

АО «Медицинский университет Астана»  
Кафедра акушерства и гинекологии по  
интернатуре

# ПРЕЖДЕВРЕМЕНН ЫЕ РОДЫ

Приготовила:

Мухамеджанова А. 638 гр.

Проверила: Разумова Р.Р.

Преждевременные роды представляют серьезную проблему для практического акушерства, они чреватые тяжелыми осложнениями для матери и плода (новорожденного).

Перинатальная смертность при преждевременных родах в 20 раз выше, чем при срочных, что объясняется общей физиологической незрелостью организма ребенка.

Вероятность преждевременных родов особенно высока у женщин группы высокого риска.

Все факторы риска невынашивания делятся на 4 группы:

- 1) социально-биологические причины (возраст, род занятий, вредные привычки, условия жизни);
- 2) акушерско-гинекологический анамнез (характер менструального цикла, исходы предыдущих беременностей и родов, гинекологические заболевания, пороки развития матки);

3) экстрагенитальные заболевания (острые инфекции во время беременности, пороки сердца, гипертоническая болезнь, заболевания почек, сахарный диабет);

4) осложнения настоящей беременности (тяжелые гестозы, резус-сенсibilизация, антифосфолипидный синдром, многоводие, многоплодие, предлежание плаценты).

Чем чаще между собой сочетаются факторы риска невынашивания, тем выше шанс наступления преждевременных родов.

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

По клиническим проявлениям преждевременные роды делятся на **угрожающие и начавшиеся.**

**Угрожающие преждевременные роды** характеризуются незначительными болями в низу живота или в пояснице. Иногда жалобы полностью отсутствуют. При пальпации матки выявляется повышенный тонус и возбудимость. Сердцебиение плода не страдает. При влагалищном исследовании изменений со стороны шейки матки не находят.

**При начавшихся преждевременных родах** боли усиливаются, приобретают схваткообразный характер. При влагалищном исследовании обнаруживают укороченную или сглаженную шейку матки. Нередко наблюдается излитие околоплодных вод. Раскрытие шейки матки до 4 см свидетельствует о латентной фазе I периода родов, раскрытие от 4 см и более — об активной фазе.

# ДИАГНОСТИКА

Диагноз преждевременных родов не представляет сложностей. Он основан на жалобах беременной и данных наружного и внутреннего акушерского исследований.

# ВЕДЕНИЕ

Тактика ведения преждевременных родов зависит от следующих факторов:

- 1) стадии течения (угрожающие, начавшиеся);
- 2) срока беременности;
- 3) состояния матери (соматические заболевания, поздний гестоз);
- 4) состояния плода (гипоксия плода, пороки развития плода);
- 5) состояния плодного пузыря (цел, вскрылся);
- 6) степени раскрытия шейки матки (до 4 см, более 4 см);
- 7) наличия и интенсивности кровотечения;
- 8) наличия или отсутствия инфекции.

В зависимости от сложившейся акушерской ситуации придерживаются консервативной или активной тактики.

## **Консервативная тактика**

(продолгование беременности)  
показана при угрожающих или  
начавшихся родах сроком до 36 нед.,  
целом плодном пузыре, открытии зева до  
4 см, хорошем состоянии плода, при  
отсутствии тяжелой акушерской и  
соматической патологии и признаков  
инфекции.

Комплекс лечения угрожающих и латентной фазы начавшихся преждевременных родов включает в себя:

- 1) постельный режим;
- 2) легкую, богатую витаминами диету;
- 3) лекарственные препараты;
- 4) физиотерапию;
- 5) рефлекс- и психотерапию.

Особая роль в ликвидации угрозы прерывания беременности принадлежит препаратам токолитического действия.

Начинают лечение с внутривенного капельного введения препаратов, после достижения эффекта переходят на таблетированные формы.

При угрозе прерывания беременности до 34-недельного срока необходимо проводить профилактику респираторного дистресс-синдрома у новорожденного.

В течение 3 дней беременные получают кортикостероиды (дексаметазон в суточной дозе 8 мг или преднизолон — 60 мг), которые способствуют синтезу сурфактанта и созреванию легких плода.

Через неделю курс кортикостероидной терапии можно повторить.

Особого внимания требует группа женщин с угрожающими и начавшимися преждевременными родами при раскрытии шейки матки менее 4 см на фоне излития околоплодных вод.

При отсутствии инфекции, хорошем состоянии матери и плода и сроке беременности 28—34 нед. можно пролонгировать беременность, строго соблюдая все правила асептики и антисептики (стерильные подкладные, дезинфекция наружных половых органов, введение во влагалище свечей или таблеток антибактериального действия).

**Активная тактика угрожающих и начавшихся родов** проводится при тяжелых соматических заболеваниях беременной, тяжелых гестозах, гипоксии плода, пороках развития и смерти плода, признаках инфекции.

Начавшиеся преждевременные роды проводятся через естественные родовые пути под постоянным кардиомониторным наблюдением.

Преждевременные роды требуют особой бережности. Необходимо широко использовать спазмолитики, применять адекватное обезболивание без наркотических препаратов.

Регуляция родовой деятельности при ее нарушениях должна проводиться осторожно. Слабость родовой деятельности корригируется внутривенным введением простагландинов или окситоцина под тщательным контролем кардиотокографии.

Преждевременные роды часто осложняются стремительным или быстрым течением, в этих случаях показано использование токолитиков или магния сульфата. Обязательно проводится профилактика гипоксии плода.

Период изгнания для недоношенного ребенка представляет собой большую опасность, поэтому для предотвращения родового травматизма плода его следует проводить очень бережно, без защиты промежности.

Для уменьшения сопротивления мышц тазового дна показана пудендальная анестезия или пери-неотомия.

Родоразрешение путем кесарева сечения при преждевременных родах осуществляют по строгим показаниям: предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, эклампсия, поперечное положение плода.

Расширение показаний к операции в интересах плода (осложненное течение родов в тазовом предлежании, отягощенный акушерский анамнез у матери — мертворождения, невынашивание, бесплодие) допускается только при наличии реанимационной неонатальной службы.

У ребенка, рожденного преждевременно, имеются признаки незрелости, поэтому первичная обработка и все лечебные мероприятия должны проводиться в кювезе.

# ОЦЕНКА НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО

Принято выделять 4 степени  
недоношенности детей в зависимости от  
массы тела при рождении:

I степень недоношенности — 2500—2001 г;

II — 2000— 1501 г;

III — 1500—1001 г;

IV — 1000 г и менее.

При определении зрелости и незрелости следует принимать во внимание не только продолжительность беременности (от 28 до 36 нед.), массу тела и длину ребенка (от 35 до 45 см), но и учитывать другие признаки незрелости.

Внешний вид недоношенного ребенка своеобразный: телосложение непропорциональное, нижние конечности и шея короткие, пупочное кольцо расположено низко, головка относительно большая. Кости черепа податливы, швы и малый (задний) родничок открыты. Ушные раковины мягкие. На коже спины, в области плеч, на лбу, щеках и бедрах отмечается обильный рост пушковых волос.

Кожа тонкая: отчетливо выражена физиологическая эритема. Подкожный жировой слой истончен или отсутствует, сохраняясь лишь в области щек. Ногти не достигают кончиков пальцев. Половая щель у девочек зияет, так как большие половые губы не прикрывают малые. У мальчиков яички не опустились в мошонку.

# ШКАЛА СИЛЬВЕРМАНА-АНДЕРСЕНА

Каждый симптом в графе «стадия 0» оценивается в 0 баллов; в графе «стадия 1» — в 1 балл; «стадия 2» — в 2 балла. Оценка в 0 баллов свидетельствует об отсутствии синдрома дыхательных расстройств (СДР).

Оценка от 1 до 3 баллов — начальные признаки СДР. Оценка 4—5 баллов — средняя степень тяжести СДР. При суммарной оценке 6 баллов и более у новорожденных констатируется тяжелый синдром дыхательных расстройств.

Клинический признак	Стадия 0	Стадия 1	Стадия 2
Движение грудной клетки	Верхняя часть грудной клетки и передняя брюшная стенка синхронно участвуют в акте дыхания	Отсутствие синхронности или минимальное опускание верхней части грудной клетки при подъеме передней брюшной стенки на вдохе	Заметное западение верхней части грудной клетки во время подъема передней брюшной стенки на вдохе
Втяжение межреберий	Нет втягивания межреберий на вдохе	Легкое втягивание межреберий на вдохе	Заметное западение межреберий на вдохе
Втяжение грудины	Нет втягивания мечевидного отростка на вдохе	Небольшое втяжение мечевидного отростка грудины на вдохе	Западение мечевидного отростка грудины
Положение нижней челюсти	Рот закрыт, нижняя челюсть не западает	Опускание подбородка на вдохе, рот закрыт, нижняя челюсть западает	Рот открыт, нижняя челюсть западает
Дыхание	Дыхание спокойное, ровное	При аускультации слышен затруднительный вдох	Стонущее дыхание, экспираторные шумы слышны на расстоянии

Профилактика невынашивания. Главная роль в решении этой сложной проблемы принадлежит женским консультациям, которые выявляют женщин группы риска по невынашиванию, осуществляют диспансерное наблюдение за ними, вырабатывают индивидуальный план профилактических мероприятий, госпитализируют беременных в ранние и критические (12,16, 28 нед.) сроки и в период, соответствующий прерыванию беременности в прошлом.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерский фантом. А.А.Иванов, А.В. Ланковиц
2. Акушерство. Национальное руководство
3. Акушерство. Савельева Г.М. 2000
4. Акушерство\_Э.К.Айламазян

**СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ!!!**