.
- При сроке до 34 недель при отсутствии противопоказаний показана выжидательная тактика. Однако в последнее время появились данные о нецелесообразности пролонгирования беременности более 28 нед, которое не снижает частоту тяжелых неонатальных инфекционных осложнений.

Противопоказания для выбора выжидательной тактики

- хориоамнионит;
- осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения: преэклампсия/эклампсия, отслойка плаценты, кровотечение при предлежании плаценты; декомпенсированные состояния матери;
- декомпенсированные состояния плода.
- При поступлении пациентки в стационар 1-й и 2-й группы с подозрением на ДИВ при сроке беременности до 34 недель рекомендуется перевод в акушерский стационар 3-го уровня.



Выжидательная тактика (без влагалищного осмотра):

Наблюдение за пациенткой осуществляется в палате отделения патологии беременности с ведением специального листа наблюдений в истории родов с фиксацией каждые 4 часа:

1. температуры тела;
2. пульса;
3. ЧСС плода;
4. характера выделений из половых путей;
5. родовой деятельности

Объем лабораторного обследования:

- посев отделяемого из цервикального канала на БГСА, флору и чувствительность к антибиотикам - при первом осмотре в зеркалах;
- общий анализ крови - лейкоциты, формула - 1 раз в 2-3 дня при отсутствии клинических признаков инфекции;
- определение С-реактивного белка в крови, как предиктора хориоамнионита ;
- оценка состояния плода - УЗИ, УЗ-доплерометрия, КТГ регулярно, не реже 1 раза в 2-3 дня.

- Токолитики при преждевременных родах показаны на период не более 48 часов для перевода в перинатальный центр и проведения курса кортикостероидов. Профилактическое использование токолитиков неэффективно.
- Для профилактики РДС плода используют кортикостероиды:
 - 24 мг бетаметазона (по 12 мг в/м через 24 часов) или
 - 24 мг дексаметазона (по 6 мг в/м каждые 12 часов)
- Антибиотикопрофилактику следует начинать сразу после постановки диагноза ДИВ и продолжать до рождения ребенка (в случае задержки родов она может быть ограничена 7-10 сут).

- Схемы назначения антибиотиков: • эритромицин per os по 0,5 г через 6 часов до 10 суток или ампициллин per os по 0,5 г каждые 6 часов до 10 суток или » при выявлении БГСА в микробиологических посевах - пенициллин по 1,5 г в/м каждые 4 часа.

- **NB! При ДИВ не должен использоваться Амоксициллин+клавулановая кислота из-за повышения риска некротизирующего энтероколита.**



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!