ЛЕКЦИЯ №11.

ТЕМА: ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ.

Преждевременные роды являются очень важной проблемой. Дети рождаются незрелыми и следовательно дают высокий процент детской заболеваемости и детской смертности.

Преждевременными родами считаются роды если ребенок рождается раньше 37 недели и массой тела менее 2.5 кг. Надо отличать недоношенного от ребенка с малой массой тела но после 37 недели. Если более 37 недель, но менее 2.5 кг - ребенок незрелый, гипотрофичный, но доношенный.

Роды с 28 по 37 неделю называются преждевременными. До 28 недель считается поздним выкидышем, выкидыш в 14-16 недель считается ранним, с 16 по 27 неделю поздним.

Роды в 38-40 недель - срочные роды (роды в срок).

***Группы риска по развитию преждевременных родов. Выделяют материнские и плодовые факторы.***

МАТЕРИНСКИЕ ФАКТОРЫ.

1. Отягощенный акушерский анамнез. Если были аборты, выкидыши, преждевременные роды, гинекологические заболевания, нарушения менструальной функции, заболевания матки. Преждевременные роды при заболевании шейки матки возникают вследствие развития истимико-цервикальной недостаточности.
2. Алкоголь, курение.
3. Экстрагенитальные заболевания матери (особенно воспалительные, ОРЗ, любая патология с повышением температуры, кишечная инфекция, так как эндотоксин кишечной палочки впрямую действует на миометрий, скрытая инфекция).

ПЛОДОВЫЕ ФАКТОРЫ.

1. Многоплодие, так как матка имеет свой предел расширения.
2. Многоводие
3. 20% женщин с тазовым предлежанием заканчивают роды раньше срока.
4. Предлежание плаценты ( в 5 раз чаще возникают преждевременные роды).
5. Отслойка плаценты ( в 4 раза чаще возникают преждевременные роды).
6. Внутриутробное инфицирование плода.

По клиники преждевременные роды бывают:

1. угрожающие
2. начавшиеся.

Угрожающие преждевременные роды - появление тянущих или схваткообразных болей внизу живота или в поясничной области раньше 37 недель беременности. Это признаки повышения маточной активности. При это начинаются структурные изменения шейки матки.

Если при этих жалобах шейка укорочена, цервикальный канал проходим для 1 пальца - это структурные изменения в матке. На УЗИ можно уточнить развитие нижнего сегмента матки. Он развивается в норме после 37 недель беременности. Если раньше - то возникает угроза преждевременных родов. Часто преждевременные роды осложняются преждевременным отхождением околоплодных вод.

Преждевременное отхождение околоплодный вод происходит:

1. если есть шеечные и влагалищные инфекции
2. истмико-цервикальная недостаточность
3. при некоторых особенностях строения плодных оболочек
4. если многоводие, многоплодие так как плодный пузырь не может расширяься без конца.

Если есть угроза преждевременных родов то необходимы профилактические мероприятия. У таких женщин каждые 2 недели после 22 недель надо записывать кривую маточных сокращений - гистерограмму, которая позволит определить наступление преждевременных родов.

Начавшиеся преждевременные роды характеризуются не тольк схваткообразными болями, но и регуялрными схватками. Шейка раскрывается, происходит отхождение вод. Если при угрозе преждевременных родов терапия может останавливать процесс, то при начала преждевременных родов их останавливать нелья, можно только из задерживать на несколько часов.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.

1. Роды начинаются с незрелой шейком матки следоветльно есть риск развития аномальной родовой деятельности ( роды затяжные или быстрые при истмико-цервикальной недостаточности).
2. 40% преждевременных родов начинсютя с преждевременного отхождения вод.
3. Часто в родах развивается внутриутробная гипоксия плода, так как плод незрелый, не может вынести схватки, не приспособлен еще к родовой деятельности.
4. Преждевременные роды часто осложняются кровотечением из-за предлежания плаценты, ПОНРП, плотного прикрепления плаценты.

Сейчас созданы перинатальные центры, где и проходят преждевременные роды, так как ребенок нуждается в повышенной температуре (внутрикровной - 37.7), и очень внимательно уходе. Плоды 300-750 грам весом в перинатальном центре выживают в 15%, при 750-1000 г - выживаемость 50%, 1000 - 1500 г - 90%, до 2 кг - 97%.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ ЗАВИСИТ.

1. От срока беременности.
2. От состояния плодного пузыря (отошли или нет воды).
3. Сосояние матери и плода. Если токсикоз второй половины или другие заболевания (гипертоническая болезнь) - надо ускорить роды, чтобы ребенок не погиб. Срок беременности определяет масса плода. Решающее - срок беременности сопоставляется с массой плода.
4. Наличие инфекции (надо ускорить роды, так как усиливается инфицирование матери и плода).

Если поступает с угрозой преждевременных родов и нет противопоказаний со стороны матери и плода, то сохраняют плод.

СОХРАНЯЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫ РОДОВ.

1. Снятие схваток (повышенной маточной активности): бета-адреномиметики - партусистен, алупент, сальбутамол, бриканил), внутривенно; затем таблетки для того , чтобы снова не начались схватки.
2. Спазмолитики - метацин, баралгин, но-шпа, магнезия сульфат - внутримышечно.
3. Антогонисты простагландинов - индометацин.
4. Антогонисты кальция - нифедипин, верапамил, изоптин.
5. Иглорефлексотерапия, электрофорез с магнезией.

Все они оказываются токолтическое действие на матку а следовтельно беременность продолжается. Эта тактика правильна в том случае елси не отошли воды.

Если воды отоли и целостность пузыря нарушена, то роды веут в зависимости от срока беременности. Обязательно назначают антибиотики и подготавливают шейку к родам ( то есть задержать роды можно максимум на 2 недели). Подготовка шейки - создание глюкозо-витаминно-эстрогенно-кальциевого фона.

Очень важно предупредить гипоксию плода - иначе наступает кровоизлияния в мозг и ребенок, может умереть.

Недоношенные дети часто страдают РДС - респираторным дистресс-синдромом. У доношенных детей РДС не наблюдается. Причина развития РДС - отсутствие сурфактанта, и чем меньше ребенок тем больше шансов у него родиться без сурфактанта (болезнь гиалиновых мембран). Для профилактики РДС новорожденных используют глюкокортикоиды (дексаметазон, преднизолон). Но они вырабатывают сурфактант в течение 1 суток следовтельно надо задержать роды хотя бы на сутки.

Кровоизлияния в мозг могут происходить в процессе изгнания и при схватках.

Родовая травма возникает вследствие того что кости черепа мягкие и головка больше чем у доношенного ( в сравнении с тазом).

Обязательно надо рассечь промежность, обязательно пудендальная анестезия (новокаин в мышцы промежности или перидуральная анестезия).

Во 1 и 2 периоде родов необходимо проводить кислородотерапию, профилактику гипоксии плода, обезболивание.

Во втором периоде необходима пудандальная анестезия и перенеотомия.

На недоношенного нельяз накладывать щипцы (должен родиться сам).

***Показания к кесареву сечению при недоношенности.***

1. Повышение АД матери (гипертоническая болезнь матери).
2. Пороки сердца матери.
3. Тазовое предлежание.
4. Кровотечение при предлежании или отслойке плаценты.
5. Масса менее 2 кг.