**ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ**

**Цель занятия:** ознакомить студентов с проблемой перенашивания и недонашивания беременности.

**Студент должен знать:** диагностику переношенной беременности, дифференциальный диагноз между переношенной и пролонгированной беременностью, тактику ведения, осложнения во время беременности и родов со стороны матери и плода, признаки перезрелости плода и новорожденного, причины, диагностику, лечение, методы родоразрешения при недонашивании беременности в зависимости от клинического течения и сроков прерывания, признаки недоношенности, незрелости плода, осложнения для матери и плода во время беременности, в родах, профилактику.

**Студент должен уметь:** определить срок родов, составить план комплексной подготовки к родам, интерпретировать данные УЗИ и кольпоцитограмм при переношенной и недоношенной беременности, стадии преждевременных родов, методы и сроки родоразрешения.

**Содержание занятия**

**ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

Переношенная беременность является проблемой, представляющей большой научный и практический интерес в акушерстве. Актуальность ее объясняется большим числом осложнений в родах, высокой перинатальной смертностью. Научный подход к проблеме перенашивания беременности определился к 1902 г., когда впервые Беллентайн, а затем Рунге (1948) описали признаки перезрелости у новорожденного, и этот синдром получил название **Беллентайна-Рунге**.

В современном акушерстве различают *истинное (биологическое) перенашивание* беременности и *мнимое (хронологическое) или пролонгированную беременность*.

*Истинно переношенной* следует считать беременность, которая продолжается более 10-14 дней после ожидаемого срока родов (290-294 дня). Ребенок рождается с признаками перезрелости и жизнь его находится в опасности. Обычно в этих случаях в плаценте определяют петрификаты, жировое перерождение и др.

*Пролонгированной*, или физиологически удлиненной, следует считать беременность, которая продолжается более 294 дней и заканчивается рождением доношенного, функционально зрелого ребенка без признаков перезрелости и опасности для его жизни.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

- Перенесенные ранее детские инфекционные заболевания, а также экстрагенитальные заболевания, которые могут являться преморбидным фоном для перенашивания.

- Инфантилизм.

- Эндокринные заболевания.

- Психические травмы.

- Гестозы (поздние).

- Неправильные положения плода и вставления головки.

- Нарушения гипофизарно-надпочечниковой системы плода, а не просто старение плаценты. Чаще встречаются пороки развития плода. Некоторые авторы считают, что перенашивание беременности связано с нарушением механизма возникновения родов.

Ведущее значение в нейрогуморальной регуляции функционального состояния матки, включая и родовую деятельность, имеет гипоталамус и структуры лимбического комплекса, в первую очередь миндалевидные ядра и корковые образования, расположенные в височных долях больших полушарий. В наступлении беременности, ее течении, развитии и характере родовой деятельности большая роль принадлежит эстрагенам, гестагенам, кортикостероидам, хорионическому гонадотропину, некоторым тканевым гормонам (ацетилхолину, катехоламинам, серотонину, кининам, гистаминам, простагландинам), энзимам, электролитам, микроэлементам и витаминам.

На основании исследований многих авторов было установлено, что при нормальной беременности наблюдают нарастание уровня эстрогенов вплоть до конца беременности. Уровень эстриола нарастает особенно быстро после 32 недель беременности. Установлено, что эстрон и эстриол играют важную роль в подготовке организма беременной к родам. Самая высокая концентрация эстрогенов во время родов. Большинство авторов считают, что уровень эстрогенов играет важную роль в наступлении родов, но не являются пусковым фактором этого процесса. Синтез эстриола осуществляет фетоплацентарная система. Он начинается с дегидроэпианандростерона (ДГЭА) в надпочечниках плода, который в его печени гидролизуется в 16 ДГЭА, а в плаценте превращается в эстриол. Только небольшое количество ДГЭА и 16 ДГЭА образуется в организме матери.

Установлено, что аномалии развития плода, особенно ЦНС с выраженными поражениями надпочечников ведут к перенашиванию беременности. Таким образом, можно сделать вывод, что причина переношенной беременности нередко связана с плодом и плацентой, а не с первичной инертностью матки.

Изменения, наблюдаемые в плаценте при переношенной беременности, по видимому, являются вторичными. Однако в дальнейшем они могут играть важную роль в стероидогенезе, состоянии плода и возникновении родовой деятельности. Развивающаяся плацентарная недостаточность приводит к нарушению обмена веществ у плода. Ввиду существования такой тесной связи плода и плаценты, снижение жизнеспособности плода отрицательно отражается на функции плаценты. Так создается круг патологических процессов, присущих переношенной беременности.

**КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА**

[Срок беременности и родов определяют по следующим данным](#Срок):

- По дате последней менструации (280 дней).

- По оплодотворению (268-275 дней).

- По овуляции (266 дней).

- По первой явке в женскую консультацию.

-  По первому шевелению.

- По формулам Жорданиа, Скульского и др.

- По УЗИ.

Данные акушерского обследования:

- уменьшение объема живота на 5-10 см, обычно после 290 дня (дегидратация);

- снижение тургора кожи беременной;

- снижение массы тела беременной на 1 кг и более;

- уменьшение лонно-мечевидного расстояния (при переношенной беременности - 36 см; пролонгированной - 35 см; доношенной - 34 см);

- увеличение плотности матки, что обусловлено уменьшение количества вод и ретракции мускулатуры матки;

- маловодие, ограничение подвижности плода, охватывание маткой, при влагалищном исследовании - увеличение плотности костей черепа, узость швов и родничков;

- изменение характера сердечных тонов плода при аускультации (изменение звучности, частоты ритма) неспецифичны для переношенной беременности, а скорее свидетельствуют о гипоксии плода, обусловленной плацентарной недостаточностью;

- выделение из молочных желез в конце беременности молока, вместо молозива;

- частое наличие "незрелой" шейки матки.

К числу клинических симптомов перенашивания, обнаруженных после родов, относят признаки перезрелости (переношенности) плода и макроскопические изменения плаценты.

К признакам переношенности ребенка относят: темно-зеленую окраску кожи, плодных оболочек, пуповины, мацерацию кожи (у живого ребенка), особенно на руках и стопках (банные стопы и ладони); уменьшение сыровидной смазки, уменьшение подкожной жировой клетчатки и образование складок, снижение тургора кожи (старческий вид ребенка); крупные размеры ребенка (реже гипотрофия), длинные ногти пальцев рук, плохо выраженную конфигурацию головки, плотные кости черепа, узкие швы и роднички. Плод можно считать переношенным (перезрелым), если имеется сочетание хотя бы 2-3 указанных признаков.

***Оценка перезрелости плода по Clifford (1965):***

***I степень***. Новорожденный сухой, но нормального цвета кожа. Сыровидная смазка выражена плохо. Околоплодные воды светлые, но количество их уменьшено. Общее состояние новорожденного удовлетворительное.

***II степень***. Сухость кожных покровов выражена сильнее, имеются явления гипотрофии плода. Околоплодные воды, а также пупочный канатик, кожа новорожденного окрашены меконием в зеленый цвет. Перинатальная смертность детей при II степени перезрелости высокая.

***III степень***. Околоплодные воды желтого цвета. Кожа и ногти новорожденного имеют желтую окраску. Эти признаки более глубокой гипоксии, но смертность среди этих детей меньше.

***Данные лабораторных и специальных методов исследования***

**Фоно- и электрокардиография плода**

Данный метод позволяет косвенно судить о состоянии переношенного плода (монотонность, изоритмия, является одним из главных показателей гипоксии плода.). Было установлено, что наибольшее количество амниотической жидкости наблюдают в 38 недель беременности, а затем ее количество быстро уменьшается (в среднем на 145 мл за неделю), достигая к 43 неделе беременности 244 мл. Уменьшение количества амниотической жидкости считают признаком дисфункции плаценты и биологического перенашивания беременности.

**Амниоскопия**

- малое количество околоплодных вод;

- обнаружение мекония;

- малое количество или отсутствие сыровидной смазки;

- определение степени отслаиваемости оболочек нижнего полюса плодного пузыря от стенок матки, как показатель готовности организма матери к наступлению родов. При отслойке на 4 см и более роды наступают в течение 48 часов, а при меньшей площади отслойке оболочек, значительно позже.

**Амниоцентез**

На основании физико-химических и биохимических показателей амниотической жидкости можно судить о состоянии плода и степени его зрелости:

- осмотическое давление при переношенной беременности снижено (в норме 250 моем/кг);

- концентрация креатинина в амниотической жидкости возрастает;

- величина концентрации мочевины в амниотической жидкости более 3,8 ммоль/л указывает на перенашивание;

- при перенашивании концентрация общего белка в околоплодных водах на 5-% выше, чем при доношенной и пролонгированной беременности;

- отношение лецитина к сфингомиелину меньше 1 характерно для недозрелого плода, превышающее 2 наблюдают с 33 до 40 недели беременности, а выше при перенашивании. Этот тест является важным показателем зрелости легких плода; (л.с. до 40 нед. 2:1; при перенашивании – 4:1);

- концентрация глюкозы при переношенной беременности (0,63 ммоль/л), что на 40% ниже, чем при доношенной и пролонгированной беременности;

- содержание эстрогенов в амниотической жидкости. При переношенной беременности концентрация эстриола снижается до 3159 нмоль/л, при доношенной беременности 4975 нмоль/л.

**Экскреция эстриола в моче беременной**

Нижняя граница допустимой эстриолурии - 41,62 мкмоль/сутки. Так при уровне эстриола в моче 41,62 мкмоль/сутки и выше - состояние плода хорошее, ближайший прогноз благоприятен, При эстриолурии от 41,62 до 13,87 мкмоль/сутки прогноз сомнителен; уровень ниже 10,40 мкмоль/сутки характерен для внутриутробной гибели плода.

**Цитологическое исследование влагалищных мазков**

Этот метод диагностики с успехом применяют не только для распознавания перенашивания беременности, но и для оценки функционального состояния плода и плаценты. Цитологическим признаком перенашивания беременности следует считать пролонгирование III-IV цитотипа влагалищного мазка (КПИ >40%).

**Ультразвуковое исследование**

Это наиболее объективный метод исследования. К характерным ультразвуковым признакам переношенной беременности относят: уменьшение толщины плаценты, ее кальциноз, резкая дольчатость, жировое перерождение и увеличение размеров, маловодие, отсутствие нарастания бипариетального размера головки плода, утолщение костей черепа, более крупные размеры плода.

Для установления переношенной беременности биохимические, гормональные и инструментальные исследования следует проводить в динамике с интервалом в 24-48 часов.

***Схема обследования беременных:***

- определение срока беременности по данным анамнеза и формулам Негеле, Скульского, Жорданиа и календарю беременности и др.;

- наружное обследование (высота дна матки, окружность живота и др.) и внутреннее ("зрелость шейки матки, плотность частей черепа, состояние швов и родничков у плода) акушерское обследование;

- фоно- и электрокардиография плода;

- амниоскопия;

- ультразвуковое сканирование;

- кольпоцитология;

- определение уровня эстрогенов, особенно эстриола и прогестерона (прегнандиола) в моче, амниотической жидкости;

- определение концентрации плацентарного лактогена, хорионического гонадотропина, кортикостероидов и -фето-протеины;

- амниоцентез с последующим исследованием амниотической жидкости (молочная кислота, глюкоза, креатинин, общий белок, лецитин/сфингомиелин, активность ЛДГ и ТЩФ, цитология и др.);

- функциональные пробы (окситоциновый тест, атропиновый тест, нестрессовый тест, кардиотокография и др.).

Запоздалые роды переношенным плодом, как правило, имеют следующие ***осложнения***:

- преждевременное и раннее излитие вод;

- аномалии родовой деятельности;

- затяжные роды;

- хроническая гипоксия плода, асфиксия и травма новорожденного;

- клинически узкий таз (из-за плохой конфигурации головки);

- роды вызывают искусственно;

- послеродовые инфекционные заболевания.

Возникновение *гипоксии плода* в родах при перенашивании беременности способствую следующие факторы:

- Нарушение маточно-плацентарного кровообращения в связи с функционально-морфологическими изменениями в плаценте.

- Предшествующая хроническая внутриутробная гипоксия, снижающая резервные возможности переношенного плода.

- Пониженная адренокортикальная функция плода.

- Большая чувствительность переношенного плода к кислородной недостаточности в родах вследствие повышенной зрелости ЦНС.

- Пониженная способность головки плода к конфигурации из-за выраженной плотности костей черепа и узости швов и родничка.

- Крупные размеры плода.

- Преждевременное излитие вод с последующей ретракцией матки.

- Частые нарушения сократительной способности матки.

- Возбуждение или стимуляция родовой деятельности матки, приводящие к нарушению маточно-плацентарного кровообращения.

- Частые оперативные вмешательства в родах.

В послеродовом периоде нередко были кровотечения в результате гипотонии или атонии матки и травматических повреждений мягких родовых путей, инфекционные заболевания.

**ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Хотя еще встречаются сторонники консервативной тактики ведения родов при переношенной беременности, все-таки основная масса акушеров-гинекологов придерживается активной тактики ведения родов, при которой перинатальную смертность удалось снизить в 2-3 раза. Особое внимание при наблюдении в женской консультации должно быть уделено беременным, угрожаемым по перенашиванию беременности. При сроке беременности более 40 недель рекомендуют госпитализацию в стационар для уточнения срока беременности и состояния плода. Вопрос о родоразрешении решают в зависимости от многих факторов: "зрелость" шейки матки, состояние плода, сопутствующая патология и др. К консервативным методам родовозбуждения относят не медикаментозные (электроанальгезия, физиотерапевтический метод, акупунктура и др.) и медикаментозные (негормональная подготовка шейки матки в течение 5 дней и ускоренная во время родов). С целью возбуждения и стимуляции родовой деятельности вводят окситоцин или простагландины. К хирургическим методам родовозбуждения относят амниотомию. В настоящее время чаще используют комбинированный метод родовозбуждения. В акушерской практике обычно комбинируют медикаментозный метод родовозбуждения с хирургическим или же хирургический с медикаментозным. При безуспешности использования комбинированного метода родовозбуждения роды приходится заканчивать абдоминальным кесаревым сечением. Кесарево сечение производят в плановом порядке в совокупности с другими относительными показаниями (незрелость шейки матки, экстрагенитальная и акушерская патология, не эффективная негормональная подготовка шейки матки, возраст первородящей и др.).

**Контрольные вопросы:**

1. Истинно переношенная беременность.

2. Пролонгированная беременность.

3. Признаки перезрелости плода

4. Ведение беременности и родов при переношенной беременности.

5. Комплексы дородовой подготовки.

6. Схема родовозбуждения.

**Задача № 1**

Первородящая 30 лет поступила в отделение патологии беременных при сроке беременности 41-42 недели. При УЗИ: плод в головном предлежании, с/б +, выраженное маловодие, плацента III степени зрелости с петрификатами. При влагалищном исследовании: шейка матки “незрелая”.

Диагноз? План ведения?

**Задача № 2**

Беременная 26 лет поступила в отделение патологии беременных. Срок беременности 41-42 недели по всем данным. По данным УЗИ - маловодие, III степени зрелости плаценты, по КТГ - состояние плода удовлетворительное. При влагалищном исследовании шейка матки “зрелая”.

Диагноз? План ведения?

**ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ (НЕДОНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ)**

*Недонашиванием* беременности считают самопроизвольное ее прерывание в сроке от 22 до 37 недель Прерывание беременности до 16 недель - это *ранние самопроизвольные выкидыши*, от 16 недель до 28 недель - *поздние самопроизвольные выкидыши*, от 28 недель до 37 недель - *преждевременные роды*.

**ЭТИОЛОГИЯ**

Этиологические факторы недонашивания беременности сложны и многообразны. Это создает значительные трудности в диагностике, выборе методов лечения и профилактике недонашивания беременности. Под термином *"привычный выкидыш"* многие акушеры-гинекологи понимают прерывание беременности 2 и более раз.

***Основные причины прерывания беременности:***

- Генетические.

- Нейро-эндокринные (гиперандрогения надпочечникового генеза, гиперандрогения яичникового генеза, нарушения функции щитовидной железы и др.).

- Инфекционные заболевания женских половых органов, общие инфекционные заболевания.

- Аномалии развития женских половых органов.

- Генитальный инфантилизм.

- Миома матки.

- Экстрагенитальные неинфекционные заболевания матки.

- Осложненное течение беременности.

- Истмико-цервикальная недостаточность.

***Генетические заболевания.*** Важную роль в этиологии самопроизвольных выкидышей в ранние сроки беременности играют хромосомные нарушения, приводящие к гибели эмбриона. Так до 6 недель беременности частота хромосомных нарушений составляет 70%, в 6 - 10 недель - 45% и до 20 недель - 20%. При цитологическом исследовании выявляют различные варианты хромосомных аберраций (трисомия, моносомия, транслокация и др.). Большинство хромосомных нарушений наследственно не обусловлены и возникают в гаметогенезе родителей или на ранних стадиях деления зиготы.

***Нейро-эндокринные заболевания.*** В случае развития гиперплазии сетчатой зоны коры надпочечников или образования в ней опухоли, которая ведет к атрофии других слоев надпочечников, адреногенитальный синдром может сочетаться с болезнью Аддисона. При гиперплазии сетчатой и пучковой зоны коры надпочечников развиваются адреногенитальный синдром и синдром Кушинга. Такие тяжелые поражения коры надпочечника для недонашивания не характерны.

Стертые формы синдрома Кушинга могут быть причиной недонашивания беременности. Синдром Кушинга развивается, как следствие гиперплазии пучковой зоны коры надпочечников и, так же как адреногенитальный синдром, может быть обусловлен гиперплазией или опухолью. При недостаточности надпочечников (болезнь Аддисона) также отмечают высокую частоту ранних и поздних выкидышей.

Из всех заболеваний, которые сопровождаются гиперандрогенией яичникового генеза, наибольшее значение в проблеме недонашивания имеет синдром Штейна-Левенталя, который имеет несколько форм. Благодаря успехам терапии женщины, страдающие этим заболеванием, могут иметь беременность, которая часто протекает с явлениями угрозы прерывания. При этом наблюдается высокая частота самопроизвольного выкидыша. В основе синдрома Штейна-Левенталя лежит нарушение стероидогенеза в яичниках.

При выраженной гипофункции щитовидной железы, как правило, возникает бесплодие, а при легких формах - невынашивание беременности. При гиперфункции щитовидной железы невынашивание встречается не чаще, чем в популяции. При тяжелой форме гипертиреоза беременность противопоказана.

***Инфекционные заболевания женских половых органов, общие инфекционные заболевания.*** Одной из частых причин недонашивания беременности являются инфекционные заболевания латентно протекающие, такие, как хронический тонзиллит, микоплазменная инфекция, хронические воспалительные заболевания женских половых органов, хламидиоз, вирусные заболевания.

***Аномалии развития матки*** в последние годы выявляют несколько чаще благодаря совершенствованию методов исследования (гистеросальпингография, ультразвуковое сканирование). Среди женщин, страдающих недонашиванием беременности, пороки развития матки отмечены в 10,8%-14,3% наблюдений. Причины нарушения репродуктивной функции большинство исследователей видят в анатомо-физиологической неполноценности матки, сопутствующей ей истмико-цервикальной недостаточности и гипофункции яичников.

Пороки развития женских половых органов нередко сочетаются с аномалиями развития мочевыводящей системы, так как эти системы характеризуются общностью онтогенеза. При невынашивании беременности наиболее часто встречают следующие виды аномалий развития матки: внутриматочная перегородка (чаще неполная), двурогая, седловидная, однорогая и очень редко двойная матка.

Механизм прерывания беременности при некоторых пороках развития матки связан не только с гипофункцией яичников, но и с нарушением процесса имплантации плодного яйца, недостаточным развитием эндометрия, вследствие неполноценной васкуляризации органа, тесными пространственными взаимоотношениями, функциональными особенностями миометрия.

***Генитальный инфантилизм*** характеризуют недоразвитие женских половых органов и различные нарушения в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-матка. Определение уровня рецепции в эндометрии дало возможность подтвердить предположение, что в организме женщины имеется неадекватная тканевая реакция на гормоны яичников.

***Миома матки*** - одна из причин прерывания беременности. По данным Е. М. Вихляевой и Л. Н. Василевской (1981 г), у каждой 4-5-ой больной с миомой матки беременность осложнена угрозой прерывания, а самопроизвольные выкидыши наблюдали у 5-6% больных. Преждевременное прерывание беременности при миоме матки может быть обусловлено высокой биоэлектрической активностью миометрия и усилением ферментативной активности сократительного комплекса матки. Иногда угроза прерывания беременности обусловлена нарушением питания в узлах или их некрозом.

***Экстрагенитальные заболевания матери*** являются одной из частых причин прерывания беременности (сердечно-сосудистые заболевания, гипертоническая болезнь, хронические заболевания легких, почек, печени и др.).

***Осложненное течение беременности.*** Среди факторов прерывания беременности большое значение имеет ее осложненное течение. Токсикозы, в особенности тяжелые формы как ранние, так и поздние приводят к прерыванию беременности. Сюда же можно отнести неправильные положения плода, аномалии прикрепления плаценты, отслойку нормально расположенной плаценты, многоплодие, многоводие, маловодие.

***Истмико-цервикальная недостаточность*** встречается от 20% до 34% случаев и может быть травматической (анатомической) и гормональной. В первом случае недостаточность шейки матки обусловлена травмой шейки матки в области внутреннего зева, во втором - гормональной недостаточностью (недостаточность продукции прогестерона).

**ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ НЕДОНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**

Обследование женщин, страдающих недонашиванием беременности целесообразно начинать, когда больная находится вне беременности. В этом периоде имеют значительно больше возможностей для диагностики истмико-цервикальной недостаточности, пороков развития половых органов, внутриматочных сращений, генитального инфантилизма, а также для изучения особенностей эндокринных органов. При таком обследовании определяют фон, на котором происходит выкидыш или преждевременные роды, и создают предпосылки для применения соответствующей терапии с целью профилактики недонашивания беременности.

**КЛИНИКА**

На Хельсинской конвенции Россия подписала соглашения, в которых среди других были рекомендации считать преждевременными роды от 22 недель до 37 недель беременности, когда рождается ребенок с массой тела от 500 г до 2500 г, длиной 35-45-47 см, с признаками незрелости, недоношенности.

***По клинике надо различать:*** *угрожающие преждевременные роды, начинающиеся и начавшиеся.*

*Угрожающие преждевременные роды* характеризуют боли в поясничной области и нижней части живота. Возбудимость и тонус матки повышены, что может быть подтверждено данными гисперографии и тонусометрии. При влагалищном исследовании шейка матка сохранена, наружный зев шейки матки закрыт. У повторнородящих он может пропускать кончик пальца. Повышенная активность плода. Предлежащая часть плода прижата ко входу в малый таз.

При *начинающихся преждевременных родах* - выраженные схваткообразные боли внизу живота или регулярные схватки, что подтверждают данные гистерографии. При влагалищном исследовании отмечают развертывание нижнего сегмента матки, укорочение шейки матки, нередко ее сглаживание.

Для *начавшихся преждевременных родов* характерны регулярная родовая деятельность и динамика раскрытия шейки матки (более 3-4 см), что свидетельствует о далеко зашедшем патологическом процессе и его необратимости.

***Течение преждевременных родов имеет ряд особенностей.*** К ним относят частое преждевременное излитие околоплодных вод (40%), аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация), быстрые или стремительные роды при истмико-цервикальной недостаточности или затяжные, вследствие незрелой шейки матки, неподготовленности систем нейрогуморальных и нейроэндокринных механизмов регуляции, гипоксию плода. Возможны кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах, вследствие нарушения механизмов отслойки плаценты и задержки частей плаценты, инфекционные осложнения в родах (хориоамнионит) и послеродовом периоде (эндометрит, флебиты и др.).

**ДИАГНОСТИКА**

Диагностика угрожающих и начинающихся преждевременных родов нередко представляет определенные трудности. При обследовании беременной необходимо выяснить: причину преждевременных родов; определить срок беременности и предполагаемую массу плода, его положение, предлежание, сердцебиение, характер выделений из влагалища (воды, кровянистые выделения), состояние шейки матки и плодного пузыря, наличие или отсутствие признаков инфекции, стадию развития преждевременных родов (угрожающие, начинающиеся, начавшиеся), ибо терапия должна быть строго дифференцированной.

С целью более объективной оценки акушерской ситуации при преждевременных родах можно использовать индекс токолиза, предложенный К. Баумгартеном в 1974 г. (Таблица 1). Сумма баллов дает представление об индексе токолиза: чем она меньше, тем более успешной может быть терапия. Чем она больше, тем больше вероятность того, что роды вступили в активную фазу и терапия по сохранению беременности будет безуспешной.

**АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА**

В зависимости от ситуации придерживаются *консервативно-выжидательной* (пролонгирование беременности) или *активной* тактики ведения при недоношенной беременности.

**ИНДЕКС ТОКОЛИЗА ПО БАУМГАРТЕНУ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Параметр** | **Оценка параметров** |
| **0 баллов** | **1 балл** | **2 балла** | **3 балла** | **4 балла** |
| **Схватки** | - | Нерегулярные | Регулярные | Регулярные | Регулярные |
| **Разрыв оболочек** | - | - | Высокий боковой разрыв | Высокий разрыв | Низкий разрыв оболочек |
| **Кровотечение** | - | Следы крови | Следы крови | Следы крови | Следы крови |
| **Открытие шейки матки (см)** | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 и более |

Консервативно-выжидательная тактика показана при угрожающих и начинающихся преждевременных родах. При этом лечение должно быть комплексным и направленным на снижение возбудимости матки, повышение жизнеспособности плода, лечение патологических состояний, являющихся причиной преждевременных родов (грипп, нарушение кровообращения и др.)

**Комплексное лечение угрожающих и начинающихся родов**

- Постельный режим.

- Психотерапия, гипноз, применение седативных средств: отвар (15:200) или настойка (по 30 капель 3 раза в сутки) пустырника, отвар валерианы (20:200 по 1 ст. ложке 3 раза в сутки). Могут быть использованы седативные препараты: триоксазин по 0,3 г 2-3 раза в сутки, тазепам, нозепам по 0,01 г 2-3 раза в сутки, седуксен по 0,005 г 1-2 раза в сутки.

- Спазмолитические препараты: метацин 1 мл, 0,1% раствора внутримышечно, баралгин (2 мл), НО-ШПА (2 мл 2% раствора внутримышечно 2-4 раза в сутки), папаверин гидрохлорид (2 мл 2% раствора внутримышечно 2-3 раза в сутки).

- Токолитики: сульфат магния (10-12 г в/в в 5 % р-ре глюкозы), -миметики: (алупент, партусистен, бриканил, ритодрин и др.), этанол (10% этиловый спирт в/в капельно), антогонисты кальция (изоптин, нифедипин), ингибиторы простагландинов (индометацин, напроксен), 0,25% раствор новокаина (50-100 мл внутривенно капельно под контролем показателей АД).

- Немедикаментозные средства для снижения сократительной деятельности матки: электрорелаксация, чрескожная электростимуляция, электроанальгезия, иглорефлексотерапия.

- Физиотерапия: электрофорез магния синусоидальным модулированным током (СМТ).

*Острый токолиз* осуществляют путем в/в введения -миметиков, которые действуют на  -рецепторы и вызывают релаксацию матки. Токолитики назначают при угрозе преждевременного прерывания беременности в сроке от 28 до 37 недель и при необходимости регуляции сократительной деятельности матки в период раскрытия и изгнания (частые, чрезмерно сильные, дискоординированные сокращения матки, гипертонус, тетанус матки).

Условия применения токолитиков: наличие живого плода, целый плодный пузырь (либо незначительное подтекание вод), необходимость профилактики дистресс-синдрома, открытие шейки матки не более 2-4 см.

Противопоказания к применению токолитиков - тиреотоксикоз, глаукома, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания (стеноз устья аорты, идиопатическая тахикардия, нарушение сердечного ритма, врожденные и приобретенные пороки сердца), внутриматочная инфекция или подозрение на нее, многоводие, кровяные выделения при предлежании плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, нарушение сердечного ритма плода, уродства плода, подозрение на несостоятельность рубца на матке.

Применение -миметиков – партусистена, бриканила, ритодрина для подавления сократительной деятельности матки заключается в следующем: 0,5 мг партусистена или 0,5 мг бриканила разводят в 250-400 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутривенно капельно, начиная с 5-8 капель в 1 мин и постепенно увеличивают дозу до прекращения сократительной активности матки. Средняя скорость введения раствора 15-20 капель в минуту в течение 4-12 час. В случае положительного эффекта, за 15-20 мин до окончания внутривенного введения препарата, его начинают давать внутрь. Партусистен и бриканил - в дозе 0,5 мг 4-6 раз в сутки или по 0,25 мг через 2-3 ч. Через 2-3 дня в случае отсутствия сократительной деятельности матки дозу токолитиков начинают уменьшать и постепенно снижают в течение 8-10 дней.

***Минитоколиз*** осуществляют с 13-14 недель беременности. -миметики дают в микро дозах в таблетках (по 1 табл. в сутки, разовая доза 1/2, 1/3 табл.).

При угрозе преждевременных родов неотъемлемой частью терапии должна быть профилактика дистресс-синдрома у новорожденного путем назначения беременной глюкокортикоидных препаратов, которые способствуют синтезу сурфактанта и более быстрому созреванию легких плода. Беременным на курс лечения назначают 8-12 мг дексаметазона (по 4 мг в/м 2-3 дня или в таблетках по 3 мг 4 раза в сутки в 1 день, по 2 мг 3 раза на 2-ой день, по 2 мг 2 раза на 3-й день)

При преждевременном излитии околоплодных вод и отсутствии родовой деятельности при сроке беременности 28-34 недели, хорошем состоянии матери и плода, отсутствии инфекции и тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологии следует придерживаться консервативно-выжидательной тактики. Основными недостатками подобной тактики ведения является возрастание опасности хориоамнионита во время беременности и эндометрита в послеродовом периоде, а также гнойно-септических заболеваний у недоношенных детей.

К выбору метода ведения родов необходимо подходить дифференцировано. Консервативное ведение требует соблюдать следующие условия:

- беременных с преждевременным излитием околоплодных вод госпитализировать в специальную палату, обрабатываемую по таким же правилам, как помещение родильного блока;

- смену белья проводить ежедневно, а замену стерильных подкладных пеленок 3-4 раза в день;

- следить за состоянием матери и плода, ежедневно измерять окружность живота, высоту стояния дна матки, определять количество и характер изливающихся вод, каждые 3 часа измерять температуру и др.;

- контролировать состав крови, мочи, мазков, 1 раз в 5 дней делать посев из шейки матки на микрофлору;

- с профилактической целью – санация влагалища.

Показания к родоразрешению при длительном подтекании околоплодных вод:

- продление беременности до 36-37 недель, рост массы плода до 2500 г;

- появление скрытых ( лейкоцитоз и сдвиг влево, микрофлора в канале шейки матки и др.) или явных (повышение температуры, мутные воды с запахом из влагалища) признаков инфекции;

- признаки страдания плода (тахи- или брадикардия, усиленное шевеление плода).

**Ведение преждевременных родов**

Вопрос о ведении родов должны решать индивидуально в зависимости от причин, ведущих к преждевременным родам, и сложившейся акушерской ситуации. При ведении родов необходимо тщательно следить за раскрытием шейки матки, характером родовой деятельности, вставлением головки. Необходимо широко применять спазмолитические препараты и бережно обезболивать с учетом недоношенности плода. При обезболивании в первом периоде следует избегать применения промедола, влияющего на дыхательный центр плода. Целесообразно использовать анальгин, баралгин, электроанальгезию, акупунктуру, закись азота. Во втором периоде родов проводят пудендальную анестезию и перинеотомию. Преждевременные роды проводят под кардиомониторным наблюдением с профилактикой гипоксии плода каждые 2 часа. Во II периоде родов проводят профилактику кровотечения путем внутривенного введения окситоцина. Отделять ребенка от матери целесообразно в течение 1-ой минуты после рождения, после чего, если необходимо, приступать к реанимации новорожденного. На родах должен присутствовать педиатр. Лечение недоношенных детей следует проводить в кювезе.

Ребенок, рожденный преждевременно, имеет признаки незрелости: масса тела менее 2500 г, рост 45 см, на коже - много сыровидной смазки, подкожная клетчатка недостаточно развита, все тело покрыто пушком, волосы на голове небольшой длины, ушные и носовые хрящи мягкие. Ногти не заходят за кончики пальцев, пупочное кольцо расположено ближе к лону. У мальчиков яички не опущены в мошонку, у девочек клитор и малые половые губы не прикрыты большими половыми губами. Крик - тонкий (писклявый).

Оценку зрелости плода можно проводить по специальным шкалам (шкала ВОЗ, 1976). Для оценки функции дыхания у новорожденного широко используют [шкалу Сильвермана](#Сильвермана).

У недоношенных детей часто наблюдают приступы асфиксии, нередко развивается дыхательная недостаточность, болезнь гиалиновых мембран, нарушение терморегуляции, конъюгация билирубина, что сопровождается желтухой. Дети склонны к инфекционным заболеваниям. Недоношенных детей относят к группе высокого риска. Они нуждаются в специализированной помощи и уходе.

**Контрольные вопросы:**

1. Дать определение невынашивания беременности.

2. Причины невынашивания беременности.

3. Что такое привычное невынашивание беременности?

4. Дать классификацию недонашивания беременности по срокам и клинике.

5. Лечение угрожающих преждевременных родов.

6. Ведение начавшихся преждевременных родов.

7. Профилактика дистресс-синдрома у плода.

8. Патогенез недонашивания беременности.

9. Острый и хронический токолиз.

10. Схема применения токолитиков.

**Задача № 1**

В отделение патологии поступила первородящая 20 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота. Объективно: живот овоидной формы за счет беременной матки, соответствующей 30 неделям беременности. Матка при пальпации приходит в повышенный тонус, положение плода продольное, головка над входом в малый таз, низко, сердцебиение ясное, ритмичное 140 уд. в мин.

Диагноз? План ведения?

**Задача № 2**

В родильный дом поступила беременная с жалобами на схваткообразные боли в течении 4 часов и подтекание околоплодных вод в течении 3 часов. Объективно: матка соответствует 34-35 неделям беременности. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз, сердцебиение ясное, ритмичное 136 уд. в минуту, подтекают светлые воды.

Диагноз? План ведения?