**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ .02** **Осуществление лечебно -** д**иагностической деятельности**

**МДК 02.04** **Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний акушерско-гинекологического профиля**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме №3 «Диагностика и лечение осложнений беременности»**

**Лекция 6 Невынашивание беременности**

1.Определение понятия невынашивания беременности.

2.Этиология.

3.Патогенез.

4.Классификация самопроизвольных выкидышей. Клиника

5.Неразвивающаяся беременность.

6.Причины Клиника.

7.Диагностика.

8.Особенности ведения женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе.

9.Диагностика угрожающих и начавшихся родов.

10.Выбор методов обследования, ухода, наблюдения

11.Ведение рожениц при преждевременных родах в зависимости от срока беременности

Согласно Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении стандарта медицинской помощи при свершившемся выкидыше (самопроизвольном аборте) и неразвивающейся беременности (диагностика и лечение) и о внесении изменений в стандарт специализированной медицинской помощи при самопроизвольном прерывании беременности, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 ноября 2012 г. № 590н" и клиническим рекомендациям «Выкидыш в ранние сроки беременности: Диагностика и тактика ведения» слово АБОРТ не применяется в случае самопроизвольного.

***Невынашивание беременности - самопроизвольное прерывание беременности в сроки до 36недель и 6 дней, считая с первого дня последней менструации.***

По определению ВОЗ, невынашиванием беременности считается «изгнание или извлечение из материнского организма эмбриона или плода массой тела 500 г и менее», что приблизительно соответствует сроку беременности менее 22 недель и плод еще считается нежизнеспособным.

Частота невынашиваний беременности составляет 15-20 % от общего числа всех клинически выявленных беременностей. От 40 до 80 % невынашиваний беременности происходит в I триместре беременности, причем практически каждая вторая женщина даже не предполагает, что у нее была беременность.

Исход беременности зависит от возраста пациентки: если у 20-летней пациентки с двумя выкидышами в анамнезе вероятность благоприятного исхода последующей беременности составляет 92 %, то у женщины в 45 лет с аналогичным числом выкидышей - 60 %.

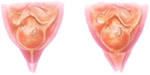
В тех случаях, когда у женщины происходит подряд три невынашивания беременности в сроке беременности до 20 недель, устанавливают диагноз «привычного невынашивания» беременности

***Причины невынашивания***

Невынашивание беременности, как правило, является следствием не одной, а нескольких причин, оказывающих свое действие одновременно или последовательно. Основными причинами считают

* генетические факторы;
* инфекции, передающиеся половым путем (ИППП);
* эндокринные нарушения;
* иммунные факторы;
* врожденную и приобретенную патологию матки;
* другие факторы.

Одной из причин невынашивания беременности является **истмико-цервикалъная недостаточность** (чаще является последствием частых и грубых внутриматочных вмешательств и травматических повреждений шейки матки при абортах и в родах). При влагалищном исследовании определяется укорочение и размягчение шейки матки, шеечный канал свободно пропускает палец за область внутреннего зева. При осмотре в зеркалах виден зияющий наружный зев шейки матки с вялыми краями, возможно пролабирование плодного пузыря.



Прерывание беременности на ранних сроках может быть результатом естественного отбора, что приводит к смерти патологически развивающегося эмбриона и/или плода.



***Самопроизвольный выкидыш.***

***В зависимости от степени отслойки плодного яйца и опорожнения полости матки различают:***

* угрожающий выкидыш;
* начавшийся выкидыш;
* выкидыш в ходу;
* неполный выкидыш;
* полный выкидыш

***Угрожающий выкидыш*** - отслойка плодного яйца только намечается, имеются незначительные кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота и поясничной области, воды целы, зев закрыт, матка мягкая, безболезненная. При УЗИ регистрируется сердцебиение плода.



***При начавшемся выкидыше***  более выражены и постепенно нарастают кровотечение и схваткообразная боль. Внутреннее исследование на догоспитальном этапе нежелательно.(Цервикальный канал приоткрыт) Лишь срочная госпитализация позволит оказать необходимую помощь и, возможно, сохранить беременность

***Выкидыш в ходу*** - отслойка плодного яйца прогрессирует.Тело матки меньше предполагаемого срока. Боль схваткообразного характера, кровотечение усиливается. Внутренний и наружный зев открыты, элементы плодного яйца находятсяв цервикальном канале или во влагалище. Сохранить беременность нельзя. Показано выскабливание плодного яйца в условиях стационара.

***Неполный*** ***выкидыш*** характеризуется рождением части плодного яйца, обычно плода и оболочек. Остающаяся в матке часть плодного яйца препятствует сокращению матки и остановке кровотечения. Чаще встречается после 12 нед берем. На УЗИ в полости матки – остатки плодного яйца. В этом случае показан кюретаж остатков плодного яйца

***Полный выкидыш***. Происходит рождение плодного яйца полностью. Матка сокращается и кровотечение останавливается.

***Септический(инфицированный ) выкидыш***- сопровождается лихорадкой, ознобом и недомоганием. Кровянистые, иногда гноевидные выделения.

**Факторы, связанные с ранней потерей беременности**:

■Поздний возраст матери (риск самопроизвольного выкидыша составляет 9–7% в 20–30 лет, 20% в 35 лет, 40% в 40 лет, 80% в 45 лет);

■ паритет (у женщин с двумя и более беременностями в анамнезе риск выкидыша выше, чем у нерожавших женщин, вне зависимости от возраста);

■ наличие самопроизвольных выкидышей в анамнезе (риск потери беременности у женщины с одним самопроизвольным выкидышем в анамнезе составляет 18–20%, с двумя выкидышами — 30%, более трёх —43%; риск выкидыша у женщины, предыдущая беременность которой закончилась родами, составляет 5%);

■ курение (при потреблении более 10 сигарет в день);

■ применение нестероидных противовоспалительных средств в период до зачатия (в результате подавления синтеза простагландинов частота выкидышей повышается до 25% по сравнению с 15% у женщин, не получавших анальгетики; исключение составляет ацетаминофен);

**Другие факторы:**

* лихорадка (температура выше 37,7 °С);
* травмы плодного яйца, в том числе инвазивные методики пренатальной диагностики (риск прерывания беременности составляет 3–5%);
* дефицит фолиевой кислоты (повышается риск самопроизвольного выкидыша с 6 до 12 нед беременности).

**Факторы, которые ошибочно ассоциируют с ранней потерей беременности:**

* Авиаперелеты
* Тупая травма живота
* Использование контрацептивных средств до беременности
* Физические упражнения до наступления беременности
* Вакцинация против ВПЧ (16/18)
* Сексуальная активность
* Стресс
* Предыдущие беременности в первом триместре

***Лечение.***

1. Терапия при нарушении беременности будет различной в зависимости от клинической картины и стадии выкидыша (угрожающий, начавшийся, «в ходу», неполный и полный), срока беременности.
2. Начинать лечение необходимо как можно раньше, т.к. сохранить беременность легче в стадии угрожающего выкидыша, труднее - в стадии начавшегося и невозможно - во всех последующих.
3. Лечение женщин с угрожающим и начавшимся самопроизвольным выкидышем должно осуществляться только в стационарных условиях.

Партусистен принимают внутрь в виде таблеток или внутривенно. Таблетки, содержащие 5 мг препарата, назначают каждые 2-3-4 часа (максимальная суточная доза - 40 мг).

После выкидыша женщине рекомендуют предохраняться от беременности в течение 6 месяцев для восстановления, обследования и лечения выявленной патологии. Для предохранения от беременности назначают оральные контрацептивы с лечебным эффектом (Жанин, Ярина, Джес), которые следует применять от 3 до 6 месяцев по контрацептивной схеме

***Профилактика невынашивания беременности:***

* обследование у гинеколога перед планированием беременности
* своевременное лечение гинекологических и эндокринных заболеваний до беременности;
* отказ от абортов;
* здоровый образ жизни;
* отказ от вредных привычек,
* регулярные физические упражнения

***Показания для плановой госпитализации:***

* истмико-цервикальная недостаточность - для хирургической коррекции.

***Показания для экстренной госпитализации:***

* аборт в ходу;
* неполный самопроизвольный аборт;
* несостоявшийся аборт;
* неразвивающаяся беременность.

***Неразвивающаяся ,беременность*** это патологическое состояние при вынашивании ребенка. До определенного момента развитие плода идет своим чередом, но в какой-то момент останавливается и наступает гибель плода. Это может на любом сроке беременности.

Вызвать замирание беременности может даже обычный грипп перенесенный женщиной во время беременности, однако чаще всего неразвивающаяся беременность связана с инфекциями, передающими половым путем. Замершая беременность может быть связана и с иммунными, и с аутоиммунными заболеваниями матери (когда организм женщины воспринимает плод, как инородное тело, и отвергает его); и с патологиями матки.

Провоцируют замирание и гибель плода, вредные привычки с которыми будущая мама не расстается во время беременности, такие как ***курение,*** злоупотребляющие ***алкоголем*** или прием ***наркотиков.***

Зачастую замершая беременность женщиной никак не ощущается и какими-то подозрительными симптомами не сопровождается.

Говорить о наличии неразвивающейся беременности можно после проведения ультразвукового исследования, если **УЗИ не фиксирует сердцебиение и двигательной активности плода.** В случае обнаружения неразвивающейся беременности, женщину в срочном порядке госпитализируют и проводят выскабливание матки – это необходимо сделать во избежание инфицирования женщины вследствие нахождения в матке мертвых тканей.

Планировать следующую беременность рекомендуется не раньше, чем через 6-12 месяцев – когда организм женщины будет восстановлен от потрясения.

**Осложнения**

Основное осложнение — маточное кровотечение, которое в некоторых случаях настолько интенсивно, что требует хирургического лечения (выскабливание стенок полости матки).

**ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

■ Определение β-субъединицы ХГЧ.

■ УЗИ — признаки нарушенного развития плодного яйца при маточной беременности:

❑ отсутствие сердцебиения эмбриона с копчико-теменным размером 5 мм и более;

❑ отсутствие эмбриона при размерах плодного яйца 25 мм и более при трансабдоминальном сканировании и 18 мм и более при трансвагинальном сканировании, измеренных в трёх ортогональных плоскостях;

❑ аномальный желточный мешок (может быть больше гестационного срока, неправильной формы, смещён к периферии или кальцифицирован);

❑ частота сердечных сокращений эмбриона менее 100 в минуту в гестационном сроке 5–7 нед;

❑ большие размеры ретрохориальной гематомы (более 25% поверхности плодного яйца).

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Необходимо проводить дифференциальную диагностику с внематочной беременностью, пузырным заносом, нарушениями менструального цикла (олигоменореей), доброкачественными и злокачественными заболеваниями матки и её шейки, а также влагалища.

**ПРОГНОЗ**

Прогноз, как правило, благоприятный. После одного самопроизвольного выкидыша риск потери следующей беременности возрастает незначительно (18–20% по сравнению с 15% при отсутствии выкидышей в анамнезе). При наличии двух последовательных самопроизвольных прерываний беременности рекомендуют обследование данной супружеской пары для выявления причин невынашивания. При 3 и более выкидышей – привычный.

**Физикальное обследование**

* Базовые обследования (темп, ЧСС, ЧДД, АД)
* Обследование живота
* Влагалищное исследование: - осмотр при помощи зеркал(гистология)

- бимануальное исследование

**Преждевременными родами называется прерывание беременности в сроке беременности 22 – 36 недель 6дней (приказ № 318)** **(154 - 259 дней), начиная с первого дня последней нормальной менструации при регулярном менструальном цикле, при этом масса тела плода составляет от 500 до 2500 г.**

**Клинические рекомендации (протокол лечения) «Преждевременные роды» от 2013г.**

***Причины преждевременных родов:***

***Выделяют материнские и плодовые факторы.***

* аномальная форма матки;
* многоводие;
* многоплодие;
* преждевременный разрыв околоплодного пузыря;
* недостаточность шейки матки (ИЦН);
* нарушения в развитии плода;
* гибель плода;
* внутриматочная спираль;
* экстрагенитальные заболевания матери (к примеру, высокое кровяное давление или инфекции);
* отягощённый акушерский анамнез;
* предлежание плаценты
* преждевременная отслойка плаценты
* внутриутробное инфицирование плода
* ошибка в определении срока родов, означающая, что на самом деле ребенок не является недоношенным.

******

**Классификация ПР в соответствии со сроком гестации:**

* до 28 недель (27 недель 6 дней включительно) - очень ранние ПР, 5% всех преждевременных родов. При этом новорожденные являются глубоко недоношенными, имеют экстремально низкую массу тела (до 1000 г), выраженную незрелость легких (хотя в ряде случаев профилактика РДС эффективна). Прогноз для них крайне неблагоприятный. Показатели заболеваемости и смертности новорожденных крайне высокие.
* 28-30 недель 6 дней - ранние ПР, около 15% всех преждевременных родов. Для новорожденных (тяжелая недоношенность) характерна очень низкая масса тела (до 1500 г), легкие плода незрелые, с помощью кортикостероидов удается добиться их ускоренного созревания. Исход родов для плода и постнатальный прогноз более благоприятны.
* 31-33 недели 6 дней - преждевременные роды, около 20% всех преждевременных родов. У новорожденных имеет место недоношенность средней степени.
* 34-36 недель 6 дней - поздние преждевременные роды, 70% всех преждевременных родов. Легкие плода практически зрелые и не требуют введения средств для стимуляции созревания (сурфактанта). Инфекционная заболеваемость новорожденных, родившихся в 34-37 недель беременности, значительно ниже, чем родившихся в более ранние сроки. Пролонгирование беременности при этом сроке не оказывает существенного влияния на показатели смертности новорожденных.

***Клиника преждевременных родов***.

***Угрожающие преждевременные роды*** характеризуются появлением тянущих или схваткообразных болей внизу живота или в поясничной области раньше 37 недель беременности. При этом начинаются структурные изменения шейки матки: шейка укорочена, цервикальный канал проходим для 1 пальца. На УЗИ можно уточнить развитие нижнего сегмента матки.

***Начавшиеся преждевременные роды*** характеризуются регулярными схватками. Шейка раскрывается, происходит отхождение вод. Если при угрозе преждевременных родов терапия может останавливать процесс, то при начале преждевременных родов их останавливать нельзя, можно только их задерживать на несколько часов

***Особенности течения преждевременных родов.***

Роды начинаются с незрелой шейкой матки, поэтому есть риск развития аномальной родовой деятельности.

40% преждевременных родов начинаются с преждевременного отхождения вод. Часто в родах развивается внутриутробная гипоксия плода, так как плод незрелый. Преждевременные роды часто осложняются кровотечением в связи с предлежанием плаценты, ПОНРП, плотного прикрепления плаценты. Ребёнок нуждается в повышенной температуре (внутрикровной - 37.7), и очень внимательном уходе.

**Классификация в зависимости от клинического фенотипа (спонтанные и индуцированные роды):**

**Таблица 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Спонтанные (70-80%) | | Индуцированные (20-30%) | |
| Показания со стороны матери | Показания со стороны плода |
| Регулярная родовая деятельность при целом плодном пузыре (40- 50%) | Излитие околоплодных вод при отсутствии регулярной родовой деятельности (25-40%) | Тяжелые ЭГЗ с декомпенсацией угрожающие жизни, осложнения беременности (тяжелая преэклампсия/эклампсия, HELLP-синдром,  внутрипеченочный холестаз беременных и др. | Прогрессирующее ухудшение состояния,  антенатальная гибель плода |

С 2012 года прерывание беременности в связи с тяжелыми структурными аномалиями развития плода (некурабельные ВПР) должно производиться до 22 нед. Беременности.

**ДИАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

Диагностика преждевременных родов связана с определенными трудностями, так как отсутствует специфическая симптоматика. Диагноз начала преждевременных родов может быть уточнен с помощью трансвагинального УЗИ с измерением длины шейки матки или определения фибронектина плода в шеечно-влагалищном секрете. В целях определения риска преждевременных родов используют доступные в нашей стране экспресс-тест-системы для определения фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1) в цервикальном секрете [32,33,34,35]. Указанные методы повышают диагностическую точность и снижают риск ятрогенных осложнений, так как препятствуют гипердиагностике преждевременных родов.

**Для диагностики активных преждевременных родов важны два показателя**: регулярные схватки (не менее 4 за 20 мин наблюдения) и динамические изменения шейки матки (укорочение и сглаживание). Степень раскрытия шейки матки является индикатором прогноза эффективности токолиза. При раскрытии зева более 3 см (признак активной фазы первого периода) токолиз скорее всего будет неэффективен.

***Изменения шейки матки являются более объективным показателем, чем оценка родовой деятельности. При длине шейки матки более 3 см, вероятность начала родов в течение ближайшей недели составляет около 1 %. Такая пациентка не подлежит госпитализации или может быть выписана из стационара (В-2а).***

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

При угрожающих преждевременных родах, основным симптомом которых являются боли внизу живота и в пояснице, дифференциальная диагностика проводится с патологией органов брюшной полости, в первую очередь с патологией кишечника - спастическим колитом, острым аппендицитом, заболеваниями почек и мочевыводящих путей -пиелонефритом, мочекаменной болезнью, циститом. При возникновении болей в области матки необходимо исключить некроз узла миомы, несостоятельность рубца на матке, ПОНРП.

***Тактика ведения родов зависит.***

1.От срока беременности.

2.От состояния плодного пузыря (отошли или нет воды).

3.Состояние матери и плода

Необходимо 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 числе при преждевременном разрыве плодных оболочек.

***Сохраняющая терапия при угрозе преждевременных родов.***

1.Снятие схваток: ***бета-адреномиметики; партусистен; алупент, сальбутамол, бриканил, внутривенно.***

2.Спазмолитики: ***метацин, баралгин, но-шпа, магнезия сульфат - внутримышечно.***

3.Антогонисты простагландинов*:* ***индометацин*.**

4.Антогонисты кальция: нифедипин***, верапамил, изоптин.***

5.Иглорефлексотерапия, электрофорез с магнезией.

**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 % [35].

***NB! Наиболее точный на сегодня маркер преждевременных родов – выявление фибронектина в шеечно-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 шеечно-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%.***

Для более точного прогнозирования преждевременных родов необходимо использовать комплексную оценку: клинические симптомы и данные объективного обследования.

**ДИАГНОСТИКА ДОРОДОВОГО ИЗЛИТИЯ**

**ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД**

Во многих случаях диагноз очевиден в связи с жидкими прозрачными выделениями из влагалища.

***NB! При подозрении на ДИВ желательно избегать влагалищного исследования, кроме случаев, когда есть признаки активной родовой деятельности, так как оно значительно увеличивает риск распространения инфекции и вряд ли определит тактику дальнейшего ведения беременности иродов (В-2b).***

Если разрыв оболочек произошел достаточно давно, диагностика может быть затруднена. Возможно проведение следующих диагностических тестов после тщательного сбора анамнеза:

• предложить пациентке чистую прокладку и оценить характер и количество выделений через 1 час;

• произвести осмотр на гинекологическом кресле стерильными зеркалами - жидкость, вытекающая из цервикального канала или находящаяся в заднем своде, подтверждает диагноз;

• провести «цитологический тест» (симптом «папоротника»; частота ложноотрицательных ответов более 20 %);

• использовать одноразовые тест-системы, основанные на определении нефосфорилированной формы протеина1, связанного с инсулиноподобным фактором роста или плацентарного а-микроглобулина-1, для обнаружения околоплодных вод во влагалищном отделяемом ;

• провести УЗИ - олигогидрамнион в сочетании с указанием на истечение жидкости из влагалища подтверждает диагноз ДИВ (В-2Ь).

**Объем лабораторного обследования:**

• посев отделяемого из цервикального канала на Р-гемолитический стрептококк, 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 [68];

• оценка состояния плода - УЗИ, УЗ-допплерометрия, КТГ регулярно, не реже 1 раза в 2-3 дня.

***NB! В случае ДИВ - биофизический профиль плода оценивать нецелесообразно.***

***ЛЕЧЕНИЕ:***

1.Дигидропиридиновые производные (нифедипин).

2.Ингибиторы циклооксигеназы индометацин (применяется до 32 недель беременности).

3.Бета2-адреностимуляторы селективные (при непереносимости нифедипина)

4.Токолиз гексопреналином.

5.Препараты магния.

6.Лечение бессимптомной бактериурии.

7.Производные фенилалкиламина (верапамил).

8.Профилактика РДС: глюкокортикоиды.

9.Лечение бактериального вагиноза.

10.При наличии хориоамнионита токолитическая терапия противопоказана.

12.В сроке до 24-25 недель и длине шейки матки более 15 мм наложение швов на шейку матки

**Токолитики** при преждевременных родах показаны на период не более 48 часов для перевода в перинатальный центр и проведения курса кортикостероидов (В-2а). Профилактическое использование токолитиков неэффективно (А-1Ь) [64].

**Антибиотикопрофилактику** следует начинать сразу после постановки диагноза ДИВ и продолжать до рождения ребенка (в случае задержки родов она может быть ограничена 7-10 сут).

**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) (А-1а) [36,37,38]. 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 (А-1Ь) [36].***

***Показания для проведения профилактики РДС:***

* преждевременный разрыв плодных оболочек;
* клинические признаки преждевременных родов (см. выше) 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).

***NB! Спорным вопросом остается эффективность АКТ при сроках более 34 недель. Возможно, лучшей рекомендацией на сегодняшний день может быть следующая: назначение АКТ при сроке беременности более 34 недель при имеющихся признаках незрелости легких плода (в частности у беременных с наличием сахарного диабета 1 или 2 типа) [38]. Рутинное назначение РДС-профилактики после 34 нед беременности не рекомендуется (II) в виду отсутствия положительного влияния на снижение частоты развития РДС у новорожденных .***

Эффективность применения селективных р2-адреномиметиков доказана в плане возможности пролонгирования беременности на 24, 48 час и 7 дней, что, однако не сопровождается снижением частоты РДС или перинатальной смертности.

Нифедипин и атосибан имеют сопоставимую эффективность в пролонгировании беременности до 7 дней.

Наименьшего уровня смертности среди новорожденных, родившихся преждевременно, особенно глубоконедоношенных, удается достичь при незамедлительном начале высококачественной неонатальной помощи, что возможно только в условиях перинатального центра. Поэтому беременные из группы риска рождения ребенка с массой тела менее 1500 грамм, должны быть заблаговременно переведены в стационар 3-го уровня. Решение о переводе беременной принимается в соответствии с клинической ситуацией.

На всех этапах оказания помощи необходима полная информированность пациентки о ее состоянии, состоянии плода, прогнозе исхода преждевременных родов для новорожденного, выбранной акушерской тактике и возможных осложнениях. Основная характеристика состояния плода — изменения ЧСС. Во время родов необходимо осуществлять тщательное мониторирование (динамическое наблюдение и контроль) этого показателя.

***NB! Постоянная КТГ не имеет преимуществ перед длительной (например, по 40 минут через 1 час) КТГ или периодической аускулыпацией. Вместе с тем результаты мета-анализа 9 рандомизированных контролируемых исследований выявили достоверное снижение частоты иптранатальной гипоксии при постоянном проведении интранатальпой кардиотокографии по сравнению с периодической аускультацией***

При преждевременных родах может быть использован любой вид обезболивания, немедикаментозного и медикаментозного.

***Особенности ведения преждевременных родов (клинический протокол)***

1. Непрерывная психологическая поддержка во время родов, полная информированность пациентки о сложившейся акушерской ситуации и прогнозе исхода родов для новорожденного.
2. Ведение преждевременных родов при головном предлежании плода осуществляется через естественные родовые пути. Преждевременные роды не являются показанием к кесареву сечению.
3. Данные эффективности оперативного родоразрешения при тазовом предлежании противоречивы. Решение о выборе метода родов должно приниматься индивидуально на основании клинических показаний.
4. При ножном предлежании показано КС.
5. При обезболивании родов не применять лекарственные препараты, угнетающие дыхательный центр плода (опиаты)
6. Не проводить рутинно эпизиотомию, пудендальную анестезию, использование выходных щипцов для рождения головки.
7. Вакуум-аспирация не должна использоваться при преждевременных родах ранее 34 недель беременности из-за повышения риска неонатальной заболеваемости, связанной с высокой частотой гематом между апоневрозом и надкостницей.
8. Температура в родильном зале не менее 28ºС
9. При недоношенной беременности (менее 37 недель гестации) отсрочка пережатия пуповины по меньшей мере на 60 секунд предпочтительна в сравнении с ранним пережатием, так как это снижает количество внутрижелудочковых кровоизлияний и меньше необходимости в трансфузиях препаратов крови.

Наименьшего уровня смертности среди новорожденных, родившихся преждевременно, особенно глубоко недоношенных, удается достичь при незамедлительном начале высококачественной неонатальной помощи, что возможно только в условиях перинатального центра. Поэтому беременные из группы риска рождения ребенка с массой тела менее 1500 граммов, должны быть заблаговременно переведены в стационар 3-го уровня. Решение о переводе беременной принимается в соответствии с клинической ситуацией

***Преждевременные роды (угроза)***

1.Госпитализация в акушерский стационар третьей группы (при сроке беременности менее 32 недель).

**Задание.**

1. Внимательно прочитать тест лекции, составить конспект.
2. Составить словарь терминов по теме лекции.
3. Выучить материал лекции к практическому занятию «Назначение лечения беременных, родильниц».
4. Устно ответить на контрольные вопросы по теме:

* Определение невынашивания беременности
* Причины невынашивания
* Самопроизвольный аборт
* Преждевременные роды
* Классификация и факторы риска
* Клиника преждевременных родов
* Тактика ведения

1. Решить ситуационные задачи:

***Задача №1***

На ФАП обратилась беременная С., 24 года, с жалобами на тянущие боли внизу живота, в области поясницы. Появились 2 дня назад, после физической нагрузки.

В анамнезе: менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 4 месяца назад. Данная беременность 1-ая, желанная. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает. Работает поваром.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пульс 76 уд. в мин., ритмичный. АД – 110/70, 115/70 мм рт. ст., со стороны внутренних органов без особенностей. Матка легко возбудима, безболезненна, дно на 1 поперечный палец ниже середины расстояния между пупком и лобком.

Осмотр в зеркалах: Влагалище цианотично. Шейка коническая, чистая, наружный зев закрыт.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сформирована, зев закрыт. Тело матки увеличено до 15-16 недель, матка возбудима. Выделения слизистые.

***Задания:***

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Определите тактику в данной ситуации.
3. Составьте дальнейший план ведения данной пациентки.

***Задача №2***

На ФАП доставлена женщина 20 лет с обильными кровянистыми выделениями из половых путей.

***Анамнез:*** считала себя беременной около трёх месяцев. Беременность первая. Менструации с 17 лет по 2-3 дня, с болями. через 28 дней. Беременность наступила через два года после замужества. Контрацептивы не использовала. Вчера днём после физической нагрузки появились боли внизу живота и пояснице, вечером усилились, приняли схваткообразный характер, появилось кровотечение, а ночью родился эмбрион. После рождения эмбриона кровотечение продолжается.

***Задания:***

1. Поставьте диагноз и его обоснуйте.

2. Назовите причины случившейся ситуации.

3. Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза?

4. Что должна предпринять акушерка?

5. В чём заключается лечение данной ситуации?

1. Контроль выполнения задания на занятии «Назначение лечения беременных, родильниц».

**Список литературы для самоподготовки студентов**

**Основные источники:**

1. Славянова И. К. Акушерство и гинекология [Текст]: учеб. для мед. училищ и колледжей / И. К. Славянова. – 7-е изд, стер. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2021. – 573 с. – (Медицина).
2. Федюкович Н. И. Фармакология [Текст]: учеб. для студентов мед. училищ и колледжей / Н. И. Фе дюкович, Э. Д. Рубан. – 10-е изд., доп. и перераб. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2023. – 700 с. – (Сред. проф. образование).

**Дополнительные источники:**

1. Акушерство [Текст]: нац. рук. / под ред. Э.К. Айламазяна и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1200 с. + 1 электр. опт. диск (CD-ROM). – (Национальные руководства).
2. Общая врачебная практика [Текст]: нац. рук. в 2 т./ гл. ред. И.Н. Денисов, О.М. Лесняк. – Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2023.

**Интернет–ресурсы:**

1. Министерство здравоохранения и социального развития РФ [Электронный ресурс]. UR L: http/www.minzdravsoc.ru.
2. Министерство здравоохранения Омской области [Электронный ресурс]. UR L: http/www.old.omskminzdrav.ru. ().
3. Большой медицинский сайт [Электронный ресурс] . URL: http://www.megamedportal. ru/. ().
4. Портал профессиональной медицины [Электронный ресурс] . URL: http://medobook.com/ . ().