

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТИ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

*Мерзімінен бұрын босану. Мерзімінен
бұрын туылған нәресте белгілері.*



Тексерген:
Орындаған: Жүгініс Дана
Группа: 14-002-1К
Факультет: ЖМ

План:

- *Преждевременны ероды.*
- *Тактика введение, лечение.*
- *Недоношенный ребенок.*



Преждевременными роды:

- Преждевременными родами называют роды, наступившие при сроке беременности от 22 до 36 +6 дней недель (154-258 дней) при весе плода 500 гр. и более.
- Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации: Появление признаков преждевременных родов (II уровень – 35 недель +0 дней – 36 недель +6 дней; III уровень - до 34 недели +6 дней).

Диагностические критерии:

- *Преждевременными родами считаются:*
- *1) Роды в сроке от 22 полных до 36 недель 6 дней;*
- *2) Клинически документированные сокращения матки (4 за 20 минут или 8 за 60 минут) в сочетании с одним из нижеперечисленных признаков:*
- ✓ *разрыв плодного пузыря;*
- ✓ *целый плодный пузырь и раскрытие шейки более 2 см;*
- ✓ *целый плодный пузырь и сглаживание шейки более, чем на 80%;*
- ✓ *целый плодный пузырь и динамические структурные изменения шейки матки.*

10. Клиническая классификация:

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 в отсутствие регулярной родовой деятельности (25–40%)	-Тяжёлые ЭГЗ с декомпенсацией; -угрожающие жизни, осложнения беременности: тяжёлая преэклампсия/эклампсия, HELLP-синдром, внутripечёночный холестаз беременных и др.	Некурабельные ВПР плода, прогрессивное ухудшение состояния, антенатальная гибель плода

- **Жалобы и анамнез:** - Жалобы на боли внизу живота и в крестцовой области, излитие околоплодных вод Анамнез: наличие преждевременных родов в анамнезе
- **Физикальное обследование:** степень раскрытия шейки матки служит индикатором для прогнозирования эффективности токолиза. При раскрытии зева >3 см (признак активной фазы первого периода) токолиз, скорее всего, будет неэффективен.

- **Лабораторные исследования:** мазок на околоплодные воды
- **Инструментальные исследования:** трансвагинальное УЗИ. Диагноз начала преждевременных родов может быть уточнен с помощью трансвагинального УЗИ (длина шейки матки менее 15 мм — 50% шанс родить в сроке менее 32 недель). Изменения шейки матки — более объективный показатель, 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). Прогностически имеет значение определение длины шейки матки в сроках 17-24 недели УЗИ методом: длина шейки матки 25 мм и менее требует проведения профилактических мер

- **Дифференциальный диагноз:**
- При угрожающих преждевременных родах, основным симптомом которых являются боли внизу живота и в пояснице, дифференциальная диагностика:
- с болезнями органов брюшной полости, в первую очередь, с заболеваниями кишечника (спастическим колитом, острым аппендицитом)
- с 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

- **Цели лечения:** пролонгирование беременности, подготовка легких плода к родам, щадящее ведение родов.

Особенности ведения преждевременных родов

- *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. Плановое кесарево сечение по сравнению с родами через естественные родовые пути не улучшает исходов для недоношенного ребёнка, при этом увеличивая материнскую заболеваемость. Поэтому роды через естественные родовые пути для недоношенного плода в головном предлежании предпочтительны, особенно после 32 недель беременности.*
- *5. При ножном предлежании показано КС (В-3а).*
- *6. При обезболивании родов не применять лекарственные препараты, угнетающие дыхательный центр плода (опиаты)*

- **7. Не проводить рутинно эпизиотомию, пудендальную анестезию, эпидуральную анестезию, использование выходных щипцов для рождения головки.**
- **8. Вакуум-аспирация не должна использоваться при преждевременных родах ранее 34 недель беременности из-за повышения риска неонатальной заболеваемости, связанной с высокой частотой субглиальных (между апоневрозом и надкостницей) гематом (B-3a).**
- **9. Температура в родильном зале не менее 28°C**
- **10. 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. (I-A)**
- **11. Для доношенных детей возможность повышенного риска неонатальной желтухи, требующей фототерапии, должна взвешиваться с физиологическим преимуществом более высокого гемоглобина и уровня железа до 6 месяцев жизни, получаемой при отсроченном пережатии пуповины. (I-C)**
- **12. Постоянная КТГ не имеет преимуществ перед длительной (например, по 40 мин через 1 час) КТГ или периодической аускультацией.**

Тактика лечения

- :На всех этапах оказания помощи необходима полная информированность пациентки об ее состоянии, состоянии плода, прогнозе исхода преждевременных родов для новорожденного, выбранной акушерской тактике и возможных осложнениях.
- Антибиотикопрофилактика при преждевременных родах проводится независимо от целостности плодного пузыря.
- Врачебная тактика при ведении преждевременных родов в основном определяется: гестационным сроком и состоянием родовых путей

Открытие маточного зева (см)	Срок беременности (нед.)	
	менее 34	34-37
менее 3 см	<ul style="list-style-type: none"> – профилактика РДС – токолиз* – в родах ампициллин по 2 г в/в каждые 6 часов до рождения ребенка (начать как можно раньше, с появлением первых схваток) 	<ul style="list-style-type: none"> – партограмма – ампициллин по 2 г в/в каждые 6 часов до рождения ребенка (начать как можно раньше, с появлением первых схваток) - вызов неонатолога на роды
более 3 см	<ul style="list-style-type: none"> – ампициллин по 2 г в/в каждые 6 часов до рождения ребенка – вызов неонатолога на роды 	<ul style="list-style-type: none"> – ампициллин по 2 г в/в каждые 6 часов до рождения ребенка – вызов неонатолога на роды

***при эффективном токолизе до 34 недель беременности: при излитии околоплодных вод перейти на эритромицин по 250 мг каждые 6 часов в течение 10 дней (см. протокол ДИОВ). При целом плодном пузыре отменить ампициллин**

- *Вероятность развития родовой деятельности при излитии околоплодных вод находится в прямой зависимости от гестационного срока: чем меньше срок, тем больше период до наступления регулярной родовой деятельности (латентный период). В первые сутки после преждевременного излития вод спонтанные роды начинаются:*
 - **1) в 26% случаев при массе плода 500–1000 г;**
 - **2) в 51% случаев при массе плода 1000–2500 г;**
 - **3) в 81% случаев при массе плода более 2500 г.**
- *В сроках 22–24 недель прогноз неблагоприятен. Родители должны быть осведомлены, что дети, родившиеся до 24 недель, вряд ли выживут, а те, что выживут, вряд ли будут здоровыми. Выбор тактики ведения при ДИОВ при недоношенной беременности должен быть оформлен в виде информированного согласия пациентки. Одна из основных задач при поступлении пациентки с подозрением на отхождение вод - как можно более точно определить срок беременности, так как от этого зависит выбор тактики. При сроке до 34 недель при отсутствии противопоказаний показана выжидательная тактика (В-3а).*

Противопоказания для выбора выжидательной тактики:

- 1) хориоамнионит;
- 2) осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения (преэклампсия/эклампсия, отслойка плаценты, кровотечение при предлежании плаценты);
- 3) декомпенсированные состояния матери;
- 4) декомпенсированные состояния плода. При поступлении пациентки в стационар первого или второго уровня с подозрением на ДИОВ при гестационном сроке до 34 недель — перевод в акушерский стационар третьего уровня.

Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода

- Усилия, направленные на повышение жизнеспособности плода при преждевременных родах, заключаются в антенатальной профилактике РДС глюкокортикоидами.
- Схемы применения:
- 4 дозы дексаметазона внутримышечно по 6 мг с интервалом в 12 ч;
- 2 дозы бетаметазона внутримышечно по 12 мг с интервалом в 24 ч (эта схема наиболее часто встречалась в РКИ, вошедших в систематический обзор); Эффективность препаратов одинакова, однако следует учитывать, что при назначении дексаметазона отмечается более высокая частота госпитализации в ПИТ, но более низкая частота ВЖК, чем у бетаметазона (A-1b).

Токолиз

- Цель токолитической терапии:
 - подавление сокращений матки
 - проведение курса профилактики РДС;
 - возможности перевозки беременной в перинатальный центр
- Препаратами выбора для токолитической терапии являются блокаторы кальциевых каналов (нифедипин) и антагонисты окситоцина (Атосибан), поскольку доказаны их преимущества по сравнению с другими препаратами. Схема применения нифедипина: 10 мг перорально, если сокращения матки сохраняются – через 15 минут 10 мг повторно. Затем по 10 мг каждые 3-8 часов в течение 48 часов до исчезновения схваток. Максимальная доза – 60 мг/день. Превышение суточной дозы 60мг/с увеличивает риск побочного действия в 3-4 раза.
- **При хориоамнионите токолитическая терапия противопоказана!**

- **Недоношенные дети** – это дети, родившиеся ранее срока родов, функционально незрелые, с массой ниже 2500 г и длиной тела менее 45 см.
- По определению ВОЗ (1974 г.), плод считается жизнеспособным при гестационном сроке более 22 недель, массе тела от 500 г, длине тела от 25 см.



Причины недоношенности

- Все причины, приводящие к рождению недоношенных детей можно объединить в несколько групп. К первой группе относятся социально-биологические факторы, включающие слишком юный или пожилой возраст родителей (моложе 18 и старше 40 лет), вредные привычки беременной, недостаточное питание и неудовлетворительные бытовые условия, профессиональные вредности, неблагоприятный психоэмоциональный фон и др

Вторую группу причин составляет отягощенный акушерско-гинекологической анамнез и патологическое течение настоящей беременности у будущей мамы. Здесь наибольшее значение имеют аборт в анамнезе, многоплодие, гестозы, гемолитическая болезнь плода, преждевременная отслойка плаценты.

- К третьей группе причин, нарушающих нормальное созревание плода и обуславливающих повышенную вероятность рождения недоношенных детей, относятся различные экстрагенитальные заболевания матери: сахарный диабет, гипертоническая болезнь, пороки сердца, пиелонефрит, ревматизм и др

Классификация недоношенности

- С учетом обозначенных критериев (срока гестации, массы и длины тела) выделяют 4 степени недоношенности:
- **I степень недоношенности** – родоразрешение происходит на сроке 36-37 недель гестации; масса тела ребенка при рождении составляет 2500-2001 г, длина – 45-41 см.
- **II степень недоношенности** - родоразрешение происходит на сроке 32-35 недель гестации; масса тела ребенка при рождении составляет 2001-2500 г, длина – 40-36 см.
- **III степень недоношенности** - родоразрешение происходит на сроке 31-28 недель гестации; масса тела ребенка при рождении составляет 1500-1001 г, длина – 35-30 см.
- **IV степень недоношенности** - родоразрешение происходит ранее 28 недель гестации; масса тела ребенка при рождении составляет менее 1000 г, длина – менее 30 см. В отношении таких детей используется термин «недоношенные с экстремально низкой массой тела».

- **1. Кожа недоношенных детей очень тонкая, тёмно-красного цвета по всему телу**
- **2. Уши недоношенных детей: ушная раковина мягкая, нет эластичности**
- **3. Ткань молочной железы недоношенных детей: отсутствует пальпируемая ткань молочной железы**
- **4. Половые органы недоношенных детей. У мальчиков — мошонка гладкая, в ней отсутствуют яички. У девочек — выступающий клитор, большие половые губы широко разведены, малые половые губы выступают**
- **5. Дыхание недоношенных детей: требуется поддержка дыхания. Распространено апноэ**
- **6. Сосание и глотание недоношенных детей: отсутствуют координированные сосательные движения**
- **7. Питание недоношенных детей: обычно требуется полное парентеральное питание, затем перевод на зондовое питание**
- **8. Плач недоношенных детей: слабый**
- **9. Зрение, общение недоношенных детей: веки могут быть сращены. Нечастые движения глаз. Недоступен для общения**
- **10. Слух недоношенных детей: вздрагивает при громких звуках**
- **11. Положение недоношенных детей: конечности вытянуты, резкие отрывистые движения.**