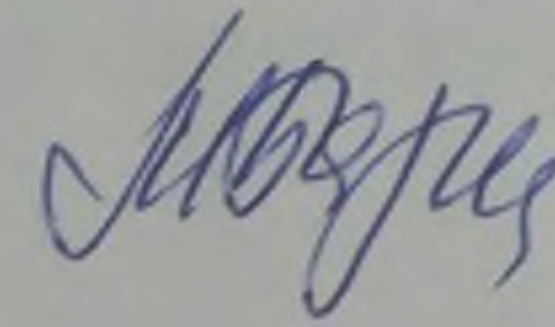


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ  
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Выполнила:  
клинический ординатор  
Судраб К.В.

Красноярск, 2018

## Рецензия

В реферате на тему: «Преждевременные роды» полно раскрыто содержание материала. Материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности.

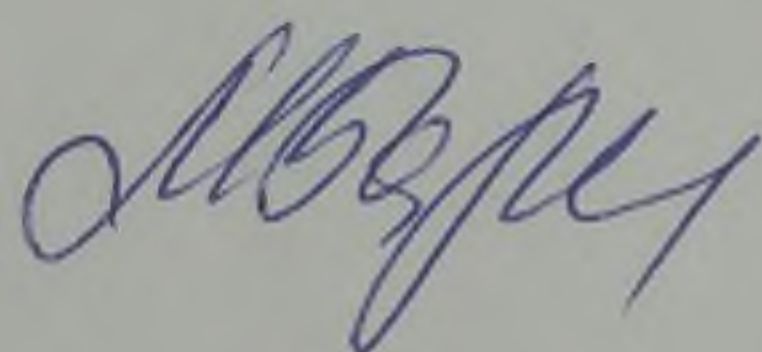
Продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала.

Точно используется терминология. Показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации.

Продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов,

сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков.

Продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач. Продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы.



## Введение.

- Этиология преждевременных родов.
- Клиника и диагностика преждевременных родов.
- Тактика ведения преждевременных родов.
- Ведение преждевременных родов.
- Профилактика преждевременных родов.
- Характеристика недоношенного ребёнка.
- Профилактика СДР у недоношенных.
- Используемая литература

*Преждевременные роды (недоношивание беременности)* – это роды, наступившие при сроке беременности от 28 до 37 полных недель. Частота преждевременных родов колеблется от 5 до 12%. Среди умерших в перинатальном периоде удельный вес недоношенных детей составляет от 40 до 60%.

Этиология преждевременных родов. Для преждевременных родов характерна многофакторность причин, вызывающих прерывание беременности. Среди факторов, вызывающих прерывание беременности, условно можно выделить три группы причин:

- преждевременное прерывание беременности, обусловленное материнскими факторами:
- истмико-цервикальная недостаточность, которая ведёт к нарушению запирающей функции перешейка и шейки матки. Развивается на фоне гормональных нарушений (функциональная) или повреждения истмического отдела вследствие травматических родов, искусственного аборта, глубоких разрывов шейки матки (органическая).
- Пороки развития матки (внутриматочная перегородка, однорогая, двойная матка, и т. д.).
- Экстрагенитальные заболевания матери (пороки сердца в стадии декомпенсации, гипертоническая болезнь, нефриты, заболевания крови, сахарный диабет и т. д.).
- Инфекционные заболевания матери (грипп, вирусный гепатит, краснуха и т. д.).
- преждевременное прерывание беременности, обусловленное плодным фактором:
- пороки развития плода.
- преждевременное прерывание беременности, обусловленное сочетанием факторов:
- поздний гестоз;
- резус-конфликт;
- аномалии прикрепления плаценты;
- преждевременная отслойка нормально или низко расположенной плаценты;
- неправильное положение плода;

- перерастяжение матки при многоводии, многоплодии;
- возраст (моложе 18 и старше 30 лет).

Для женщин с преждевременными родами характерны проявления общего и местного инфантилизма, позднее становление менструальной функции, высокий индекс инфекционных заболеваний.

Клиника и диагностика преждевременных родов. Выделяют угрожающие, начинающиеся и начавшиеся преждевременные роды.

Для *угрожающих* преждевременных родов характерно наличие болей в пояснице и нижней части живота. Возбудимость и тонус матки повышены, что может быть подтверждено инструментальными исследованиями. При влагалищном исследовании шейка матки сохранена, наружный зев матки закрыт. Нередко отмечается подтекание вод, повышенная двигательная активность плода.

При *начинающихся* преждевременных родах обычно имеются выраженные схваткообразные боли внизу живота или регулярные схватки. При влагалищном исследовании отмечаются изменения со стороны шейки матки – укорочение, нередко сглаженность, преждевременное излитие околоплодных вод.

*Начавшиеся* преждевременные роды характеризуются наличием регулярной родовой деятельности, динамикой раскрытия шейки матки (до 2 – 4 см), что говорит о необратимости начавшегося процесса.

При поступлении беременной по поводу преждевременных родов необходимо:

- выяснить возможную причину угрозы или наступления преждевременных родов;
- установить срок беременности, предполагаемую массу плода, положение, предлежание, наличие и характер сердцебиения плода, характер выделений из влагалища, состояние шейки матки и плодного пузыря, наличие признаков инфекции, наличие родовой деятельности и её выраженность;
- установить стадию развития преждевременных родов и определить в каждом конкретном случае тактику ведения родов.

Для диагностики преждевременных родов нередко требуется проведение специальных методов исследования, направленных на определение возбудимости и сократительной способности матки; а также некоторых биохимических методов исследования. Гистерография и тонусметрия дают возможность оценить сократительную активность матки.

Динамическое определение активности ряда ферментов позволяет нередко судить о готовности матки к развитию преждевременных родов.

При длительной угрозе преждевременных родов определяют состояние фетоплацентарной системы:

- определение суточной секреции эстриола;
- фоно- и электрокардиография плода;
- ультразвуковое исследование в динамике.

Тактика ведения преждевременных родов. Течение преждевременных родов характеризуется рядом особенностей:

до 40% преждевременных родов начинается с преждевременного излития околоплодных вод;

аномалии родовой деятельности;

увеличение продолжительности родов;

возникновение асфиксии плода;

кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде;

нередки инфекционные осложнения в родах.

Тактика ведения преждевременных родов зависит от:

стадии преждевременных родов;

срока беременности;

состояния плодного пузыря;

состояния матери;

степени раскрытия шейки матки;

наличия признаков инфекции;

наличия родовой деятельности и её выраженности;

наличия кровотечения и его характера.

В зависимости от ситуации придерживаются выжидательно-консервативной или активной тактики ведения родов.

*Ведение женщин с начавшимися преждевременными родами.* Следует попытаться прекратить родовую деятельность: назначить одно из средств, ингибирующих сократительную активность матки или их комбинацию (25% раствор сернокислого магния – 5 – 10 мл внутримышечно 2 – 3 раза в день, 0,5% раствор новокаина 50 – 100 мл внутривенно капельно под контролем артериального давления). Наиболее эффективно применение препаратов бета-миметического действия, снижающих интенсивность маточных сокращений и приводящих к стойкому расслаблению мускулатуры матки.

Партусистен начинают вводить внутривенно капельно по 10 мл в 250 мл физиологического раствора со скоростью 10 – 15 капель в минуту в течение 4 – 6 часов. Скорость введения препаратов зависит от индивидуальной его переносимости, что проявляется такими побочными эффектами, как тахикардия, тремор рук, снижение артериального давления, тошнота. После окончания внутривенного введения партусистена этот же препарат

назначают в таблетках. *Противопоказания* к назначению бета-миметиков: заболевания сердца, тиреотоксикоз, сахарный диабет, внутриматочная инфекция, кровотечения, связанные с патологией плаценты.

Одновременно для профилактики СДР у новорождённых назначают дексаметазон в дозе 18 – 24 мг на курс. Применяют этот препарат с целью ускорения созревания лёгких у плода.

*Ведение женщин с недоношенной беременностью, осложнившейся преждевременным излитием околоплодных вод при отсутствии родовой деятельности.* У 25 – 40% беременных преждевременные роды начинаются с преждевременного излития околоплодных вод, при этом у 12 – 14% родовая деятельность после разрыва плодного пузыря самостоятельно не развивается. У таких беременных методом выбора является консервативно-выжидательная тактика. Это обусловлено тем, что перинатальная смертность при этом значительно ниже, чем при активной тактике (немедленное родовозбуждение); часто не удаётся вызвать родовую деятельность даже при неоднократном применении родостимулирующих средств; частота хориоамнионита и гнойно-септических заболеваний новорождённых зависит от строгого соблюдения мер антисептики и учёта противопоказаний для выбора данной тактики; вследствие спазма сосудов в системе маточно-плацентарного кровообращения, после введения окситотических препаратов нередко изменяется сердечная деятельность плода.

Показания к консервативно-выжидательной тактике: при сроке беременности 28 – 34 недели, в случаях продольного положения плода, отсутствия признаков инфекции, отсутствия тяжёлой акушерской и экстрагенитальной патологии.

Необходимыми условиями для консервативно-выжидательной тактики является строгое соблюдение мер асептики и антисептики, создание лечебно-охранительного режима. При преждевременном излитии околоплодных вод беременные подлежат госпитализации в специальную палату, обрабатываемую по такому же графику, как и родильный блок. Смена белья проводится ежедневно, а смена стерильных подкладных – 3 – 4 раза в день. Раз в 3 – 4 дня проводится гигиенический душ. Исследования крови, мочи, влагалищных мазков, посевы из цервикального канала на микрофлору осуществляется 1 раз в 5 дней. После взятия мазков влагалище обрабатывают тампоном, смоченном в растворе дезинфицирующего средства.

Терапия при консервативно-выжидательной тактике:

- спазмолитические средства (изоверин по 1 мл 2 раза в день внутримышечно, платифиллин по 1 мл 0,1% раствора 2 раза в день внутримышечно и т. д.)
- токолитические препараты (сульфат магния 25% - 10,0 2 раза в день внутримышечно, папаверин по 1 - 2 мл 2% раствора внутримышечно и т. д.)

- профилактика гипоксии плода (триада Николаева, сигетин по 2 – 4 мл внутримышечно, витамин С по 5 мл внутривенно на 20% или 40% раствором глюкозы, 10% раствор гутимины по 10 мл внутримышечно 1 раз в день).

По мере нарастания длительности безводного промежутка в случае повышения сократительной активности матки или изменения сердечной деятельности плода вновь назначают одно из перечисленных средств или их комбинацию. При сохранении беременности более 10 – 14 дней терапию повторяют. Постельный режим показан лишь в первые 3 – 5 дней.

Показаниями для подготовки беременной к родоразрешению после длительного подтекания околоплодных вод являются: продление беременности до 36 – 37 недель при предполагаемой массе плода не менее 2500 г; появление признаков инфекции (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, микрофлора в цервикальном канале); ухудшение состояния плода. В этих случаях в течение трёх дней назначают терапию, направленную на подготовку организма к родам: глюкоза – 40% раствор с 5 мл 5% витамина С внутривенно, АТФ по 1 мл внутримышечно, фолликулин или синестрол по 20.000 – 30.000 МЕ внутримышечно 2 раза в день, раствор хлористого кальция по 1 столовой ложке 3 раза в день внутрь, кислородотерапию, изоверин – по 1 мл 2 раза в день внутримышечно. Если за 1 – 2 дня родовая деятельность не разовьётся, то приступают к родовозбуждению.

При развитии внутриматочной инфекции назначают эстрогены и спазмолитики, а через 4 – 6 часов проводят родовозбуждение (2,5 ЕД окситоцина в сочетании с 2,5 мг простагландина  $F_{2\alpha}$  в 500 мл физиологического раствора). Родоразрешение необходимо осуществлять через естественные родовые пути. Одновременно показана интенсивная антибиотикотерапия, применение препаратов, повышающих иммунологическую реактивность организма, коррекция электролитных нарушений.

В родах у всех рожениц обязательно проводят профилактику гипоксии плода 1 раз в 3 – 4 часа.

#### Противопоказания к консервативно-выжидательной тактике:

- Абсолютные:*
1. Поперечное и косое предлежание плода, ножное предлежание при центральном разрыве плодных оболочек и открытом цервикальном канале;
  2. наличие признаков внутриматочной инфекции;
  3. срок беременности 36 недель и более.

- Относительные:*
1. Срок беременности 34 – 35 недель;
  2. ножное предлежание при высоком разрыве плодных оболочек и закрытом цервикальном канале;



3. указание на криминальное внутриматочное вмешательство, но без явных признаков инфекции;

- тяжёлая экстрагенитальная патология у матери, нефропатия, многоплодная беременность;
- лейкоцитоз со сдвигом формулы влево при нормальной температуре тела, патогенная микрофлора во влагалище или степень чистоты влагалища III степени.

В этом случае в течение 3 – 5 дней проводят подготовку к родам, профилактику гипоксии плода и лечение основного заболевания. При отсутствии родовой деятельности прибегают к родовозбуждению.

Показания к активной тактике ведения преждевременных родов:

- отсутствие плодного пузыря;
- наличие регулярной родовой деятельности;
- наличие признаков инфекции;
- внутриутробное страдание плода;
- тяжёлые соматические заболевания матери;
- осложнения, связанные с беременностью и не поддающиеся лечению;
- подозрение на уродство или аномалии развития плода.

Ведение преждевременных родов. Преждевременные роды обычно протекают при большом напряжении адаптационных механизмов системы «мать – плацента – плод». Истощение их проявляется нарушениями маточно-плацентарного кровотока и гипоксией плода. Поэтому необходимо проводить комплекс мер по профилактике гипоксии плода каждые 4 – 6 часов. При быстрых родах подавление схваток нецелесообразно, необходимо назначить спазмолитические средства для улучшения плацентарного кровотока. Наиболее неблагоприятный прогноз для недоношенного имеет место при затяжных родах. Поэтому своевременная диагностика и лечение слабости родовой деятельности имеют большое значение. При необходимости родостимуляции предпочтение следует отдавать введению минимальных доз окситоцина (5 ЕД в 500 мл 5% раствора глюкозы со скоростью 10 – 12 капель в минуту).

Во втором периоде родов большое значение приобретает профилактика родовых травм у плода. Для этого второй период родов ведут без защиты промежности; принимают меры по снижению сопротивления мышц тазового

дна. Все манипуляции по снижению сопротивления мышц проводят при головке, находящейся в полости малого таза. У всех рожениц ведение второго периода необходимо начинать с расширения вульварного кольца. Для этого акушерка вводит пальцы во влагалище и во время потуг растягивает мышцы и кожу промежности по направлению к седалищным буграм. Далее необходимо выполнить одно из следующих мероприятий:

- рассечение промежности;
- пудендальная анестезия;
- орошение кожи промежности аэрозолем лидокаина;
- введение миорелаксанта центрального действия – мефедола 10% раствор 20 мл внутривенно медленно.

Роды в тазовом предлежании при массе плода менее 2000 г должны протекать самостоятельно с поддержанием туловища плода. При массе плода более 2000 г возможно оказание ручного пособия по Цовьянову.

Оперативные вмешательства производят по жизненным показаниям со стороны матери.

Ведение третьего периода предусматривает общепринятые меры по профилактике кровотечения.

При обезболивании следует избегать средств, угнетающих дыхательный центр плода.

Для проведения преждевременных родов необходимо иметь инкубатор для недоношенных детей в родовом блоке, который включают за 30 минут до рождения ребёнка. Ребёнка принимают в тёплое бельё, обогревают лоток и пеленальный столик. Температура в родовой должна быть не менее 25 – 26 градусов Цельсия, все манипуляции проводятся с большой осторожностью.

Профилактика преждевременных родов. Её следует проводить с учётом представлений об этиологии и патогенезе данной патологии. В женских консультациях необходимо организовать наблюдение за беременными, выделить группы риска по преждевременным родам. У небеременных следует тщательно изучать причины невынашивания беременности и проводить их коррекцию. При недонашивании следует проводить тщательный контроль на всех этапах беременности, госпитализацию в критические сроки и патогенетическую терапию в специализированных стационарах.

Характеристика недоношенного ребёнка. У ребёнка, рождённого преждевременно, имеются признаки незрелости: масса тела менее 2500 г, длина менее 45 см, много сыровидной смазки, недостаточное развитие подкожно-жирового слоя, пушок на теле, мягкие хрящи носа и ушной раковины, ногти не заходят за кончики пальцев, пупочное кольцо расположено ближе к лону, у мальчиков яички не опущены в мошонку, у девочек малые половые губы не прикрыты большими.

Оценка степени зрелости проводится по специальной шкале. Кроме того, производится оценка новорождённого по шкале Апгар, оценка дыхания проводится по шкале Сильвермана, где оценивается движение грудной клетки, втяжение межрёберных промежутков, втяжение грудины, участие крыльев носа и положение нижней челюсти, характер дыхания.

Профилактика СДР у недоношенных. РДС развивается из-за недостатка сурфактанта в незрелых лёгких недоношенного ребёнка. Состав сурфактанта зависит от степени зрелости лёгких плода. Для определения последней исследуют отношение лецитинсфингомиелин в околоплодных водах. При соотношении более 2 лёгкие плода можно считать зрелыми.

При введении некоторых лекарственных средств, в частности, глюкокортикоидов, беременным, можно ускорить созревание лёгких плода. На курс лечения назначают 8 – 12 мг дексаметазона (по 4 мг 2 раза в сутки внутримышечно или в таблетках по 2 мг 4 раза в сутки в течение 2 – 3 дней). Кортикостероиды назначают тем беременным, которым назначают токолитические средства.

При профилактике РДС в 28 – 32 недели беременности в том случае, если роды не наступили, но угроза их наступления остаётся, целесообразно проводить терапию глюкокортикоидами через 7 дней в тех же дозах.

Противопоказания к назначению глюкокортикоидов: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, недостаточность кровообращения III степени, эндокардит, нефрит, активная форма туберкулёза, тяжёлые формы диабета, остеопороз, тяжёлая нефропатия.

Использованная литература:

- a. «Преждевременные роды. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика» методические рекомендации, М., 2014.
- b. В. М. Сидельникова. «Невынашивание беременности». М., «Медицина», 2015
- c. Акушерство. Национальное руководство под ред. Айламазян Геотар-Медиа 2015 год
- d. Акушерство. Под ред. Савельевой Геотар-Медиа 2015 год