



НЕВЫНАШИВАНИЕ, ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ. АРД. АНОМАЛИИ

ПМ02. «Лечебная деятельность»
МДК 02.03. «Оказание акушерской помощи»
Специальность 060101
«Лечебное дело»

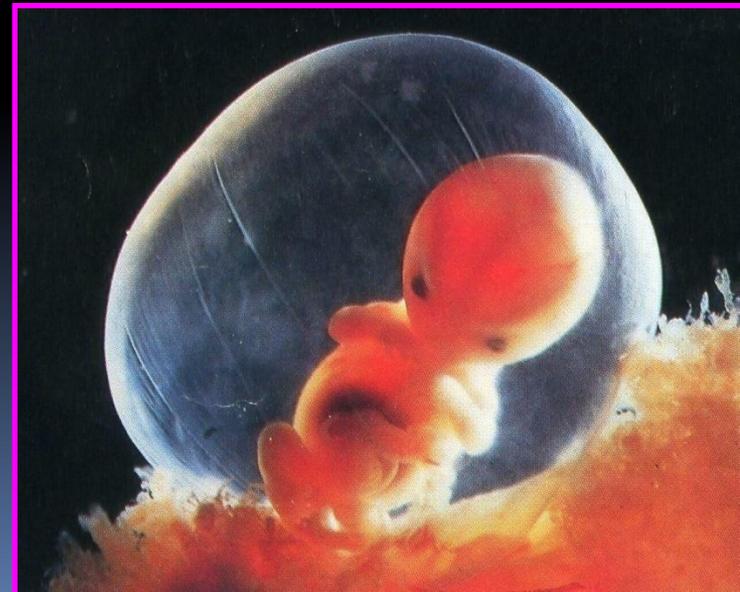
Вопросы лекции

1. Понятие невынашивания, перенашивания
2. Ведение родов
3. Профилактика осложнений,
исходы для матери и плода
4. Признаки переносенного ребенка
5. Роль фельдшера в профилактике
невынашивания и перенашивания
беременности

- 
- Невынашивание беременности – это самопроизвольное прерывание бер-ти в сроке от зачатия до 37 недель;
 - Самопроизвольный выкидыш (СА)- прерывание беременности до 22 недель.
СА – спонтанное прерывание бер-ти до достижения плодом жизнеспособного гестационного срока.

Классификация самопроизвольных абортов

1. По сроку беременности
 - Ранние до 12 недель,
 - Поздние до 22 недель
 - Преждевременные роды – 23 – 37 нед.



ИЦН – нед-ть циркулярной мускулатуры области внутреннего зева.

Причина до 40% невынашивания бер-ти (НБ) во II триместре беременности.

Различают:

- Анатомическую (травматическую) – при разрывах ш\м, внутриматочных вмешательствах;
- Функциональную ИЦН – формируется при гипоплазии матки, пороках ее развития, генитальном инфантилизме и гиперандрогении.

Лечение ИЦН

- Только в стационаре;
- Профилактика привычного невынашивания,
- Расслабление матки,
- Хирургическое восстановление запирающей ф-ции канала ш\м,
- После зашивания ш/м – мазки на GN и осмотр состояния швов ч\р 2 недели;
- Госпитализации – при появлении с-ов угрожающего выкидыша

Хирургическая коррекция ИЦН

- Оптимально проводится с 17 по 21 нед. Проводят сужение внутреннего зева путем наложения циркулярного шва, формируется цервикальный канал;
- В п\опер. Периоде постельный режим на 5-7 дн., ножной конец д.б. приподнят на 25-35см.
- Стац. лечение от 7дн.до 5-7 недель,
- Амб.контроль каждые 2-3 нед. за сост-м ш\м (осмотр на зеркалах);

- 
- Дородовая госпитализация в 37-38 нед. Цель- снятие швов и решение вопроса об оптимальной тактике родоразрешения;
 - Нехирургические методы лечения ИЦН
 - Кольцевой пессарий и пессарий кольцо – Гольджи.
 - Осл-я: свищи, разрывы шейки матки.
- 

Лечение СВ

- УЗИ контроль, если эмбрион жив, лечение стационарное;
- Физический и сексуальный покой;
- Психотерапия, седативные препараты: фитосборы, Магне – В6;
- Магне – В6 по 4 таб\день: 2 таб утром, 2 таб. вечером; или 1 таб утром, 1 таб. В обед, 2 таб. вечером.
- Прием с момента появления угрозы прерывания до 2 нед, на весь срок бер-ти.

- Спазмолитики: папаверин 0,04 – 2-3р\д, или в свечах 0,02-3-4р\д; но-шпа 0,04 3р\д, при выраженных болях – 2мл в\м, только в 1-м триместре;
- Гормональная терапия, доза подбирается индивидуально;
- Препараты прогестеронового ряда:17-ОПК, утрожестан, дюфастон, прогестерон.

Утрожесстан

- Сод. прогестерон в микродозах, прим. в форме капсул для вагинального и энтерального введения,
- Уменьшает метаболизм андрогенов,
- 1капс. сод. 100мг, вагинальный путь введения:
1капс 2-3р\д до 12-16 нед., при необходимости - до 20 недель;
- Пероральный путь- доза 200мг вечером.
- М. сочетать с физиотерап.-эндонозальная гальванизация, иглорефлексотерапия

дюфастон

- Обладает гестагенным действием,
- По 1 таб. (10мг) 3р\д,
- Хорионический гонадотропин (ХГ) в дозах 500-1000-1500МЕ 2-3 р/неделю, стимулирует трофобласт, он начинает полноценно синтезировать прогестерон только после 8 недель беременности;
- Дицинон-0,25г. 3р\д 3дня, 2мл в\м 2р\д.

Поздний СВ, лечение

Токолитическая терапия: партусистен, гинипрал, брикаин – для коррекции повышенного уровня и сократительной активности миометрия, при поздних выкидышах и преждевременных родах;

- Гинипрал 1таб.(0,5мг)- 2таб\сутки или 1/2таб 3-4р\д. Лечение до 36-37 недель.
- 0,5мг – 500мл 5%р-ра глюкозы в\в кап! 6-8 кап\мин до 20 капель.
- Контроль пульса, А/Д, дыхания, состояния плода, тонус матки.

- Парентерально сульфат магния 25% р-р по 10мл в\м 1-2р\день или с помощью инфузомата, скорость введения 1-2 г сухого в-ва в час, или в\в на 5% глюкозе 250мл 1-2г сухого в-ва в час.
- Снижает тонус матки,
- Доза бета-адреномиметиков постепенно снижается, с в\в – на таблетированные

Преждевременные роды (ПР) -

- Прерывание бер-ти в сроке 23-37нед.

По клинике

- Угрожающие преждевременные роды;
- Начинаящиеся преждевременные роды;
- начавшиеся преждевременные роды;

Принципы ведения бер-х при

ПР

- Всегда госпитализация в р.д.!
- *Угрожающе и начинающиеся* роды – тактика д.б. направлена на пролонгирование бер-ти до сроков, когда есть все признаки зрелости плода;
- При начавшихся ПР, подтекании околоплодных вод, признаках инфекции, наличии тяжелой ЭГП – тактика активная;

Лечение угрожающих, начинающихся ПР

1. Немедикаментозное

- Полупостельный/постельный режим,
- Физический и половой покой,
- Седативные препараты: фитосборы,
- Гипноз,

Медикаментозная терапия

- В сроке **28-34 нед.** гестации показана антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома плода глюкокортикоидами, способствующими созреванию сурфактанта легких плода.
- Более **34 нед.** профилактика не проводится

Схемы

- 2 дозы по 12мг бетаметазона в\м ч\р 24ч.
- 4 дозы по 6мг дексаметазона в\м ч\р 12ч.
- 3 дозы в\м дексаметазона в сутки по 4мг в течение 2-х дней;
- Пероральное назначение дексометазона по 2мг (4таб) 4р\сутки в 1-й день, по 2мг 3р\сутки во 2-й день, по 2мг 2р\сутки в третий день;
- Оптимальная длительность профилактики – 48 час.

Снижение тонуса и сократительной активности матки во 2 и 3 триместре

- Спазмолитики: баралгин 5мл в/м или но-шпа 2мл в/м 2 р\день;
- Р-р магния сульфата 25% 5-10мл в/м 2р\день или в\в кап! 4-6г сухого в-ва в 100мл физ. р-ра за 20-30мин;
- Токолитики: гинипрал - 10мг или партусистен - 0,5 мг в\в кап! в 400мл 5% р-ра глюкозы, с 5кап до 20кап\мин.

При проведении токолиза ежечасный контроль

- А/Д, кол – во мочи не менее 30 мл\час;
- ЧДД не менее 12-14 в мин. (угнетение дыхания при передозировке);
- Состоянием плода и сократительной способностью матки;
- Феноптин (изоптин) в суточной дозе до 240 мг дробно, для снятия тахикардии;
- Физиолечение: электрофорез магния, иглоукалывание

Ведение ПР

- Течение ПР зависит от срока гестации,
- 22-27 нед. родоразрешение происходит быстро, при неполном раскрытии ш/м, без оказания акушерского пособия;
- 28-33 нед.- по характеру течения роды приближаются к своевременным, часто прибегают к ак. пособиям, операциям, включая кесарево сечение;
- 34-37 нед. роды как своевременные с ак. пособием.

В родах необходим контроль

- Контроль за динамикой раскрытия ш\м;
- Характером родовой деятельности: КТГ;
- Вставлением и продвижением предлежащей части плода;
- с/биением плода;
- Обезболивание: спазмолитики, ЭДА;
- Профилактика в\утробной гипоксии плода;
- СРД: осторожно родоусиление окситоцин 2,5 ЕД и 2,5мг энзапроста на 500мл физ.р

- *2-й период родов* ведется без защиты промежности, не касаясь головки плода, с пальцевым расширением стенок влагалища, с широкой эпизиотомией, способствующих уменьшению напряжения мышц промежности;
- При наличии бурных потуг – исключить участие рук роженицы, регулировать силу потуги глубоким дыханием;
- Эпизиотомия под м/а лидокаин 2 мл;
- 3-й период – проф. кровотечения!

Для проведения ПР необходимо

- За 30 мин. включить кювез – инкубатор;
- Ребенка принимать в теплые пеленки;
- Сообщить в детское отд. о наличии роженицы с малым сроком гестации;
- Температура в род. зале д.б. не ниже 24С;
- Все манипуляции с новорожденным проводить осторожно и быстро;
- Новорожденный уносится сразу в отделение реанимации новорожденных;

Перенашивание беременности -

ПБ -

беременность продолжается более 294 дня от первого дня последней менструации, более 41 нед.

- Ребенок рождается с признаками переношенности, а так же обнаруживаются характерные изменения в плаценте;
- Частота ПБ 4 – 14%, перинатальная смертность возрастает в 2 – 10 раз;

- При перенашивании – госпитализация;
- Подготовка ш\м: палочки ламинарий и их синтетические и механические аналоги;
- Простогландины: пропидил-гель, вводят в цервикальный канал,
- Простин Е2 (динопростон) – вагинальный гель, вводится в задний свод влагалища;
- На «зрелой» ш\м – последующее родовозбуждение на фоне дородовой амниотомии.

Течение родов

- Длительный патологический прелиминарный период;
- Преждевременное и раннее излитие вод;
- АРД: ДРД, слабость 1-я и 2-я;
- Затяжные роды;
- Гипоксия плода и родовые травмы;
- Родовой травматизм плода и матери;
- КУТ из-за крупной головки;

- Повышение частоты кесаревых сечений;
- Кровоточивость в ПП и раннем послеродовом;
- Неонатальная заболеваемость и смертность;
- Хроническая гипоксия плода;
- Аспирация мекониальными водами;
- Наиболее неблагоприятный прогноз отмечается у маловесных детей с перенашиванием более 1 недели.

Профилактика осложнений.

- Невынашивание беременности,
- Перенашивание беременности,

Самостоятельно! Отразить роль фельдшера в профилактике возможных осложнений.