



Невиношування вагітності

*Зав. кафедрою
акушерства та гінекології ПДМУ,
д. мед. н., професор
А.М. Громова*

Тема: Невиношування вагітності

План лекції

1. Невиношування вагітності: визначення та класифікація.
2. Причини невиношування вагітності.
3. Ведення пацієнток з невиношуванням (з урахуванням клінічної симптоматики).
4. Ведення передчасних пологів згідно клінічного протоколу МОЗУ.
5. Профілактика невиношування вагітності та прегравідарна підготовка.

**В світі кожна
5-а вагітність
переривається
(20-25%)**



- 15% - самовільний аборт
- 5% - передчасні пологи з 28 тижнів
- 9-10% - передчасні пологи з 22 тижнів

Невиношування вагітності (НВ)

- *Універсальна інтегрована відповідь жіночого організму на будь-яке неблагополуччя в стані здоров'я вагітної, плоду, навколишнього середовища і багатьох інших факторів .*

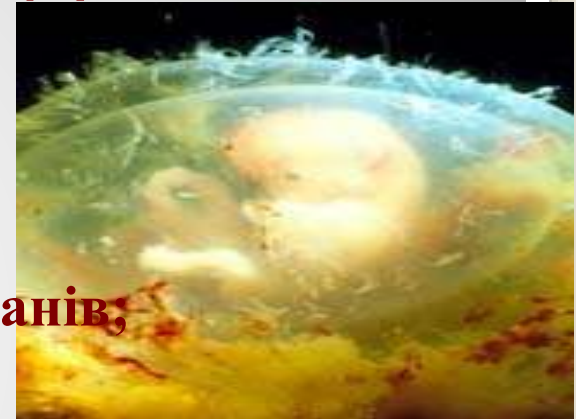


НВ в I триместрі -

- 85 % і у 80 % з цих 85 % - спочатку відбувається загибель ембріону

Причини невиношування

- Причини НВ розподілені на 8 груп:
 - інфекційні захворювання матері
 - нейроендокринна патологія;
 - травматичні пошкодження;
 - аномалії розвитку жіночих статевих органів;
 - ускладнення, пов'язані з вагітністю;
 - хромосомні аномалії;
 - ізосерологічна несумісність крові матері та плоду;
 - різні неінфекційні захворювання матері.



ТРАНСПЛАЦЕНТАРНІ ІНФЕКЦІЇ

- До збудників трансплацентарних інфекцій відносяться: *Listeria monocytogenes*, *Treponema pallidum*, *Toxoplasma Gondii*, а також віруси (краснухи, цитомегалії, герпесу 1,2 типів, герпесу 3 типу - *varicella zoster*, корі, паравірус В 19 та ін.). Слід зазначити, що виявлення збудників тієї або іншої інфекції у вагітної не завжди веде до передачі плоду. Так, відомо, що в 100 % плоду передаються лістерії, в 50 - 70 % хламідії, в 37 % стрептококи групи В, в 30 % мікоплазми.

Трасплацентарна інфекція може викликати:

- смерть і резорбцію ембріона;
- викидень і мертвонародження;
- народження живої недоношеної або доношеної дитини з вродженими вадами розвитку, як з явно вираженими ознаками ураження, так і з персистуючою роками інфекцією; клінічні ознаки захворювання при цьому можуть бути відсутніми роками, як це має місце при вродженому токсоплазмозі або вродженій цитомегалії.

Класифікація НВ



- **ранній спонтанний аборт** –
 - переривання вагітності до 11 тижнів + 6 дн.
- **пізній спонтанний аборт** –
 - з 12 до 21 тижня + 6 днів;
- **передчасні пологи** –
 - з 22 повних до 36 тижнів + 6 днів (154 – 259 днів).
- **звичне НВ** - спонтанне переривання вагітності два чи більше разів

Спонтанний аборт (самовільний викидень)



- *вигнання ембріона/плода в терміні вагітності до 22 тиж. або масою до 500 грамів, незалежно від наявності або відсутності ознак життя.*

За стадіями розвитку :

- Загрозливий аборт;
- Аборт в ході;
- Неповний аборт;
- Повний аборт.
- **Крім того виділяють:**
- Аборт, що не відбувся;
- Інфікований аборт.

Терміни переривання вагітності. КРИТИЧНІ ПЕРІОДИ:

- I. 3-я доба – проходження заплідненої яйцеклітини по трубі.**
 - При прискореній перистальтиці труб (при гіперандрогенії) чи при уповільненій (інфантилізм, запалення) – позаматкова вагітність.
- II. 5-а доба – поява трофобласта при імплантації.**
 - Краща імплантація в місці потоку сперматозоїдів (сенсibiliзація, іммуносупресія).
 - Імплантація в «неудачному» місці частіше призводить до викидня.
 - Впродовж 2-х діб життя ембріону підтримується запасами ендометрію.
 - При хронічному ендометриті, НЛФ –загибель плідного яйця на етапі імплантації.
- III. 7 – а доба - імплантація відбулася.**
 - Трофобласт виробляє імуносупресорні речовини- якщо їх недостатньо- викидень
 - Трофобласт росте швидше за ембріон
- IV. 7 – 8 тиж.— згасає жовте тіло, а хоріон ще не повністю бере на себе гормональну функцію (гормональний перепад).**

Загрозливий аборт

•Скарги

- біль в нижніх відділах живота,
- Скудні або помірні кров'яністі виділення
- Затримка місячних.

•Анамнез

- ПМЦ, незпліддя, ЕКО, провокуючі фактори

•Обстеження та встановлення діагнозу

- Зовнішнє вічко закрито.
- Скудні або помірні кров'яністі виділення.
- Матка легко збудлива, її тонус підвищений.
- Розміри матки відповідають терміну вагітності.



• **УЗД:** загальні ознаки:

- локальне потовщення міометрію у вигляді валика,
- Деформація контурів плідного яйця
- Наявність ділянок відшарування хоріону чи плаценти

Після встановлення діагнозу та до початку лікування необхідним є визначення життєздатності ембріона/плода та подальшого прогнозу вагітності.

Тактика ведення загрозового аборт

- у терміні ↓ 8 тиж. та несприятливих ознак прогресування вагітності
 - зберігаюча терапія не рекомендується:
- в терміні ↑ 8 тиж.
- за відсутності ознак несприятливого прогнозу:
 - Ліжковий режим,
 - Утримання від статевого життя
 - Спазмолітики
 - Седативна терапія
 - Пре-ти прогестерону



Принцип лікування загрозового абарту

1. Призначення прогестагенних препаратів (утрожестан, прогестерон, дуфастон);
2. Лікування ФПН: метаболічна терапія, рео-іммунокоректори, антиоксиданти (3 - 4 курси за вагітність);
3. Контроль за можливим рецидивом бактеріальної і вірусної інфекції;
4. При тривалій загрозі переривання вагітності, особливо з наявністю відшарування хоріону (плаценти), призначають антибактеріальну терапію після завершення органогенезу з 16-18 тижнів вагітності;
5. Психоемоційна підтримка.

ПРОГЕСТЕРОН

- Не буде перебільшенням стверджувати, що прогестерон є головним гормоном вагітності, який абсолютно необхідний для завершення секреторної трансформації ендометрія і його підготовку до імплантації ембріона, а надалі - для розвитку і збереження вагітності.

Які біологічні ефекти прогестерону?

- гальмує продукцію ФСГ, блокуючи зростання нових фолікулів;
- підсилює васкуляризацію ендометрія;
- підсилює проліферацію і секреторну діяльність залоз ендометрія, внаслідок чого в секреті зростає концентрація ліпідів і глікогену, необхідних для розвитку ембріона;
- інгібує опосередковано через Т-лімфоцити реакцію відторгнення плоду;
- затримує в організмі натрій і воду;
- у I триместрі вагітності Pr знижує поріг збудливості м'язових волокон, що в сукупності з підвищенням тону гладком'язових волокон шийки матки сприяє виношуванню вагітності;
- у II і III триместрах вагітності високий рівень Pr гальмує скоротливу діяльність матки завдяки β - адренорецепторному ефекту;
- є попередником стероїдних гормонів плоду в період вагітності.

ШЛЯХИ ВВЕДЕННЯ Pr В ОРГАНІЗМ

1. **ІН'ЄКЦІЙНИЙ** - швидке створення в крові високої концентрації препарату, проте протипоказаний при захворюваннях печінки, тромбозах;
2. **ПЕРОРАЛЬНИЙ** - неповна абсорбція з ЖКТ. Унаслідок первинного метаболізму Pr в тонкому кишечнику і печінці знижується біологічна активність. Метаболізм в печінці має свою специфіку. Основним протипоказанням до ін'єкційного і перорального застосування є печінкова недостатність;
3. **ІНТРАВАГІНАЛЬНИЙ** - альтернативний шлях натурального мікронізованого прогестерону пероральному прийому «Утрожестан» ф-ми «Besins - international» (Франція). Цей препарат вперше зареєстрований в 1980 р. і в даний час завоював значне місце в акушерсько-гінекологічній практиці в 35 країнах світу. По хімічній структурі Pr, що входить в «Утрожестан» ідентичний натуральному Pr і інтравагінальний шлях введення дозволяє уникнути негативних наслідків, спостережуваних при пероральному прийомі.
4. **При введенні per vaginum відмічається вищий % імплантації.**

таким чином

вагінальна форма препарату «Утрожестан» зручна для пацієнток і ефективна (96,4 %).

ПРЕПАРАТИ ПРОГЕСТЕРОНУ

- розчин прогестерону - інжеста (1%-2% внутрішньомязово)
- мікронізований прогестерон (вагінально, перорально)
 - *утрожестан*
- синтетичні похідні прогестерону (перорально)
 - *дюфастон.*

Інтравагінальне застосування Утрожестана в I та II триместрах вагітності

Показання	Дози та спосіб
Непліддя внаслідок НЛФ	200-300 мг — з 17 по 26-й день циклу (при наступленні вагітності продовжити до 27 тиж. вагітності включно)
Загрозливий викидень та профілактика звичного викидня в I та II триместрах	200-400 мг – до 27 тиж. вагітності включно
Підтримка лютеїнової фази в циклах ЕКЗ	400-600 мг – з моменту введення ХГЧ до 27 тиж. вагітності включно

Аборт в ході

- **Скарги**

- біль в нижніх відділах живота,
- кров'янисті виділення у великій кількості

- **Анамнез**

- Провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження)

- **Обстеження та встановлення діагнозу**

- Шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите.
- Кров'янисті виділення у великій кількості.
- Частини плідного яйця у цервікальному каналі.
- Підтікання навколоплідних вод (може бути відсутнім в рані терміни вагітності).

- **УЗД**

- Повне або майже повне відшарування плідного яйця (до 12 тижнів).
- Наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів)

Тактика ведення абортів в ході

Термін вагітності ↓ 16 тижнів

- вакуум аспірація або кюретаж матки
- стабілізація гемодинаміки
- обов'язкове патогістологічне д-ння видаленої тканини.

Термін вагітності ↑ 16 тижнів

- евакуація вмісту матки
- стабілізація гемодинаміки
- утеротоніки:
 - окситоцин (10 ОД в/м або в/в крап.)
 - ергометрину 0,2 мг в/м або в/в
 - мізопростол 800 мкг ректально.
- антибіотикотерапія
- всім резус-негативним жінкам -
анти-D імуноглобулін



Неповний аборт

- **Скарги**

- Біль різної інтенсивності у нижніх відділах живота.
- Кров'яністі виділення

- **Анамнез**

- Експульсія плідного яйця.
- Провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження)

- **Обстеження та встановлення діагнозу**

- Шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрито.
- Кров'яністі виділення різного ступеня вираженості.
- Матка м'якої консистенції.
- Розміри матки менше терміну гестації

- **УЗД**

- Порожнина матки розширена >15 мм, шийка матки розкрита, плідне яйце/плід не візуалізується, можуть візуалізуватися тканини неоднорідної ехоструктури

Тактика ведення неповного аборту

1. Хірургічний метод евакуації вмісту порожнини матки

(кюретаж або вакуум-аспірація)

Абсолютні показання до хірургічного методу:

- інтенсивна кровотеча,
- розширення порожнини матки >50 мм (УЗД),

- адекватне знеболення;
- стабілізація гемодинаміки
- обов'язкове застосування антибіотиків.



2. Медикаментозний метод

Мізопростол –

800-1200мкг

одноразово інтравагінально
у заднє склепіння піхви

Тактика ведення неповного аборту

- **Медикаментозний метод евакуації вмісту порожнини матки**
 - **Мізопростол** – 800-1200мкг одноразово інтравагінально у заднє склепіння піхви
- **може використовуватися:**
 - **лише у разі підтвердженого неповного аборту у першому триместрі;**
 - **якщо відсутні абсолютні показання для хірургічної евакуації;**
 - **лише за умови госпіталізації до медичного закладу, що надає екстрену допомогу цілодобово.**
- **Протипоказання**
 - **Абсолютні:** наднирникова недостатність,
 - тривала терапія глюкокортикоїдами,
 - гемоглобінопатії або антикоагулянтна терапія,
 - анемія ($Hb < 100$ г/л),
 - порфірія,
 - мітральний стеноз,
 - глаукома,
 - прийом нестероїдних протизапальних засобів протягом попередніх 48 годин.
 - **Відносні:** гіпертензія, тяжка бронхіальна астма.
- **Для медикаментозної евакуації вмісту порожнини матки використовують:**
 - Перехід до хірургічної евакуації після медикаментозної евакуації здійснюють у разі:
 - виникнення значної кровотечі,
 - появи симптомів інфекції,
 - евакуація залишків не розпочалась протягом 8 годин після введення мізопростолу,
 - виявлення залишків плідного яйця під час УЗД через 7-10 днів.

Повний аборт

- **Скарги**

- можуть бути відсутніми

- **Анамнез**

- Тягнучий біль з посиленням в динаміці до інтенсивного
- Експульсія плідного яйця.

- **Обстеження та встановлення діагнозу**

- Шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите.
- Незначні кров'янисті виділення або відсутні.
- Матка щільна, розміри менше терміну гестації.
- Цервікальний канал закритий, іноді не повністю.

- **УЗД**

- плідне яйце/плід або його залишки не візуалізуються

- **Тактика ведення повного аборту**

- контрольне УЗД через 1 тиждень.
- антибіотики профілактично за індивідуальними показаннями.

Аборт, що не відбувся

припинення розвитку ембріона/плода

• Скарги

- Зникненням суб'єктивних ознак вагітності
- кров'янисті виділення з матки
- підвищення температури тіла.

• Обстеження та встановлення діагнозу

- Шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите
- Розміри матки менше терміну гестації.
- Цервікальний канал закритий.

• УЗД

- невідповідність розмірів матки терміну гестації
- не візуалізується жовточний мішок, ембріон (5-6 тижнів) .
- відсутність серцевих скорочень ембріону (7-8 тижнів)
- відсутність серцевих скорочень та рухів ембріону (9-12 тижнів)

• Тактика ведення аборт, що не відбувся

- евакуація плодових тканин з порожнини матки
- індукція скоротливої діяльності
 - мізопростол, окситоцин
- профілактичне застосування антибіотиків .



Звичний викидень

наслідок двох або більше вагітностей поспіль, що закінчились викиднем

вторинний звичний викидень

якщо серії цих епізодів передувала нормальна успішна вагітність

Обстеження

- Обстеження на уrogenітальні інфекції
- ТФД (базальна t), кольпоцитологія
- Визначення гормонів та їх метаболітів
- УЗД
- Стан гіпофіза (МРТ, RÖ турецького сідла)
- Імунологічне обстеження
- АТ до ХГ; антиспермальні, антиоваріальні
- Генетичне обстеження (каріотип подружжя)
- Пренатальна діагностика
- Гістеросальпінгографія та гістероскопія

**Для звичного невіношування
гормонального генезу
характерна наявність 4 типів
дисгормональних порушень:**

- I. Загальна гіпофункція яєчників з недостатністю обох фаз МЦ;
- II. Недостатність лютеїнової фази;
- III. Порушення за типом гіпоестрогенії;
- IV. Неадекватна тканинна реакція.

Надалі на тлі неповноцінної гормональної функції яєчників у матері, розвивається фето - плацентарна дисфункція.

Це приводить до розвитку:

- у 35% дітей цих жінок мають місце розлад ЦНС у новонароджених в пубертатному віці;
- у новонароджених дівчаток - сповільнений темп статевого розвитку, помірне недорозвинення зовнішніх геніталій, скелетні диспропорції ;
- у кожного 3-4 хлопчика при дисфункції ФПК - порушення статевого розвитку, крипторхізм, водянка яєчок, зниження андрогенної і глюкокортикоїдної функції кори наднирків.

Лікування звичного невиношування

1. Усунення виявлених причин
2. **фолієва кислота** 400 мкг /д. за 3 міс. до зачаття
3. Лікування НЛФ:
 - *прогестерону масляний р-н в/м*
 - *мікронізований прогестерон*
 - *Утрожестан*
 - *дидрогестерон (дюфастон)*

Ведення вагітності

- Графік БТ;
- УЗД;
- Огляд шийки матки з 13 тиж., (часта ІЦН).
- Контроль рівня Кs :
- 13 тижнів (якщо плід-хлопчик, може бути зростання Кs при розвитку яєчок, дозу дексаметазону можна не збільшувати);
- 20-24 тижні - посилення функції наднирок плоду - підвищення Кs плоду і матері;
- 28 тижнів-викид АКТГ - підвищення тестостерона у матері, плід може загинути.

АНТИФОСФОЛІПІДНИЙ СИНДРОМ

первинний

вторинний

Клінічні симптоми АФС:

- тромбози різної локалізації
- ішемічний інсульт
- інфаркт міокарду в молодому віці
- інфаркт легенів
- геморагічна екзантема
- порушення матково-плацентарного кровотоку
- тромбоцитопенія
- подовження часу зсідання крові до 120-200 с.

Терапія АФС після чітко встановленого діагнозу

- **Аспірин**
75 мг/добу від початку вагітності до до пологів;
- **Нефракціонований гепарин**
5 000 ОД п/ш кожні 12 год.
після реєстрації на УЗД серцевої діяльності ембріону до 34 тижні вагітності.
 - ✓ контроль тромбоцитів щотижнево протягом перших 3 тижнів, потім кожні 4 – 6 тижнів.
 - ✓ Якщо при попередніх вагітностях мали місце тромбози, терапія може бути продовжена до пологів та в післяпологовому періоді.

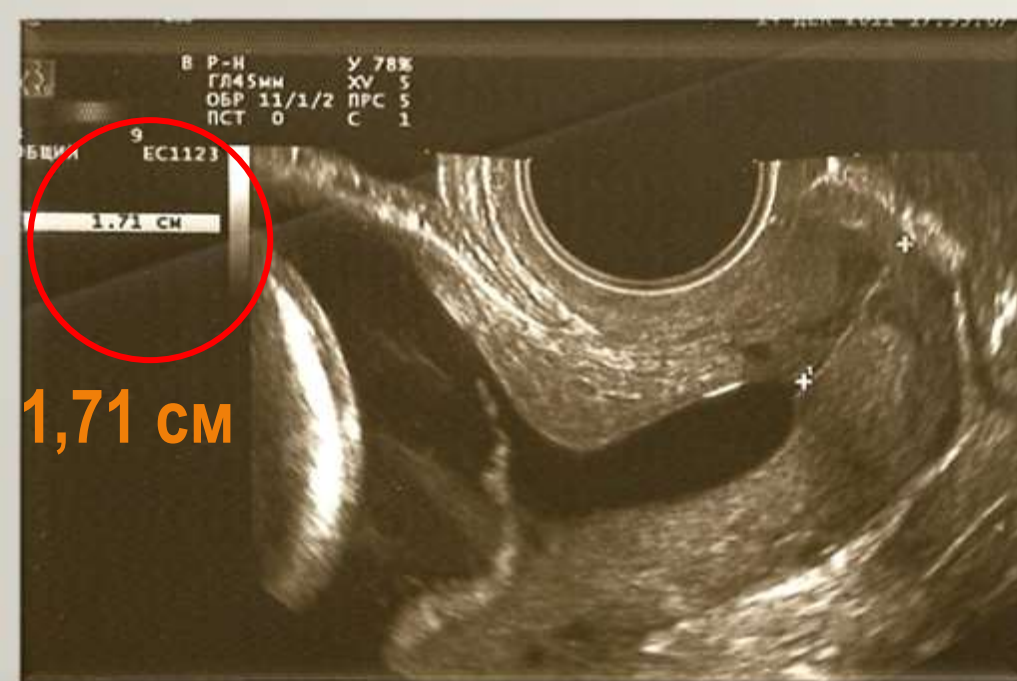
ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНА НЕДОСТАТНІСТЬ

функціональна

органічна

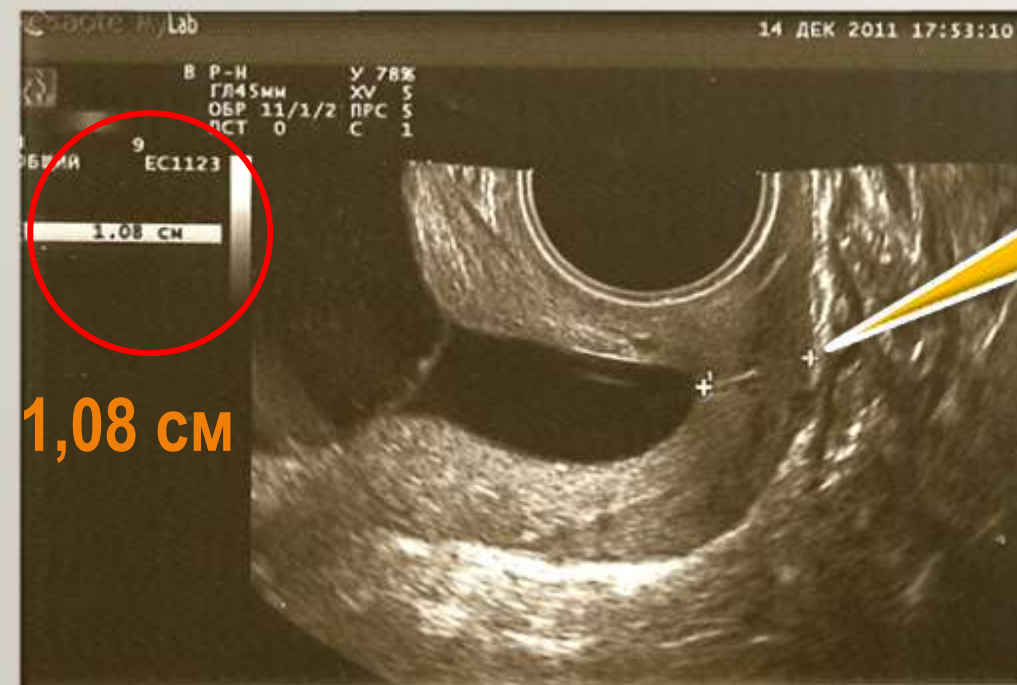
Діагностика

- Анамнез (переривання вагітності в II триместрі часто починається з відходження вод);
- Огляд в зеркалах і піхвове дослідження
- Моніторинг стану ш/м трансвагінальним УЗД:
 - при терміні $\downarrow$ 20 тиж. ш/м у повторновагітних = 3 см
 - вкорочення до 2,9 см - ІЦН;

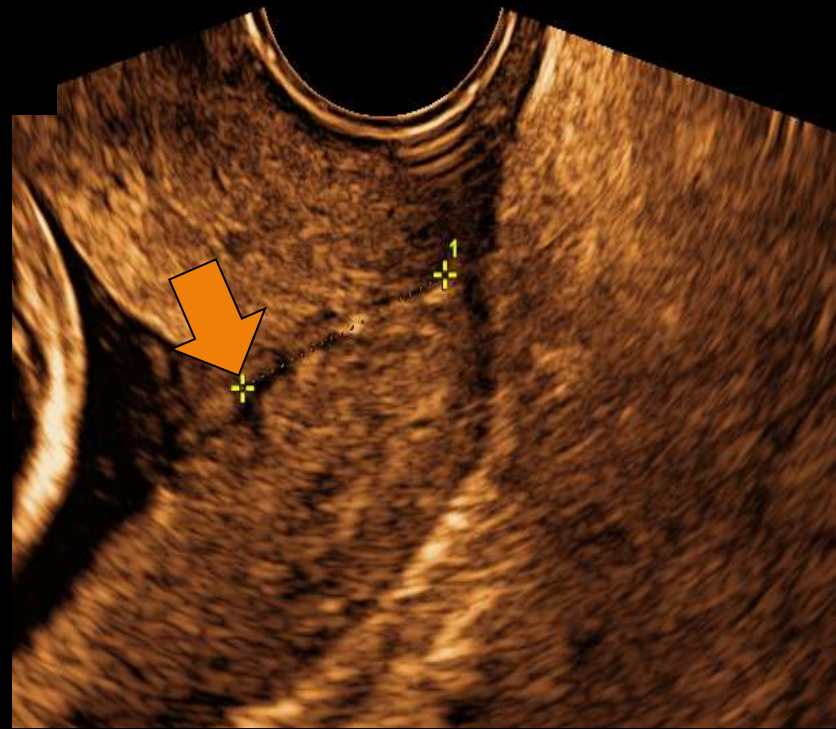
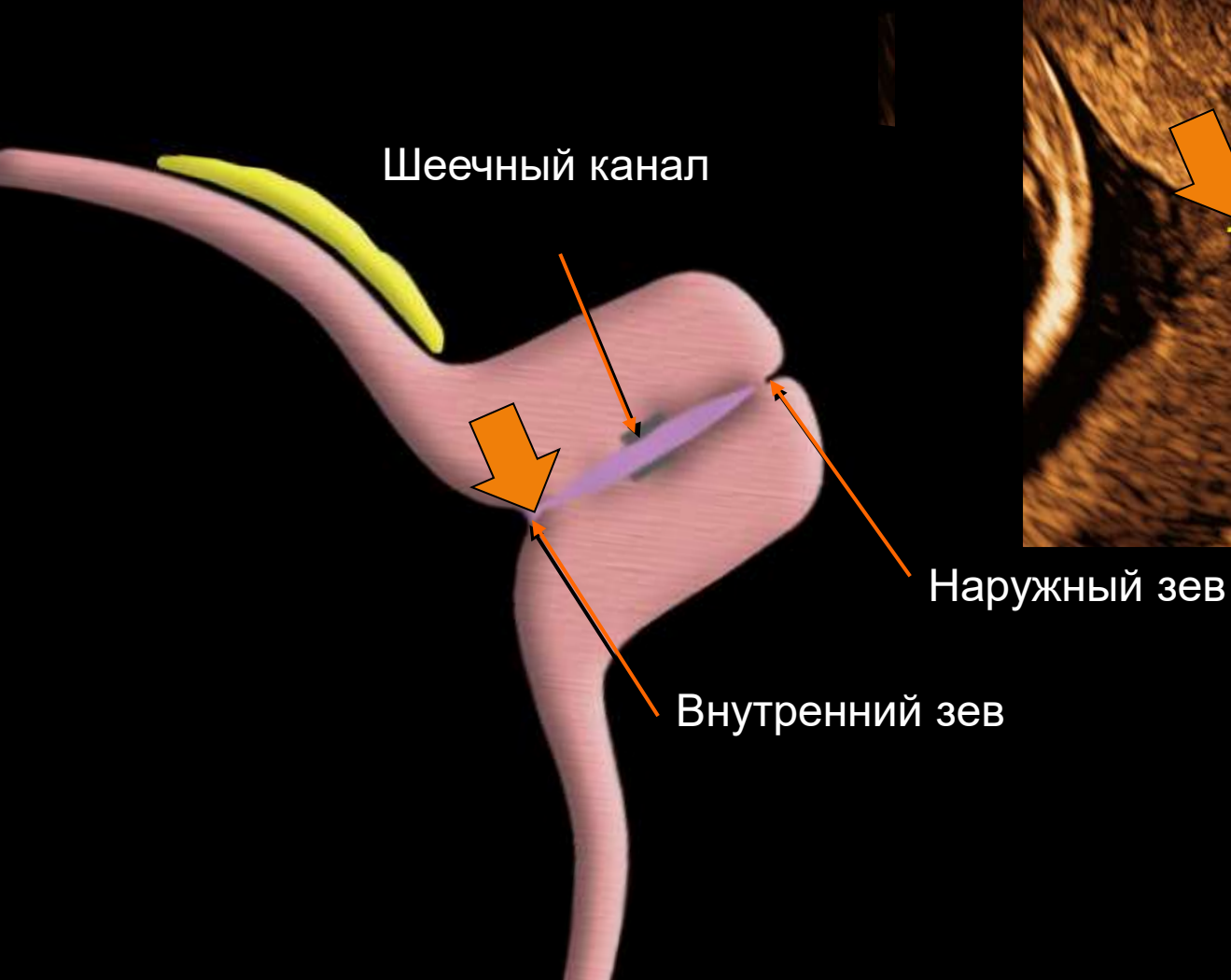


- Проба з тиском на дно матки

Уменьшение длины шейки
после давления на дно
матки



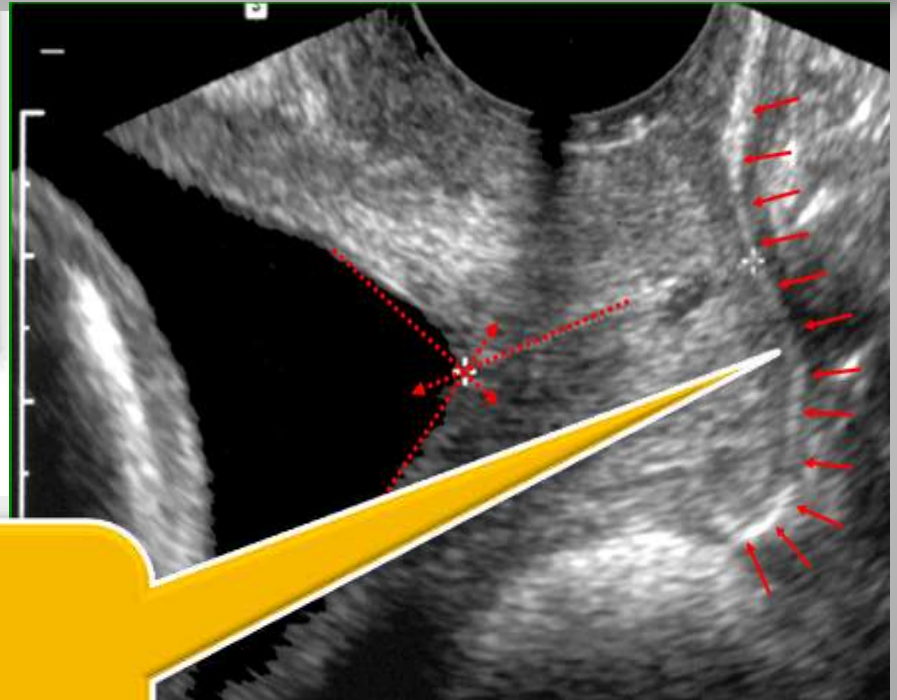
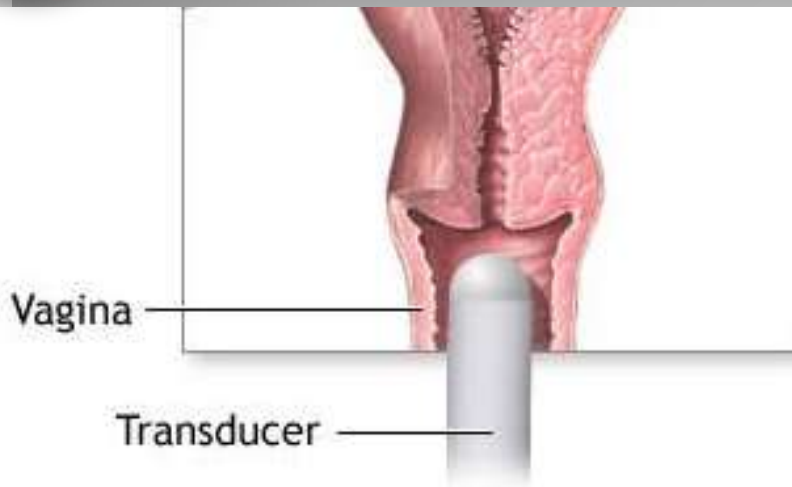
Методика дослідження



- Довжина шийки матки вимірюється по проекції шийкового каналу як відстань від внутрішнього до зовнішнього вічка шийки матки

ДІАГНОСТИКА КОРОТКОЇ ШЕЙКИ МАТКИ

! Трансвагінальне дослідження довжини шийки матки



Обов'язково має бути видно
характерна лінія (праворуч),
сформована задньою стінкою
піхви та ректо-вагінальної
перегородкою

Лікування ІЦН полягає в накладанні шва на шийку матки.

Профілактичний шов

жінкам групи високого ризику
(наявність в анамнезі мимовільних викиднів або передчасних пологів в II - III триместрах вагітності)

Терапевтичний шов

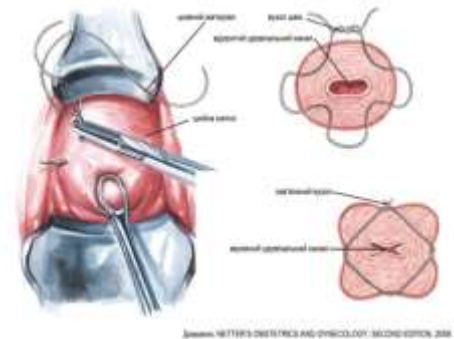
коротка шийка (менше 2,5 см)
прогресуюча клиноподібна трансформація цервікального каналу;

• Оптимальний термін накладання шва —

14-16 тиж. (до 22-24 тиж.)

Загальні умови застосування шва:

- живий плід без видимих вад розвитку;
- цілий плідний міхур;
- відсутність ознак хоріонамніоніту;
- відсутність пологової діяльності та/або кровотечі;
- перший або другий ступінь чистоти піхви.



• При функціональній ІЦН:

- 17-ОПК 12,5% 1 мл 1-2 р / тиж.
- Утрожестан 100 мг 2-4 р/день
- Дюфастон 40 мг до 20 тиж
- Розвантажувальний акушерський песарій



Передчасні пологи

- *пологи зі спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності та народженням плода масою більш 500г у терміні вагітності з 22 тижнів до 37 тижнів*
 - 22-27 тижнів;
 - 28-33 тижні;
 - 34-36 тижні + 6 днів гестації.

Передчасні пологи

Епідеміологія

- Передчасні пологи викликають більше 65% випадків перинатальної смертності і близько 50% випадків поразки ЦНС, зокрема ДЦП
- Передчасна спонтанна пологова діяльність або допологове вилиття навколоплідних вод (ДВНВ) є причиною 80% передчасних пологів

Andrew H Shennan **Recent developments in obstetrics**

BMJ 2003;327:604–8

За останні десятиліття:

- смертність дітей 1000-1500 гр.
знизилося з 50% до 5% !!!
- смертність дітей 500-1000 гр.
знизилося з 90% до 20% !!!

У розвинених країнах 50%-60% перинатальної смертності доводиться на дітей з масою нижче 1000 гр. (близько 1% всіх пологів)

Передчасні пологи: що привело до зниження смертності і захворюваності

- регіоналізація перинатальної допомоги
- кортикостероїди
- антибіотики в пологах (проф-ка СГВ, допологове вилиття н/вод)
- поліпшення методів вентиляції легенів
- препарати сурфактанту
- покращений неонатальний догляд

Завдання:

- ✓ Чинники ризику і профілактика ПП
- ✓ Діагностика ПП
- ✓ Лікування загрози ПП
- ✓ Тактика при ПП, що почалися

Фактори ризику передчасних пологів

- Вік 16 років і нижче
- Низький соціальний статус
- Куріння
- ПП в анамнезі
- Багатоплідна вагітність
- ІЦН
- Патологія матки
- Інфекція (БВ, бактеріурія і ін.)

Рання діагностика ПП

- Укорочення шийки матки за даними трансвагінального УЗД має високу діагностичну цінність для ПП, навіть в групі з низьким ризиком
- довжина шийки менше 15 мм - 50% шанс народити в терміні менше 32 тижнів

Hassan SS, Romero R, Berry SM, Dang K, Blackwell SC, Treadwell MC, et al. Patients with an ultrasonographic cervical length $\leq$ 15 mm have nearly a 50% risk of early spontaneous preterm delivery.

Am J Obstet Gynecol 2000;182:1458-67

Рання діагностика ПП

- Визначення фетального фібронектину у вагінальному вмісті після 22 тижня є хорошим прогностичним чинником ПП (у 2-3 рази)
- одне кагортне дослідження визначило чутливість 63%

Althuisius SM, Dekker GA, van Geijn HP, Bekedam D, Kuik D, van Geijn H. Cervical incompetence prevention randomized cerclage trial (CIPRACT): study design and preliminary results. *Am J Obstet Gynecol* 2001;183:823-9

Підтвердження пологів:

- ✓ наявність 1 перейми протягом 10 хвилин, що продовжується 15-20 секунд;
- ✓ зміна форми та розташування шийки матки
- ✓ поступове опускання передлеглої частини плода

Токолітична терапія

- до 34 тиж. вагітності
- при розкритті шийки матки менш, ніж 3 см,
- відсутності амніоніта, прееклампсії, кровотечі,
- задовільному стані плода
- призначається на срок 48 годин, необхідних для проведення антенатальної профілактики РДС глюкокортикоїдами, та при необхідності переведення вагітної на вищий рівень надання допомоги.
 - **ніфедипін**
 - 10 мг сублінгвально кожні 15 хвилин впродовж 1-ї год. до припинення схваток,
 - потім 20 мг 3 рази на добу в залежності від маткової активності;
 - **бета-міметиками, (гініпрал)**
 - 10мкг (2 мл) +NaCl 0,9 % в/в кр. зі швидкістю 5-10 кр/хв;
- Через 2 год. – оцінити динаміку згладжування чи розкриття ш/м.
Якщо передчасні пологи прогресують – токоліз відмінюють

Майже єдина проблема передчасного народження дитини -профілактика РДС плоду до 34 тижнів.

Схема профілактики РДС плоду

з 24 до 34 тижнів вагітності

- ✓ Кортикостероїди по 6 мг в/м через 12 годин;
 - **дексаметазону по 6 мг в/м кожні 12 годин 4 рази (на курс 24мг)**
 - **бетаметазону по 12мг кожні 24 години, двічі (на курс 24мг)**
- ✓ Максимальна доза 24 міліграми;
- ✓ Починає діяти через 24 години, максимум дії через 48 годин;
- ✓ Тривалість дії до 7 днів

Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. WHO RHL,7,2004

Особливості ведення передчасних пологів :

- **Оцінка ступеня** прогнозованого ризику материнської та перинатальної патології
- **Визначення плану** пологів та погодження його з жінкою.
- **Контроль за станом матері** та плода, ведення партограми, **запису перебігу пологів.**
- **Знеболювання пологів** за показаннями.
 - ***Наркотичні анальгетики не використовуються***
- ***Техніка „некерованих фізіологічних потуг”***
- ***Рутинну епізію-перинеотомію та пудендальну анестезію не проводять***
- ***Обов’язкова присутність педіатра-неонатолога та наявність підготовленого обладнання для надання медичної допомоги новонародженому***

Догляд за новонапродженою дитиною:

- ✓ *Температура навколишнього середовища 28°C*
- ✓ *Підтримка теплового ланцюжка,*
- ✓ *Проведення первинного туалету новонародженого,*
- ✓ *Спільне перебування матері та дитини*
- ✓ *Методу "кенгуру" при виходжуванні дітей з малою масою*



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ

SCIENCEPHOTO LIBRARY