

**ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНКУРС НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ,
ПРОЕКТНЫХ И ТВОРЧЕСКИХ РАБОТ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

«ОБРЕТЕННОЕ ПОКОЛЕНИЕ»

Направление: МЕДИЦИНА И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

**Тема: ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ ПРИ ВЕДЕНИИ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

Соискатель: Мангасарян Ани

Научный руководитель: Егорова Наталья Александровна

**Место выполнения работы: Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Краснодарский краевой базовый медицинский
колледж» министерства здравоохранения Краснодарского края**

СОДЕРЖАНИЕ	
АННОТАЦИЯ.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.....	6
1.1. Определение и классификация преждевременных родов	6
1.2. Этиология преждевременных родов	6
1.3. Клиника и диагностика преждевременных родов	7
1.4. Лечение преждевременных родов	10
1.5. Ведение преждевременных родов.....	13
1.6. Профилактика преждевременных родов.....	15
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ПРИМЕРЕ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ГОРОДА КРАСНОДАРА	17
2.1. Характеристика базы исследования.....	17
2.2. Анализ статистических данных по преждевременным родам в Российской Федерации и Краснодарском крае	18
2.3. Определение и ранжирование факторов риска преждевременных родов.....	19
2.3.1. Анализ данных индивидуальных карт беременных с преждевременными родами, обменно-уведомительных карт.....	19
2.4. Разработка плана деятельности акушерки при ведении преждевременных родов на конкретном клиническом примере	24
2.5. Определение осведомлённости пациенток о мерах профилактики преждевременных родов.....	26
2.5.1. Разработка анкеты и анкетирование пациентов.....	26
2.5.2. Анализ результатов анкетирования.....	30
2.6. Санитарно-просветительная работа акушерки женской консультации.....	31
2.6.1. Разработка памятки по профилактике преждевременных родов.....	31
ВЫВОДЫ.....	33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	34
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	35
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	36

АННОТАЦИЯ

Работа посвящена исследованию профессиональных аспектов деятельности акушерки при ведении преждевременных родов. Показана актуальность проблемы и возможные пути решения.

Работа состоит из титульного листа, содержания, аннотации, введения, двух глав, выводов, заключения, списка литературы, приложения.

Во введении аргументируется актуальность темы работы, устанавливаются цели и задачи исследования.

В первой главе рассматриваются теоретические аспекты преждевременных родов, методы их диагностики, лечения и профилактики, проведен анализ литературных источников по теме исследования, сделаны выводы.

Во второй главе проведено исследование профессиональных аспектов деятельности акушерки при ведении преждевременных родов на примере женской консультации города Краснодара.

При выполнении работы использованы нормативная документация по ведению преждевременных родов, учебники, монографии, периодические издания, в которых данная тема анализировалась различными авторами.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема преждевременных родов (далее – ПР) является одной из наиболее актуальных в современном акушерстве, поскольку в значительной степени определяет уровень перинатальной заболеваемости и смертности.

Согласно определению ВОЗ, преждевременными роды называют в случае рождения ребёнка с 22-й до 37-й недели беременности (т.е. с 154 до 259 дней от первого дня последней менструации) [2,18].

Частота преждевременных родов в различных странах не одинакова и составляет в среднем 4-12%.

Распространенность ПР (22-36 недель беременности) в Российской Федерации остается стабильной на протяжении последних 10 лет, и в 2024 году составила 5% от общего числа родов.

ПР являются причиной неонатальной смертности в 70%, младенческой смертности в 36% и отдаленных неврологических последствий у детей в 25-50% случаев.

Почти каждый 3-й ребенок, страдающий детским церебральным параличом, родился недоношенным. На долю недоношенных детей приходится 60-70% ранней неонатальной смертности и 65-75% детской смертности, 50% неврологических заболеваний, в том числе ДЦП, нарушений зрения (вплоть до слепоты), слуха (вплоть до глухоты), тяжелых хронических заболеваний легких [4].

Мертворождаемость при преждевременных родах встречается в 8-13 раз чаще, чем при своевременных родах. Перинатальная смертность среди недоношенных новорожденных в 33 раза выше, чем у доношенных.

Основные причины гибели детей: внутричерепные кровоизлияния, внутриутробная инфекция, сердечно-легочная недостаточность. У выживших детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, развиваются такие осложнения как: ДЦП, ретинопатия недоношенных, бронхолегочная дисплазия, что обуславливает инвалидизацию, особенно при рождении в 22-24 нед.

Основная задача ведения преждевременных родов – пролонгирование беременности для перевода беременной в стационар более высокого уровня (например, в перинатальный центр) и профилактики РДС плода.

Благодаря внедрению современных технологий, позволяющих проводить реанимационные мероприятия и интенсивную терапию, стало возможным выхаживание недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела.

Охрана здоровья матери и ребенка является приоритетным направлением государственной политики в Российской Федерации [1].

Деятельность акушерки при ведении преждевременных родов трудно переоценить, так как от акушерки зависит своевременное выявление факторов риска, угрожающих беременности, проведение бесед о режиме и характере питания беременной, профилактике инфекционных заболеваний во время беременности, а также экстрагенитальной патологии и осложнений беременности. От грамотных, квалифицированных действий акушерки зависят благоприятное течение, а также исход беременности.

Объект исследования: профессиональная деятельность акушерки при ведении преждевременных родов.

Предмет исследования: нормативная документация, регламентирующая ведение преждевременных родов, статистические данные по преждевременным родам в Российской Федерации, Краснодарском крае, индивидуальные карты беременных с преждевременными

родами, обменно-уведомительные карты, данные анкетирования беременных с преждевременными родами, литература по теме исследования.

Цель работы: исследование профессиональной деятельности акушерки при ведении преждевременных родов.

Задачи исследования:

1. Провести анализ литературы по теме исследования.
2. Закрепить, углубить, систематизировать знания по ведению преждевременных родов, подтвердить освоение видов деятельности, профессиональных и общих компетенций в соответствии с ФГОС СПО по специальности 31.02.02 Акушерское дело.
3. Дать характеристику базы исследования.
4. Провести анализ статистических данных по преждевременным родам в Российской Федерации и Краснодарском крае.
5. Определить и ранжировать факторы риска преждевременных родов.
6. Разработать план деятельности акушерки при ведении преждевременных родов на конкретном клиническом примере.
7. Определить осведомленность пациенток о мерах профилактики преждевременных родов по результатам опроса.
8. Разработать материалы для санитарно-просветительной работы акушерки по профилактике преждевременных родов.

Методы исследования:

- теоретический анализ литературных источников по теме исследования;
- метод научного исследования (анализ статистических данных);
- метод социологического опроса (анкетирование);
- методы математической статистики (вычисление процентных соотношений);
- методы анализа и интерпретации полученных данных.

Практическая значимость работы: данное исследование позволило расширить, углубить и систематизировать знания о деятельности акушерки при ведении преждевременных родов.

Подтверждено освоение видов деятельности, общих и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС СПО по специальности 31.02.02 Акушерское дело.

Разработан и выполнен план деятельности акушерки при ведении преждевременных родов на конкретном клиническом примере и способствовал профилактике развития осложнений.

Разработана памятка «Профилактика преждевременных родов».

Полученные материалы могут быть использованы в учебном процессе медицинского колледжа при изучении ПМ 02. МДК 02.02 «Медицинская помощь пациентам в период беременности, родов, послеродовый период» для специальности 31.02.02 Акушерское дело.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

1.1. Определение и классификация преждевременных родов

Преждевременными родами считают ее самопроизвольное прерывание в сроке от 22 до 37 нед.

В соответствии с Хельсинкской конвенцией преждевременными считают роды в сроке 22-37 нед беременности, когда рождается ребенок с массой тела 500-2500 г, ростом 35-45 см, с признаками незрелости.

Преждевременные роды разделяют по гестационному сроку:

- экстремально ранние ПР на сроке 22-27 недель;
- ранние ПР на сроке 28-32 недели;
- преждевременные роды на сроке 32-34 недель;
- поздние ПР на сроке 34-37 недель [17].

Такое разделение связано с различной тактикой ведения и различными исходами беременности для плода. Прерывание беременности в сроке 22-27 нед и рождение плодов с экстремально низкой массой тела (500-1000 г) встречается с частотой 5% всех преждевременных родов. Причины прерывания в эти сроки – инфицирование нижнего полюса плодного пузыря, ИЦН с пролабированием плодного пузыря и его несвоевременным разрывом. Прерывание беременности в сроке 28-32 нед (масса новорожденных – 1000-1800 г) встречается с частотой 30-35%. Причины преждевременных родов в эти сроки полиэтиологичны. Прогноз для новорожденных этой группы более благоприятен. Недоношенные новорожденные нуждаются в выхаживании в условиях реанимационных отделений с применением современных технологий.

Преждевременные роды чаще всего происходят в сроке 34-37 нед (60%). Причины прерывания беременности в эти сроки разнообразны: ПЭ, ПОНРП, резус-конфликт, многоплодие, многоводие, болезни матери (СД, АГ) и другие факторы [3,14].

По механизму возникновения преждевременные роды разделяют:

- на самопроизвольные;
- индуцированные (искусственно вызванные), которые выполняют по медицинским показаниям со стороны матери или плода. Индукцию родов проводят независимо от срока беременности при заболеваниях, угрожающих здоровью и жизни женщины, или при аномалиях развития плода. Данные представлены в приложении 1.

По клиническому течению различают:

- угрожающие преждевременные роды;
- начавшиеся преждевременные роды;
- активные преждевременные роды [17].

1.2. Этиология преждевременных родов

ПР относятся к большим акушерским синдромам, которые характеризуются длительным субклиническим течением и вовлечением в патологический процесс плода. Весомый вклад в общее число ПР вносят индуцированные ПР, вызванные акушерской, плодовой и экстрагенитальной патологией [6].

Научно доказана связь ПР с инфекцией нижних половых путей [18]. Каждая из десяти пациенток с ПР имеет признаки внутриамниотического воспаления, которое в большинстве случаев протекает субклинически. У данных пациенток имеется высокий риск преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) и гнойно-воспалительных осложнений в послеродовом

периоде. Длительно персистирующая инфекция приводит к развитию манифестного хориоамнионита и синдрома системной воспалительной реакции (СВРП) плода. Рассматривается вклад наследственности в развитии ПР [13].

Причины ПР многообразны, что создает значительные трудности в диагностике, выборе методов лечения и профилактики. Факторами риска преждевременных родов являются [5,22]:

- нарушение полового здоровья девочек и подростков;
- ранние половые связи;
- низкое социально-экономическое положение женщины;
- наркомания и курение, стрессы;
- наследственность;
- возраст менее 18 или больше 34 лет;
- осложнения предшествующей беременности: плацентарная недостаточность, преэклампсия, ЗРП;
- преждевременные роды в анамнезе;
- экстрагенитальные заболевания: АГ, гипертиреоз, заболевания сердца, анемия, тромбофилии;
- перенесенная вирусная инфекция, инфекции мочеполовой системы, ИППП до и во время беременности, наличие условно патогенной и патогенной флоры в половых путях;
- пороки развития матки;
- хирургические операции во время беременности, особенно на органах брюшной полости, или травмы;
- перерастяжение матки: многоводие, многоплодие, макросомия при СД;
- беременность после ЭКО;
- угроза прерывания во время беременности.

Таким образом, все факторы риска ПР делятся на следующие 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-конфликт, антифосфолипидный синдром, многоводие, многоплодие, предлежание плаценты).

Чем чаще между собой сочетаются факторы риска невынашивания, тем выше шанс наступления преждевременных родов [7].

1.3. Клиника и диагностика преждевременных родов

Следующие признаки могут наблюдаться в течение нескольких часов до возникновения классических симптомов родов:

- менструальноподобные спастические боли;
- неболезненные и нерегулярные сокращения матки;
- боли в пояснице;
- ощущение давления во влагалище или малом тазу;
- выделения слизи из влагалища, которые могут быть прозрачными, розовыми или слегка кровянистыми («слизистая пробка»).

Клинические симптомы, которые определяют истинное начало родовой деятельности (то есть начавшиеся ПР), являются одинаковыми вне зависимости от срока гестации, и выражаются в

изменении шейки матки и начале регулярной родовой деятельности. Изменения шейки матки включают расширение области внутреннего зева, укорочение, размягчение и централизацию шейки матки. Изменения шейки матки при начавшихся ПР происходят в течение нескольких часов, что отличает их от процесса созревания шейки матки, которое происходит в течение нескольких дней или даже недель [5, 19].

Угрожающие преждевременные роды проявляются болями в поясничной области и нижней части живота. Возбудимость и тонус матки повышены. При трансвагинальной эхографии длина шейки матки менее 25 мм, вероятность развития родовой деятельности значительно увеличивается при длине шейки матки менее 15 мм. Дополнительный важный прогностический критерий преждевременных родов – определение фетального фибронектина во влагалищном отделяемом беременной. Прогностическая ценность увеличивается при использовании УЗ-цервикометрии в сочетании с определением фетального фибронектина.

При влагалищном исследовании шейка матки сохранена, наружный зев закрыт. У повторнородящих он может пропускать кончик пальца. Двигательная активность плода может быть повышена. Предлежащая часть плода расположена низко или прижата ко входу в малый таз.

Необходимо срочно обратиться к врачу:

- при болях внизу живота или пояснице (тянущих или схваткообразных), ощущении давления;
- при учащении мочеиспускания;
- изменении количества, цвета или запаха выделений из влагалища;
- локальной болезненности матки;
- ослаблении или усилении шевелений плода.

При начавшихся преждевременных родах отмечаются схваткообразные боли внизу живота (схватки). При трансвагинальной эхографии длина шейки матки менее 15 мм. При влагалищном исследовании также диагностируют укорочение шейки матки, нередко ее сглаживание (латентная фаза родов). Возможно преждевременное излитие околоплодных вод.

Преждевременные роды могут сопровождаться:

- внутриутробным инфицированием, хориоамнионитом, особенно при длительном безводном промежутке;
- аномалиями родовой деятельности (одинаково часто наблюдается как слабая, так и чрезмерно сильная родовая деятельность);
- монотонностью частоты и интенсивности схваток;
- повышенной скоростью раскрытия шейки матки, как в латентной, так и в активной фазе родов.

Диагностика преждевременных родов основана на жалобах беременных, данных анамнеза (выявление факторов риска), наружного и внутреннего акушерского исследования (осмотр шейки матки в зеркалах, влагалищное исследование), УЗИ, цервикометрии.

При наружном акушерском исследовании при угрожающих преждевременных родах выявляются повышенный тонус и возбудимость матки. При начавшихся ПР - регулярные схваткообразные напряжения матки.

При влагалищном исследовании и угрозе ПР определяется размягчение и укорочение шейки матки до 1,5-2 см, расположение ее впереди от проводной оси таза. Наружный зев может пропускать кончик пальца. Предлежащая часть располагается низко, растягивая нижний сегмент.

При начавшихся ПР шейка матки сглаживается и открывается.

Во время влагалищного исследования, проводимого крайне осторожно, не следует проходить шейку матки пальцами. Состояние шейки матки более 3 см целесообразно оценить с помощью зеркал.

Лабораторные исследования позволяют прогнозировать и диагностировать угрозу ПР, выявить этиологический фактор и наметить методы лечения.

1. Использование теста «Актим-Партус», основанного на обнаружении фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1). Указанный белок определяют в цервикальной слизи; он выделяется при отслойке плодных оболочек от децидуальной. Положительный тест свидетельствует об угрозе преждевременных родов. Отрицательный тест - о возможности пролонгирования беременности в течение 7-14 дней. Чувствительность и специфичность показателей этого теста сопоставима с таковыми для фибронектина (чувствительность от 50,0 до 83,3%, специфичность от 78,0 до 84,4%) [8].

2. рН-метрия влагалищного содержимого.

3. Исследование влагалищного содержимого на флору.

4. Посев содержимого цервикального канала на флору и чувствительность к антибиотикам.

5. Анализ крови на гемостаз, маркеры антифосфолипидного синдрома.

6. Проведение качественной ПЦР для выявления вирусной инфекции, что позволяет провести своевременную профилактику и лечение внутриутробного инфицирования.

Инструментальные методы исследования:

1. Токография матки, определяющая тонус матки и наличие схваток.

2. УЗИ для установления срока гестации и массы плода.

3. Трансвагинальная УЗ-цервикометрия позволяет определить длину шейки матки, которая ≤ 25 мм до 34 недель беременности является прогностическим фактором ПР. В 20 недель беременности длина шейки матки ≤ 25 мм ассоциирована с повышением риска ПР в 6 раз. До 34 недель при одноплодной беременности определение длины шейки матки ≤ 25 мм имеет чувствительность 76%, специфичность – 68%, PPV – 20% и NPV – 96% для диагноза ПР [2,10].

4. Допплерометрия кровотока (маточно-плацентарного и плодового), кардиомониторинг для определения состояния плода.

Основные критерии установления диагноза ПР:

1. Угрожающие ПР проявляются нерегулярными болями в нижней части живота, поясничной области. Объективно определяется повышенный тонус матки, укорочение шейки матки, открытие наружного зева.

2. Начавшиеся ПР сопровождаются болями в нижних отделах живота, регистрируемой регулярной маточной активностью, центрированным положением укороченной, размягченной и нередко дилатированной шейкой матки, наличием слизистых или слизисто-сукровичных выделений из половых путей, свидетельствующих о созревании шейки матки. Возможно преждевременное излитие околоплодных вод.

3. Активные ПР характеризуются наличием 4 схваток в течение 20 мин и открытием шейки матки ≥ 4 см [9,12].

При диспансеризации беременных важно выделять группы женщин, имеющих факторы риска преждевременного прерывания беременности. Однако еще большее значение имеют диагностические мероприятия, позволяющие оценить вероятность реализации этих факторов в клиническую картину преждевременных родов.

Течение преждевременных родов имеет ряд особенностей. К ним относят:

- преждевременное излитие околоплодных вод (30-40%);
- аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация);
- быстрые или стремительные роды при ИЦН или затяжные вследствие незрелой шейки матки, неподготовленности нейроэндокринных механизмов регуляции;
- гипоксия плода;
- дородовое кровотечение в результате отслойки низко или нормально расположенной плаценты;
- дородовое кровотечение в результате предлежания плаценты;
- кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах вследствие аномалии родовой деятельности или задержки частей плаценты;
- инфекционные осложнения в родах (хориоамнионит) и в послеродовом периоде (эндометрит, флебит и др.).

1.4. Лечение преждевременных родов

Беременные с ПР должны быть госпитализированы в акушерский стационар III уровня в отделение патологии беременности.

В родильное отделение госпитализация беременных на время острого токолиза проводится при:

- угрозе прерывания и отрицательной динамике шейки матки;
- укорочении шейки матки до 1 см или сглаживании ее;
- начавшихся ПР;
- данных анамнеза об имевших место ПР.

После купирования явлений угрозы ПР пациентка переводится в отделение патологии для дальнейшего лечения.

При наличии признаков хориоамнионита госпитализация осуществляется в акушерское наблюдательное отделение родильного дома.

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

Консервативно-выжидательная тактика показана как при угрожающих, так и при начавшихся преждевременных родах, если продолжение беременности не противопоказано.

Активная тактика ведения вплоть до экстренного абдоминального родоразрешения показана при преждевременной отслойке плаценты, эклампсии, острой гипоксии плода и других тяжелых акушерских осложнениях, угрожающих жизни матери или плода, декомпенсации тяжелых экстрагенитальных заболеваний [9,23].

При угрожающих и начавшихся ПР проводится токолитическая терапия лекарственными средствами, снижающими сократительную активность матки (токолитики):

- блокаторы кальциевых каналов - нифедипин, верапамил (изоптин, финоптин);
- атозибан (ингибитор окситоциновых рецепторов);
- бета-адреномиметики - гексопреналин (гинипрал);
- ингибиторы простагландинсинтетазы - индометацин и др.

Для профилактики РДС плода применяют глюкокортикоиды:

- бетаметазон - по 12 мг 1 раз в сутки или декаметазон по 6 мг 2 раза в сутки в течение 2 сут (48 ч). Курсовая доза глюкокортикоидов - 24 мг.

Профилактика церебральных нарушений у плода осуществляется магниевой терапией за 24 часа дородового родоразрешения, что снижает частоту церебрального паралича.

Для профилактики хориоамнионита и эндометрита при несвоевременном излитии околоплодных вод назначают антибиотики широкого спектра действия. Если проводилось исследование на видовой состав вагинальной флоры, ориентируются на заключение лаборатории (чувствительность к антибиотикам).

При введении бета-адреномиметиков необходимо контролировать ЧСС, ЧДД, АД беременной, водный баланс (особенно при внутривенном капельном введении), состояние плода и сократительную активность матки.

Противопоказания к применению бета-адреномиметиков: тиреотоксикоз, СД, сердечно-сосудистые заболевания, бронхиальная астма, внутриматочная инфекция, многоводие, преждевременная отслойка предлежащей или нормально расположенной плаценты, нарушения сердечного ритма плода.

Блокаторы кальциевых каналов.

Токолитическое действие нифедипина основано на блокаде кальциевых каналов (за рубежом – это препарат первой линии терапии угрожающих преждевременных родов). Его эффективность почти такая же, как у бета-адреномиметиков, преимущества – меньше побочных эффектов.

Нифедипин назначают по 10-20 мг сублингвально 3 раза в день.

При лечении блокаторами кальциевых каналов необходимо контролировать АД (возможна артериальная гипотензия), состояние плода и сократительную активность матки.

Атозибан – препарат первой линии, но с принципиально другим механизмом действия. Атозибан ингибирует рецепторы окситоцина. Разрешен при зарегистрированной сократительной деятельности матки и открытии маточного зева менее 4 см, а также беременным с подтеканием околоплодных вод при сроке 23-30 нед. Его эффективность сопоставима с эффективностью бета-адреномиметиков. Побочных эффектов препарата пока не выявлено [11,21].

Сульфат магния.

Токолитическое действие сульфата магния (не зарегистрирован как препарат для токолиза) было основано на его предположительной, но недоказанной конкуренции с ионами кальция. Магний не является токолитиком, но его эффективность составляет 67%, дешев и оказывает меньше побочных эффектов на мать и плод, поэтому широко применяется.

Для терапии угрожающих преждевременных родов 25%-ный раствор сульфата магния (10-20 г сухого вещества) используют в связи с доказанной способностью уменьшать частоту церебральных нарушений у плода. Раствор вводят с помощью инфузомата, скорость введения определяется безопасной дозой препарата – 1-2 г/ч. Возможно также введение сульфата магния на 5% растворе декстрозы (глюкозы) внутривенно капельно, скорость введения – 1-2 г/ч.

Противопоказания к применению сульфата магния: нарушение внутрисердечной проводимости, миастения, тяжелая сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность.

При введении сульфата магния необходимо контролировать диурез (не менее 30 мл/ч), АД, коленный рефлекс, ЧДД, состояние плода и сократительную активность матки, проверять водный баланс каждые 2-4 ч, определять содержание магния в периферической крови [8,13].

Ингибиторы простагландинсинтетазы.

Механизм токолитического действия индометацина основан на блокаде синтеза ПГ, эффективность составляет 72%. Общая доза не должна превышать 1000 мг, а длительность лечения – не более 5 дней. Индометацин используют при сроке беременности 16-31 нед.

Особенности применения ингибиторов простагландинсинтетазы (индометацина) при токолизе.

Индометацин применяют только при беременности менее 32 нед и нормальном объеме околоплодных вод. Начальная доза составляет 100 мг ректально или 50 мг внутрь. При отсутствии эффекта дозу повторяют через 1 ч.

Препарат назначают по 25-50 мг каждые 4-6 ч в течение 48 ч.

До начала токолиза определяют объем околоплодных вод, а затем повторяют исследование через 48-72 ч. При маловодии следует прекратить применение ЛС или уменьшить дозу.

При необходимости можно повторить лечение после 5-дневного перерыва.

Следует прекращать терапию при нарастании угрожающих преждевременных родов.

Противопоказания к применению индометацина со стороны плода: задержка роста, аномалии развития почек, хориоамнионит, маловодие, пороки сердца с вовлечением легочного ствола и синдром трансфузии при многоплодии.

Профилактика дистресс-синдрома.

При угрожающих преждевременных родах необходима профилактика РДС новорожденного. Беременной назначают глюкокортикоиды, которые способствуют синтезу сурфактанта и ускоряют созревание легких плода. Профилактику дистресс-синдрома плода проводят в сроки беременности 23-34 полных недель. На курс лечения назначают 24 мг бетаметазона или дексаметазона. Бетамезон по 12 мг 1 раз в сутки или дексаметазон по 6 мг 2 раза в сутки в течение 2 сут (48 ч). Наиболее выраженный благоприятный эффект отмечен у детей, рожденных не менее чем через 24 ч после начала терапии бетаметазоном и 48 ч - дексаметазоном.

Глюкокортикоиды противопоказаны при хориоамнионите, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, СД, тяжелой ПЭ или тяжелой АГ, эндокардите, остром пиелонефрите.

Преждевременный разрыв плодных оболочек при недоношенной беременности.

Преждевременный разрыв оболочек отмечается у 30-40% пациенток с недонашиванием беременности. При преждевременном излитии околоплодных вод и отсутствии родовой деятельности в сроке беременности 23-34 нед, хорошем состоянии матери и плода, отсутствии инфекции и тяжелых акушерских осложнений и/или экстрагенитальных заболеваниях следует придерживаться консервативно-выжидательной тактики [7,14].

Одна из наиболее вероятных причин преждевременного разрыва плодных оболочек - внутриматочная инфекция или восходящая инфекция из цервикального канала. Обязательно бактериологическое исследование содержимого шейки матки и влагалища сразу же после разрыва плодного пузыря.

К ведению беременных необходимо подходить дифференцировано [4,16].

Консервативное ведение требует соблюдения условий:

- ежедневная смена белья;
- смена стерильных впитывающих одноразовых подкладных пеленок 3-4 раза в день или по мере загрязнения;
- оценка состояния матери (ежедневное измерение окружности живота, высоты стояния дна матки, определение количества и характера изливающихся вод, термометрия и др.) и плода (дыхательные движения и двигательная активность);
- УЗИ-оценка индекса амниотической жидкости;
- ежедневное определение содержания лейкоцитов и формулы крови у беременной;
- посев на флору и чувствительность к антибиотикам отделяемого из влагалища каждые 5 дней;

- профилактическая коррекция биоценоза влагалища и стимуляция его заселения лактобактериями (профилактика запора);
- отказ от влагалищных исследований.

Профилактическое назначение антибиотиков приводит к статистически значимому снижению опасности развития инфекции у матери и плода в течение 1-й недели после преждевременного излития околоплодных вод. В то же время в контролируемых клинических испытаниях не обнаружили влияния профилактического применения антибиотиков на перинатальную смертность.

Преждевременное излитие околоплодных вод может привести к другим осложнениям – сдавление или выпадение пуповины, деформация и гипоплазия легких плода (при длительном выраженном маловодии) [5,22].

Активное ведение беременности, индукция родов после преждевременного излития околоплодных вод ухудшают исходы для плода даже после использования глюкокортикоидов с целью профилактики РДС.

Абсолютные противопоказания к консервативно-выжидательной тактике при преждевременном излитии вод:

- неправильное положение плода (косое, поперечное);
- предлежание и отслойка плаценты;
- хориоамнионит;
- острая гипоксия плода;
- тяжелые состояния матери.

Показания к родоразрешению при длительном безводном промежутке:

- появление скрытых (лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, патологическая микрофлора в канале шейки матки и др.) или явных (повышение температуры тела, мутные воды с запахом из влагалища) признаков инфекции;
- признаки страдания плода по результатам методов функциональной диагностики;
- срок беременности более 34 нед;
- уменьшение индекса амниотической жидкости.

Появление признаков инфицирования требует смены антибактериальной терапии и родоразрешения. Используют антибиотики широкого спектра действия.

Антибактериальная терапия до родоразрешения позволяет снизить смертность новорожденных от сепсиса в 5 раз по сравнению с этим показателем при постнатальном лечении.

1.5. Ведение преждевременных родов

Ведение преждевременных родов проводится индивидуально в зависимости от гестационного срока, состояния плода и матери, сложившейся акушерской ситуации [6,18].

Показания к кесареву сечению.

При индуцированных преждевременных родах:

- экстрагенитальная патология, исключая потуги (декомпенсация сердечно-сосудистых, легочных заболеваний);
- осложнения беременности, требующие экстренного родоразрешения (ПОНРП, кровотечение при предлежании плаценты, преэклампсия, эклампсия);
- экстремальное состояние плода (острая гипоксия плода, отечная форма ГБН и т.д.).

При самопроизвольных родах:

- тазовое предлежание плода;

- нарушения родовой деятельности (дискоординация, слабость до 32-34 недель);
- начало родовой деятельности при плотной, неподготовленной шейке матки, особенно при ПИОВ до 35-36 нед;
- многоплодие до 34 нед;
- отягощенный анамнез (невынашивание в анамнезе, антенатальная гибель плода, ЭКО и т.д.).

В случае выбора способа родоразрешения через естественные пути в родах необходимо тщательно следить за состоянием плода, раскрытием маточного зева, характером родовой деятельности, вставлением головки.

В первом периоде родов методом выбора обезболивания является эпидуральная анестезия. С учетом отрицательного влияния на состояние плода и новорожденного при ПР и наличии противопоказаний рекомендовано избегать применения опиоидов.

Преждевременные роды требуют постоянного кардиомониторного наблюдения и ведения партограммы, так как часто осложняются аномалиями родовой деятельности. Чрезмерно сильная родовая деятельность с быстрым раскрытием маточного зева наиболее травматична для недоношенного плода. При этом обезболивание родов может не дать желаемого эффекта - замедления родовой деятельности. В этих случаях используют внутривенный токолиз бета-адреномиметиками. Скорость и способ введения препарата такие же, как при лечении угрожающих преждевременных родов.

При слабости родовой деятельности можно выжидать (без лечения) до 5-6 ч, а затем медленно вводить утеротонические ЛС. Введение сокращающих матку средств сразу же прекращают по достижении регулярной родовой деятельности.

Акушерское пособие при преждевременных родах не оказывают ввиду высокого риска родового травматизма плода. Ручные пособия при тазовых предлежаниях плода также не оказывают. Эпидуральная блокада эффективна для устранения преждевременных потуг и уменьшения сопротивления мышц тазового дна. С целью профилактики кровотечения в момент прорезывания головки плода внутривенно капельно вводят окситоцин. На родах должен присутствовать неонатолог.

Рекомендовано отсроченное пережатие сосудов пуповины в присутствии неонатолога после рождения плода, которое проводится при пульсации пуповины более 100 в минуту (пульсация определяется пальпаторно).

Эффективным считается пережатие минимум на 60 сек, но не более 3 мин при стабильном состоянии матери и новорожденного. Ребенка перед пережатием пуповины следует разместить на уровне или ниже уровня плаценты.

Рекомендовано после рождения ребенка в гестационном сроке менее 27 недель помещать его в прозрачный полиэтиленовый пакет и под лучистое тепло для поддержания температуры тела.

Новорожденного быстро помещают в кювет [19].

Ребенок, рожденный преждевременно, имеет признаки недоношенности:

- масса тела менее 2500 г;
- рост менее 45 см;
- много сыровидной смазки на коже;
- подкожная клетчатка развита недостаточно;
- все тело покрыто пушком (лануга);
- волосы на голове небольшой длины;

- мягкие ушные и носовые хрящи;
- 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;
- тонкий писклявый крик.

Для оценки функции дыхания новорожденного используют шкалу Сильвермана. Оценка с помощью этой шкалы проводится в динамике каждые 6 ч после рождения на протяжении 1–2 дней. Клинические признаки (0–2 балла): движения грудной клетки, втяжение межреберий, втяжение грудины, положение нижней челюсти, дыхание.

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 [17, 21].

У недоношенных детей часто бывают приступы асфиксии, нередко развиваются дыхательная недостаточность, респираторный дистресс-синдром (болезнь гиалиновых мембран), нарушение терморегуляции, гипербилирубинемия. Новорожденные склонны к инфекционным заболеваниям.

В структуре перинатальной смертности недоношенные, прежде всего с низкой и экстремально низкой массой тела, занимают первое (лидирующее) место. Неонатальная заболеваемость недоношенных детей достигает 80-90%. Детей, родившихся преждевременно, относят к группе высокого риска инвалидности.

1.6. Профилактика преждевременных родов

Профилактика ПР должна начинаться ещё до наступления беременности и включать следующие мероприятия: профилактика детских инфекций, гормональных нарушений в период полового созревания; рациональный режим труда и отдыха; исключение вредных привычек; занятия физкультурой; воспитание сексуальной культуры, особенно среди подростков; правильное питание соответственно возрасту и физическим нагрузкам; планирование беременности.

К профилактическим мероприятиям также относят прегравидарную подготовку, которая включает комплекс лечебно-диагностических мероприятий, направленных на выявление и лечение патологии репродуктивной системы, а также профилактический прием фолиевой кислоты и препаратов йода за 3 месяца до беременности.

Пренатальное наблюдение за беременной, своевременная диагностика и коррекция возникающих нарушений (лечение инфекции, ИЦН, тромбофилии, компенсация экстрагенитальной патологии) направлены на предотвращение рождения глубоко недоношенного ребенка.

Первичная профилактика включает:

- Ограничение повторных внутриматочных манипуляций (диагностическое выскабливание матки или кюретаж полости матки во время медицинского аборта);
- Информирование общественности о повышенном риске преждевременного рождения детей, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий;
- Ограничение количества переносимых эмбрионов в зависимости от возраста пациентки и прогноза.

Антибактериальная профилактика проводится при выявлении инфекции половой системы.

Рекомендовано профилактическое применение по назначению врача препаратов прогестерона (действующее вещество прогестерон натуральный микронизированный) по 200 мг в день вагинально с 22 до 34 недель беременным группы высокого риска ПР: с бессимптомным укорочением шейки матки по данным УЗ-цервикометрии менее 25 мм в сроках 16–24 недели беременности и/или наличием ПР (до 34 недель) или позднего выкидыша (после 16 недель) в анамнезе как при одноплодной, так и многоплодной беременности [15].

Рекомендовано наложение профилактического акушерского серкляжа пациенткам с одноплодной беременностью, укорочением шейки матки 25 мм и менее по данным УЗ-цервикометрии, проведенной между 16 и 24 неделями беременности и наличием в анамнезе спонтанных ПР (и/или ПРПО) или травм шейки матки (конизация, удаление обширной зоны трансформации, радикальные вмешательства).

Рекомендовано применение акушерского pessaria при укорочении шейки матки менее 25 мм с целью профилактики ПР до 37 недель беременности, установка которого снижает частоту применения токолитической терапии и кесарева сечения, не увеличивает вероятность ПРПО и не ухудшает перинатальные исходы для плода [20].

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ПРИМЕРЕ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ГОРОДА КРАСНОДАРА

2.1. Характеристика базы исследования

Женская консультация №2 расположена по адресу: г. Краснодар, ул. Кузнечная 167 и находится в двух зданиях: литер А (постройка 1920 г.) и литер В (1959 г.).

С июля 2015 года женская консультация №2 является структурным подразделением ГБУЗ «Родильный дом города Краснодара», которое образовано путем объединения роддома №4, роддома №1, женских консультаций № 1, 2, 4, 7 в единое консультативно-лечебное учреждение.

ГБУЗ Женская консультация строит свою работу по принципу участкового обслуживания населения проживающего в прикрепленном к ней районе.

Учреждение обслуживает 60600 пациенток, из них фертильного возраста — 27000 женщины.

В структуру женской консультации кроме 14 акушерско-гинекологических кабинетов входят: кабинет специализированного приема по патологии шейки матки, кабинет стоматолога, терапевта, клиническая лаборатория, процедурный кабинет, физиотерапевтический кабинет, дневной стационар на 6 коек, кабинет ВК, регистратура, малая операционная, кабинет УЗ-диагностики, вспомогательные помещения.

Женская консультация оснащена современным УЗ-сканером, фетальным монитором, кольпоскопами, аппаратом «Криодеструктор азотный гинекологический», аппаратом для радиоволновой хирургии, вакуум-экскохлеатором, аппаратами для измерения артериального давления, физиотерапевтической лабораторной аппаратурой, необходимым инструментарием и инвентарем.

Благодаря национальному проекту «Здоровье» и программе «Родовой сертификат» оснащение женской консультации пополнено аппаратом ультразвуковой диагностики «Аloka – 3500», монитором для регистрации КТГ, а также имеется 2 видеокольпоскопа, аппарат для радиоволновой хирургии «Сургитрон».

Работа женской консультации ведется в 2 смены по скользящему графику для удобства посещения женской консультации работающими женщинами, а так же ведется прием в субботу соответственно графику работы женской консультации. Консультация рассчитана на 130 посещений в смену.

Женская консультация осуществляет: ведение амбулаторного приема, оказание помощи на дому, своевременное выявление и амбулаторное обследование беременных женщин, профилактику и ранее выявление осложнений беременности, экстрагенитальных и послеродовых заболеваний, выявление беременных из групп повышенного риска и осуществление дифференцированного наблюдения:

- выявление беременных, нуждающихся в госпитализации;
- охват диспансерным наблюдением всех беременных женщин;
- проведение психопрофилактической подготовки к родам;
- патронаж акушерками и врачами на дому беременных и родильниц;
- организацию и проведение профилактических осмотров;
- ранее выявление гинекологических больных;
- своевременное их обследование и лечение;
- диспансеризацию гинекологических больных;

- применение современных противозачаточных средств.

Проводятся мероприятия по повышению санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья женщин, профилактики заболеваний передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции, подготовки к беременности и родам, профилактики материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, а также участие в национальном проекте «Здоровье», Федеральной программе «Планирование семьи».

Женская консультация имеет тесные контакты в работе со всеми лечебными учреждениями города – Краевой диагностический центр, СКАЛ, Центр охраны здоровья матери и ребенка, Кубанским государственным медицинским университетом, кожно-венерологическим диспансером, онкологическим диспансером, медико-генетической консультацией и другими лечебными учреждениями города и края.

В 2009 году учреждению было присвоено почетное звание «Больница доброжелательная к ребенку».

Основной документ, по которому осуществляется работа в женской консультации, Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869). Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология».

2.2. Анализ статистических данных по преждевременным родам в Российской Федерации и Краснодарском крае

Распространенность ПР в Российской Федерации остается стабильной и в 2024 году составила 5% от общего числа родов, что представлено в таблице 1 [9].

Таблица 1.

Количество родов, в том числе преждевременных, 2018-2020 гг. по Российской Федерации

	2022	2023	2024
Численность женщин, закончивших беременность – всего, тыс. человек	1 495,6	1 379,5	1 335,4
в том числе:			
родами в срок	1 370,2	1 261,4	1 220,8
преждевременными родами	65,9	61,7	59,9

В Краснодарском крае показатель преждевременных родов соответствует среднестатистическим значениям в РФ, что представлено в таблице 2.

Таблица 2.

Количество родов, в том числе преждевременных, 2018-2020 гг. по Краснодарскому краю

	2022	2023	2024
Количество родов	74295	74132	67999
В том числе преждевременные роды	3352	3291	2875
Показатель преждевременных родов	4,5%	4,4%	4,2%

В показателе преждевременных родов большую роль играют многоплодные беременности, количество которых увеличивается, в том числе в связи с ростом применения лечения бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

Так, в динамике за 5 лет количество родов после ЭКО увеличилось в 1,4 раза (с 468 в 2016 году до 668 в 2020 году). В 2019 году в 35 медицинских организациях Краснодарского края приняты 668 родов после ЭКО, показатель составил 0,98% (по РФ за 2019 год показатель – 1,2%).

2.3. Определение и ранжирование факторов риска преждевременных родов

2.3.1. Анализ данных индивидуальных карт беременных с преждевременными родами, обменно-уведомительных карт

Исследование осуществлялось на базе женской консультации №2 ГБУЗ «Родильный дом г. Краснодара» МЗ КК, где был проведен анализ 20 индивидуальных карт беременных с преждевременными родами.

По возрастному критерию все женщины распределились следующим образом:

- с 20 до 30 лет – 13 женщин (65 %);
- с 30 до 40 лет – 5 женщин (25%);
- старше 40 лет – 2 женщины (10%), что представлено на рисунке 1.

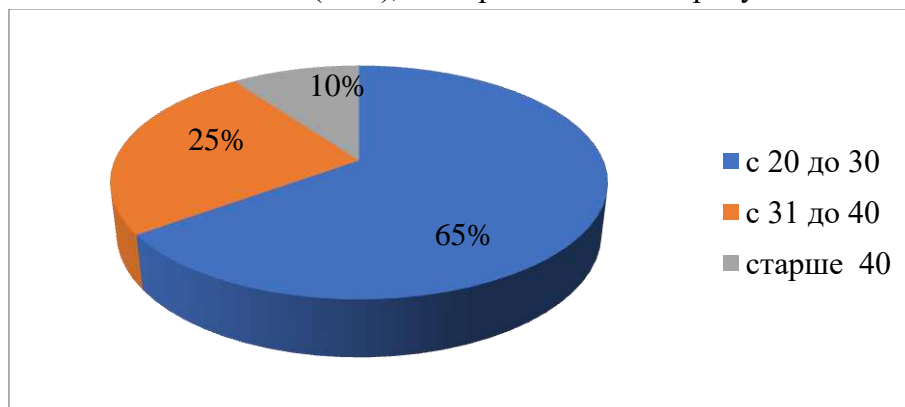


Рис. 1. Распределение беременных по возрасту

По профессиональной принадлежности женщин данные представлены на рисунке 2:

- домохозяйки – 5 женщин (25%);
- инженеры, врачи, юристы, воспитатели – 15 женщин (75%).

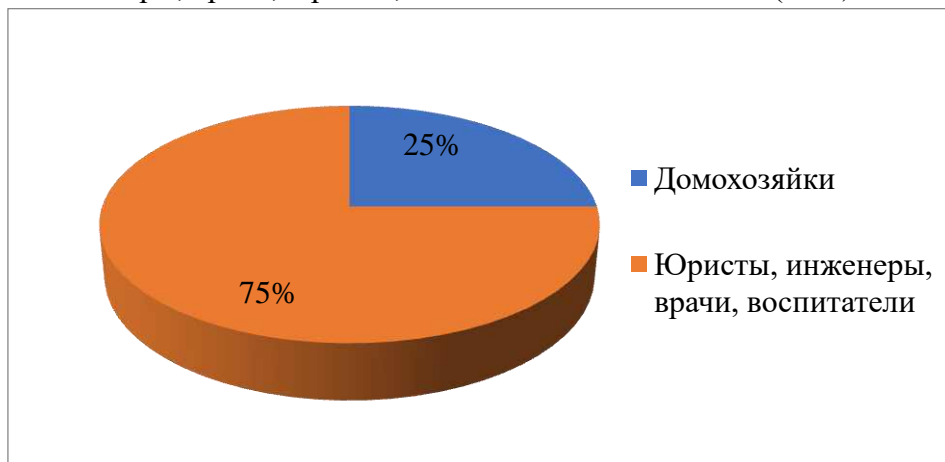


Рис. 2. Распределение женщин по профессии

Исследование репродуктивной функции выявило, что 8 (40%) женщин были первородящие и 12 (60%) женщин были повторнородящие, что представлено на рисунке 3.

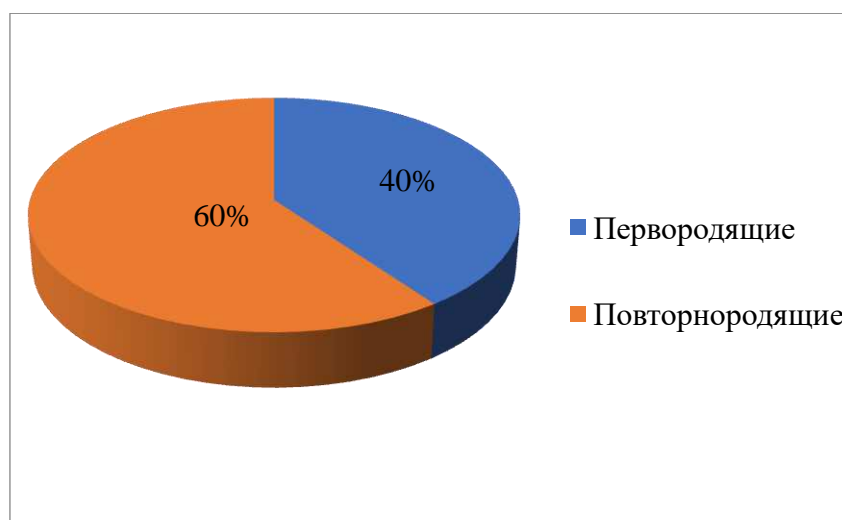


Рис. 3. Репродуктивная функция

Анализ акушерско-гинекологического анамнеза выявил, что у 4 (20%) женщин были преждевременные роды в анамнезе, у 4 (20%) женщин аборт в анамнезе, у 11 (55%) женщин инфекция половых путей, у 1 (5%) женщины миома матки, что представлено на рисунке 4.



Рис. 4. Структура акушерско-гинекологического анамнеза

Исследование соматического анамнеза женщин выявило, что у 2 (10%) женщин был сахарный диабет, у 4 (20%) женщин хронический пиелонефрит, у 1 (5%) женщины анемия, у 3 (15%) женщин хронический гастрит, у 2 (10%) женщин ожирение 2 степени, 8 (40%) женщин были соматически здоровы, что представлено на рисунке 5.

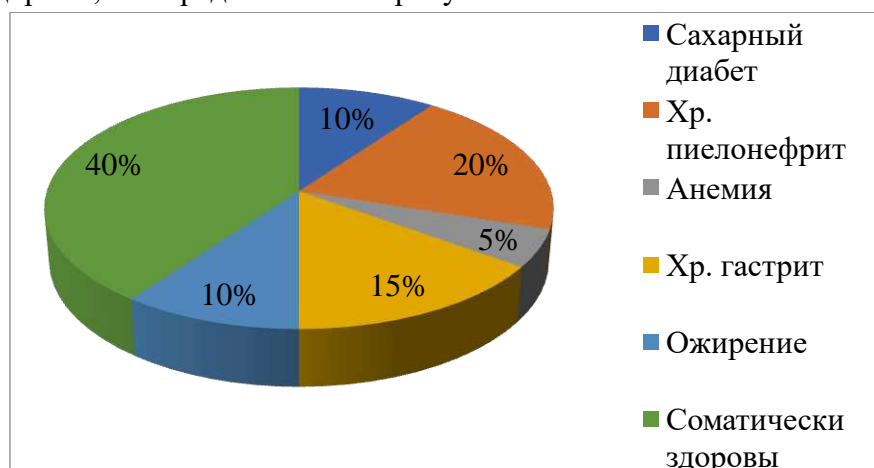


Рис. 5. Соматический анамнез

Во время беременности у женщин возникли следующие осложнения: гипертензия без протеинурии и отёков у 4 (20%) женщин, многоплодие у 2 (10%) женщин, многоводие у 2 (10%) женщин, тазовое предлежание плода у 2 (10%) женщин, анемия у 3 (15%) женщин, задержка внутриутробного развития плода у 3 (15%) женщин, гипоксия плода у 4 (20%) женщин, что представлено на рисунке 6.

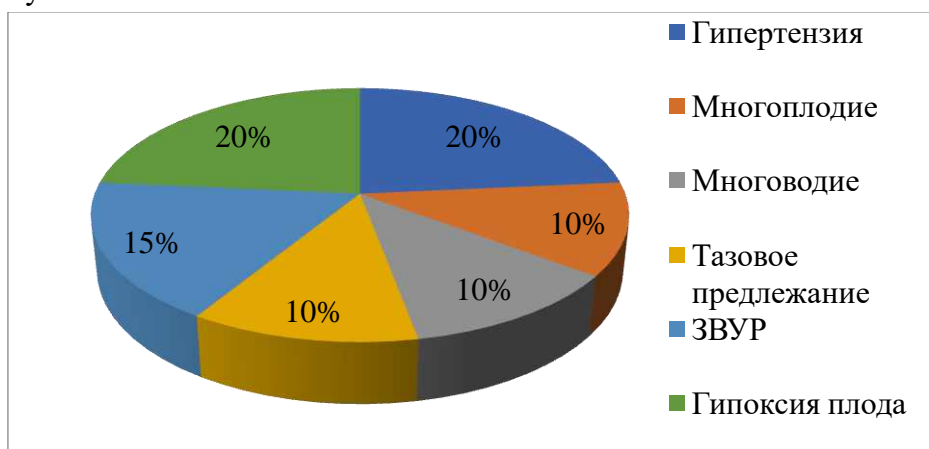


Рис. 6. Осложнения беременности

Беременность прерывалась на следующих сроках, что представлено на рисунке 7: до 28 недель у 2 (10%) женщин; 28 – 30 недель у 2 (10%) женщин; 31 – 33 недели у 6 (30%) женщин; 34 – 36 недели у 10 (50%) женщин.

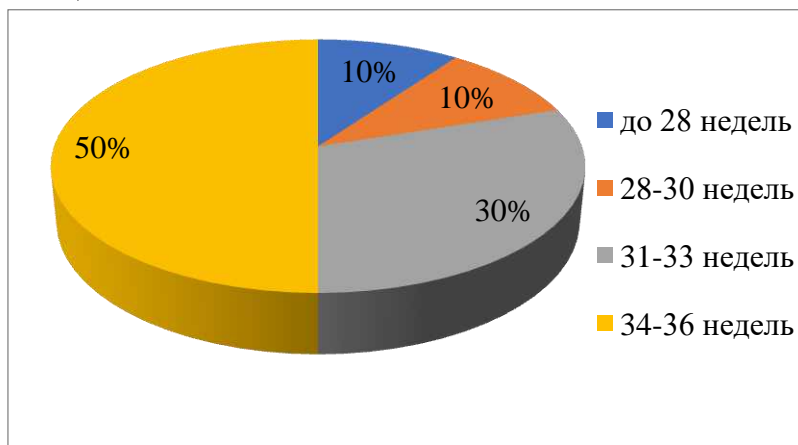


Рис. 7. Сроки прерывания беременности

Преждевременные роды по клинике распределились следующим образом: угрожающие – у 9 беременных (45%), начавшиеся – у 11 беременных (55%), что представлено на рисунке 8.

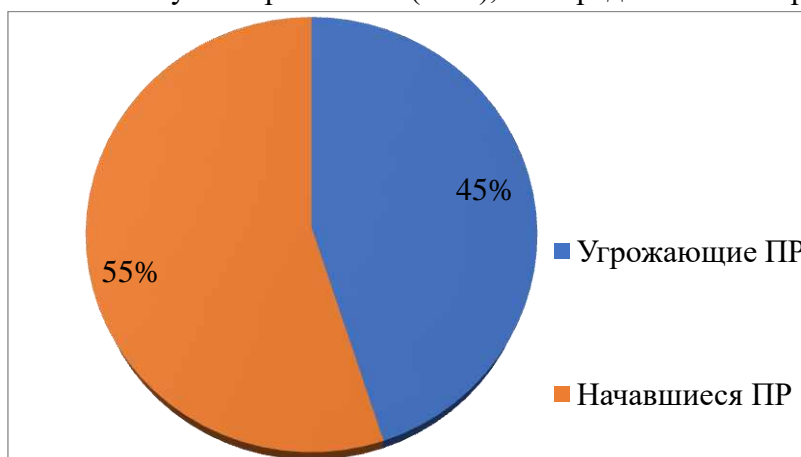


Рис. 8. Клиническое течение преждевременных родов

Женщины с угрозой преждевременных родов были госпитализированы в ОПБ акушерского стационара. При поступлении были выявлены жалобы: ноющие боли в пояснице и в нижней части живота. При наружном исследовании тонус матки был повышен. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена, наружный зев закрыт, предлежащая часть прижата ко входу малый таз.

Всем беременным с угрозой преждевременных родов проводилась следующая консервативная терапия:

1. Токолиз средствами, снижающими тонус матки (токолитики): нифедипин, атозибан, сульфат магния, бета-адреномиметики (гинипрал).
2. Профилактика РДС (респираторный дистресс-синдром) плода (глюкокортикоиды).
3. Профилактика церебральных нарушений у плода.
4. Антибиотикопрофилактика хориоамнионита и эндометрита.
5. Лечение сопутствующей патологии.

Токолитическая терапия бета-адреномиметиками проводилась у 7 женщин (78%) и только у 2 женщин (22%) применялась магниевая терапия в связи с наличием экстрагенитальной патологии, что представлено на рисунке 9.

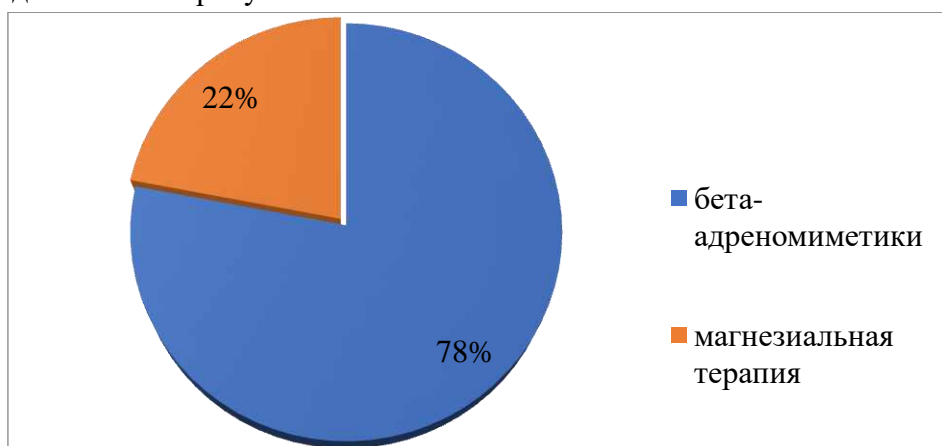


Рис. 9. Виды токолиза

Акушерка при использовании β_2 -адреномиметиков проводила: контроль ЧСС матери каждые 15 мин; контроль АД матери каждые 15 мин; контроль уровня глюкозы крови каждые 4 ч; контроль объема вводимой жидкости и диуреза; аускультация легких каждые 4 ч; контроль за состоянием плода и сократительной активностью матки.

В зависимости от срока беременности профилактику РДС плода проводили у 6 беременных (67%), у 3 беременных (33%) не проводили, так как срок гестации был 35 недель, что представлено на рисунке 10.

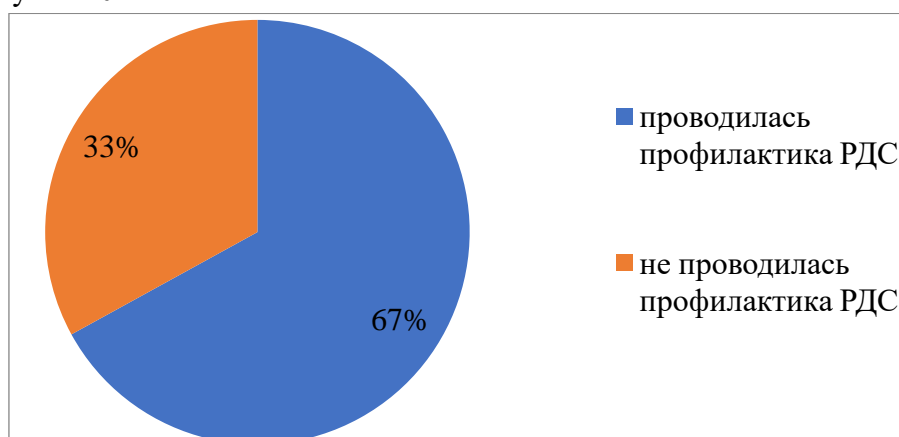


Рис. 10. Частота проведения профилактики РДС плода

После проведенного лечения и улучшения состояния матери и плода беременные после контрольного УЗИ были выписаны в удовлетворительном состоянии под дальнейшее наблюдение в женской консультации.

Беременные с начавшимися преждевременными родами были госпитализированы в акушерский стационар, где проводилось активное ведение родов в родовом отделении.

При ведении самостоятельных родов акушерка проводила следующие мероприятия:

1. В I периоде родов: контролировала продвижение плода по родовым путям, оценивала признаки зрелости шейки матки при влагалищном исследовании, что представлено в приложении 3, следила за состоянием плода, выслушивая его сердцебиение, характером родовой деятельности, измеряла артериальное давление, пульс, оценивая общее состояние женщины, проводила профилактику гипоксии плода.

2. Во II периоде родов: проводила профилактику кровотечения в конце II периода (р-р метилэргометрина), акушерское пособие оказывала без защиты промежности, проводила эпизио- или перiotомию под пудендальной анестезией.

3. В третьем периоде родов: определяла признаки отделения плаценты и проводила профилактику кровотечения.

По назначению врача с целью обезболивания в I периоде родов применялась эпидуральная анестезия (для устранения преждевременных потуг и уменьшения сопротивления мышц тазового дна) у 8 женщин (73%) и у 3 женщин (27%) обезболивание проводилось спазмолитиками, что представлено на рисунке 11.

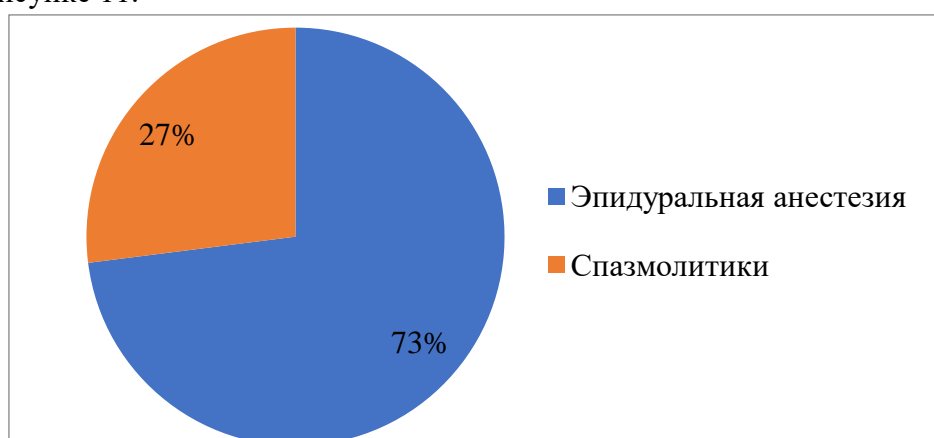


Рис. 11. Виды обезболивания

В родах были выявлены такие осложнения, как преждевременное излитие околоплодных вод у 3 женщин (28%), гипоксия плода у 4 женщин (36%) и слабость родовой деятельности у 4 женщин (36%), что представлено на рисунке 12.



Рис. 12. Осложнения в родах

Акушерка по назначению врача при слабости родовой деятельности осуществляла родостимуляцию окситоцином внутривенно капельно, контролируя характер родовой деятельности. Введение сокращающих матку средств сразу же прекращала по достижении нормальной родовой деятельности.

Ввиду высокого риска родового травматизма плода акушерское пособие при преждевременных родах акушерка осуществляла без защиты промежности.

В момент прорезывания головки плода с целью профилактики слабости потуг акушерка проводила внутривенное капельное введение окситоцина. Также она контролировала температурный режим в родзале. Сразу после рождения новорожденного быстро помещали в кювез.

Исходы для плодов были следующие: в удовлетворительном состоянии родилось 4 новорожденных (36%), в состоянии легкой асфиксии 6 новорожденных (55%) и в состоянии умеренной асфиксии 1 новорожденный (9%), что представлено на рисунке 13.



Рис. 13. Исходы для плодов

При проведении реанимационных мероприятий у новорожденных, родившихся в асфиксии, акушерка ассистировала врачу-неонатологу.

Акушерка для оценки состояния новорожденного, помимо шкалы Апгар, использовала шкалу Сильвермана для определения состояния функции дыхания новорожденного.

2.4. Разработка плана деятельности акушерки при ведении преждевременных родов на конкретном клиническом примере

Пациентка 29 лет, стоящая на учете со сроком беременности 32 недели, обратилась в женскую консультацию №2 с жалобами на тянущие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, которые появились накануне вечером.

Женщина взята на учет по беременности с 8 недель, регулярно посещает врача. В анамнезе родов – 0, медицинских аборт – 2, в сроке 8 и 10 недель беременности, последний аборт осложнился воспалением матки, по поводу чего лечилась в гинекологическом стационаре.

Акушерка провела оценку выявленных проблем, объективное обследование (оценка общего состояния пациентки, общий осмотр), специальное акушерское исследование (приемы Леопольда-Левицкого, выслушивание и подсчет сердцебиения плода, измерение ОЖ и ВДМ, осмотр в зеркалах, влагалищное исследование).

При наружном акушерском исследовании акушерка определила повышенный тонус матки, продольное положение плода, 1 позицию, передний вид, головное предлежание.

С целью оценки состояния плода акушерка выслушала его сердцебиение, которое было ясное, ритмичное 136 ударов в минуту ниже пупка слева.

При измерении ВДМ, она соответствовала сроку беременности – 32см.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, шейка матки сохранена, наружный зев закрыт, выделения светлые в умеренном количестве.

На основании данных субъективного и объективного исследования, был поставлен предварительный диагноз: Беременность 32 недели. Угрожающие преждевременные роды. ОАГА.

Был составлен алгоритм ведения беременной с угрожающими ПР:

1. Госпитализация в отделение патологии беременности акушерского стационара 3 группы.
2. Токолиз.
3. Профилактика РДС плода.

Важным критерием ПР является изменение шейки матки (укорочение, сглаживание и раскрытие), поэтому пациентке было проведено УЗИ с трансвагинальной УЗ-цервикометрией.

У пациентки были выявлены следующие факторы риска ПР:

- хронический эндометрит;
- аборт в анамнезе.

В отделении патологии беременности по назначению врача акушерка проводила забор материала на анализы (кровь, содержимое из половых путей), участвовала в подготовке пациентки к УЗИ, осуществляла лечение ПР (токолиз, антибактериальная терапия, профилактика РДС плода) и контроль его эффективности (оценка общего состояния, тонуса матки, шейки матки, состояния плода).

Акушерка проводила индивидуальную работу с женщиной, беседуя о регулярном посещении женской консультации, рациональном режиме труда и отдыха, полноценном питании, прогулках на свежем воздухе, о подготовке к цервикометрии (каждые 2 недели), оказывала психологическую поддержку пациентке.

Акушерка составила план ведения беременной с угрозой ПР с учетом выявленных проблем.

Проблемы пациентки при угрожающих ПР:

1. Настоящие проблемы: боли внизу живота и в поясничной области, беспокойство за исход беременности.

2. Потенциальные проблемы: кровотечение, гибель плода, переход в начавшиеся ПР.

Приоритетная проблема беременной: боль внизу живота.

Краткосрочная цель: прекратить боли у беременной.

Долгосрочная цель: сохранить беременность.

План ведения преждевременных родов представлен в таблице 3.

Таблица 3.

План ведения преждевременных родов

Мероприятия	Мотивация
1. Обеспечение психического покоя	Для уменьшения стрессовых воздействий
2. Создание физического покоя	Для снятия тонуса и напряжения матки
3. Проведение беседы с мужем в целях обеспечения полового покоя	Для профилактики повышения тонуса матки
4. Проведение подготовки к УЗ-цервикометрии	Для оценки шейки матки в динамике
5. Проведение токолиза по назначению врача	Для снятия повышенного тонуса матки
6. Профилактика РДС плода	Для ускорения созревания сурфактантной

	системы плода
7. Беседы о рациональном питании беременной	Для полноценного развития плода и профилактики развития анемии у беременной
8. Контроль за общим состоянием беременной	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений

После проведенного лечения беременная была выписана в удовлетворительном состоянии под дальнейшее наблюдение в женской консультации.

2.5. Определение осведомлённости пациенток о мерах профилактики преждевременных родов

2.5.1. Разработка анкеты и анкетирование пациентов

Для выявления осведомленности пациенток о мерах профилактики преждевременных родов и их удовлетворенности деятельностью акушерки был проведен опрос 30 беременных из группы риска развития ПР, для чего была разработана анкета, включающая 10 вопросов, которая представлена в приложении 2.

По возрасту респонденты распределились следующим образом:

- с 20 до 30 лет – 6 женщин, что составило 20%;
- с 30 до 40 лет – 21 женщина, что составило 70%;
- старше 40 лет – 3 женщины, что составило 10%.

Данные представлены на рисунке 1.

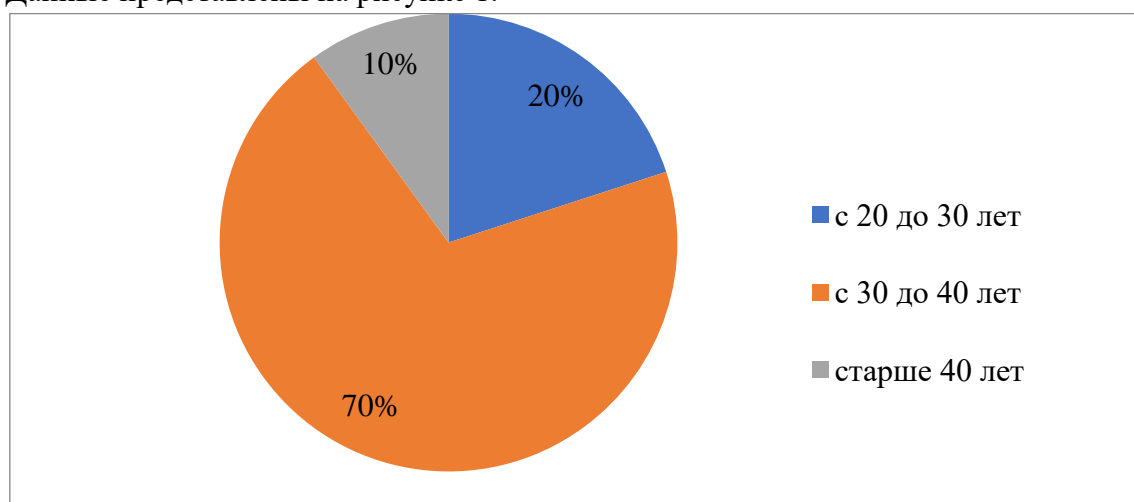


Рис.1 Распределение респондентов по возрасту

По профессиональной деятельности распределение респондентов было следующим: домохозяйки – 9 беременных (30%); студентки – 6 беременных (20%); педагоги – 3 беременных (10%); медработники – 6 беременных (20%); юристы – 2 беременные (7%); офисные работники – 4 беременные (13%), что представлено на рисунке 2.

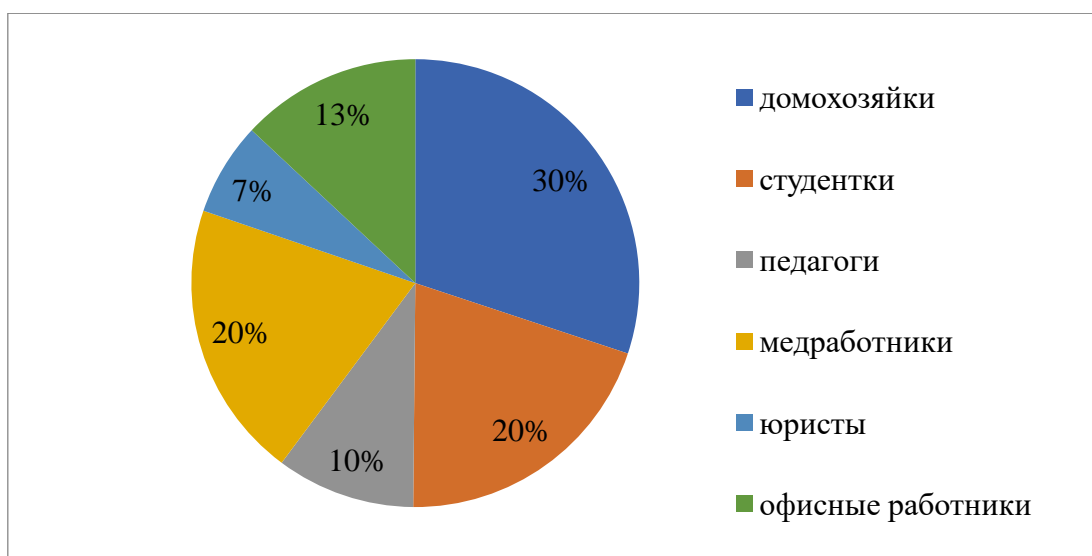


Рис. 2 Распределение респондентов по профессии

На вопрос: «Знаете ли Вы о влиянии вредных привычек на вынашивание беременности?» – 28 женщин (93%) ответили положительно и только 2 женщины (7%) ответили, что мало информированы.

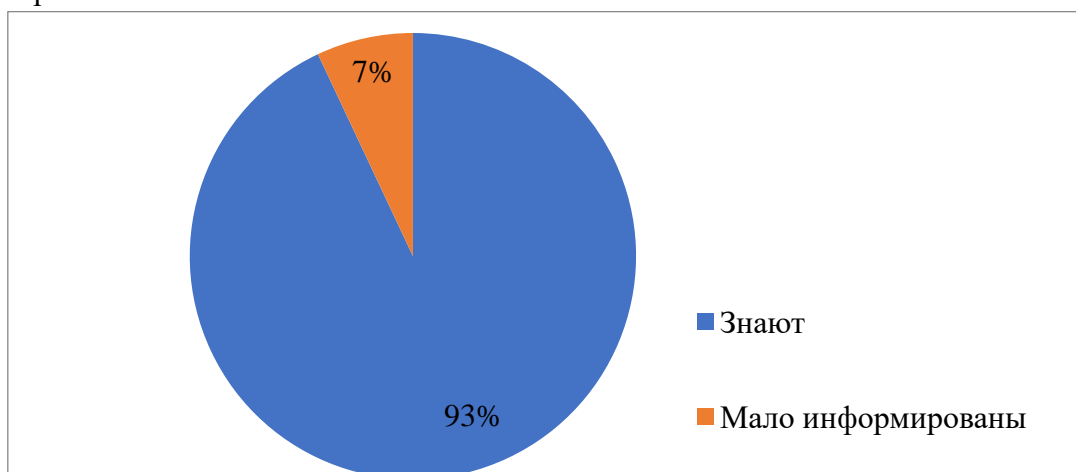


Рис. 3 Распределение респондентов по информированности о влиянии вредных привычек на вынашивание беременности

На вопрос: «Знаете ли Вы о риске прерывания беременности на фоне стресса?» – 24 беременных (80%) ответили, что знают и 6 беременных (20%) ответили, что не знают.

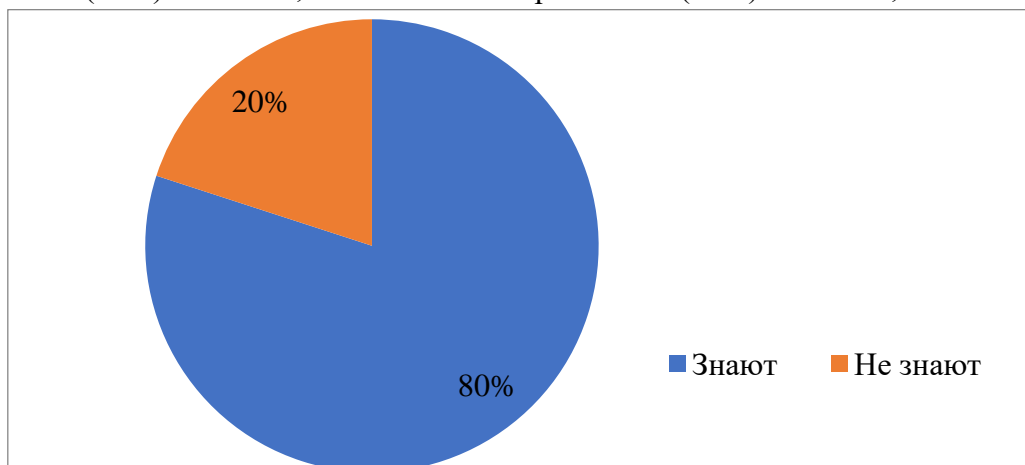


Рис. 4 Информированность респондентов о риске прерывания беременности на фоне стресса

На вопрос: «Знаете ли Вы об отрицательном влиянии абортaв на репродуктивную функцию?» – 29 респондентов (97%) ответили, что знают и 1 респондент (3%) ответил, что не знает.

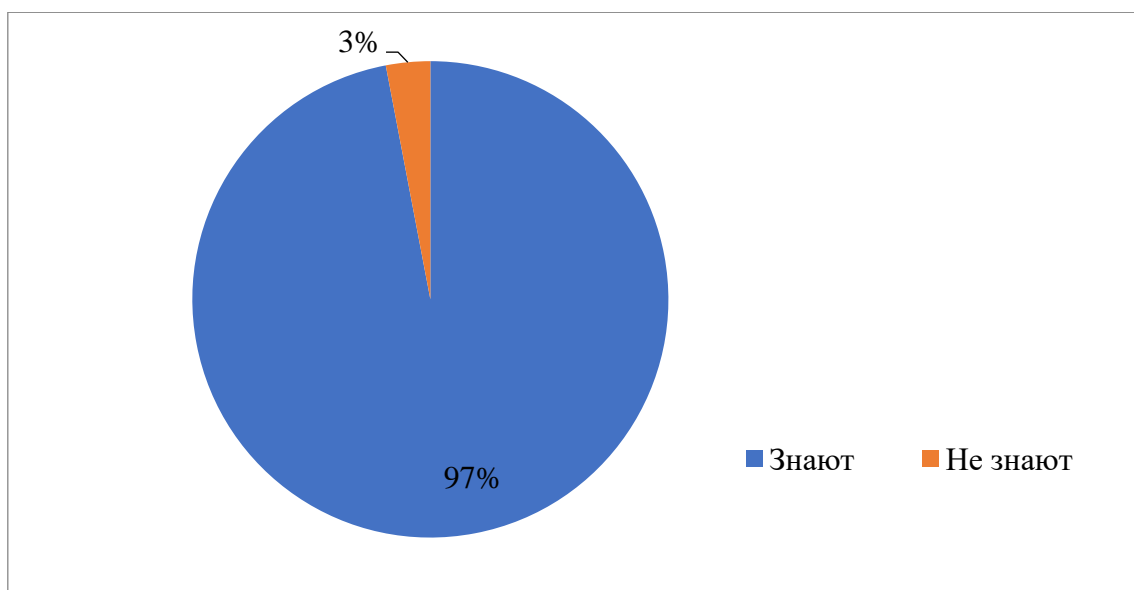


Рис. 5 Информированность респондентов об отрицательном влиянии абортaв на репродуктивную функцию

На вопрос: «Знаете ли Вы об отрицательном влиянии инфекций половой системы на вынашивание беременности?» – 29 респондентов (97%) ответили, что знают и 1 респондент (3%) ответил, что не знает.

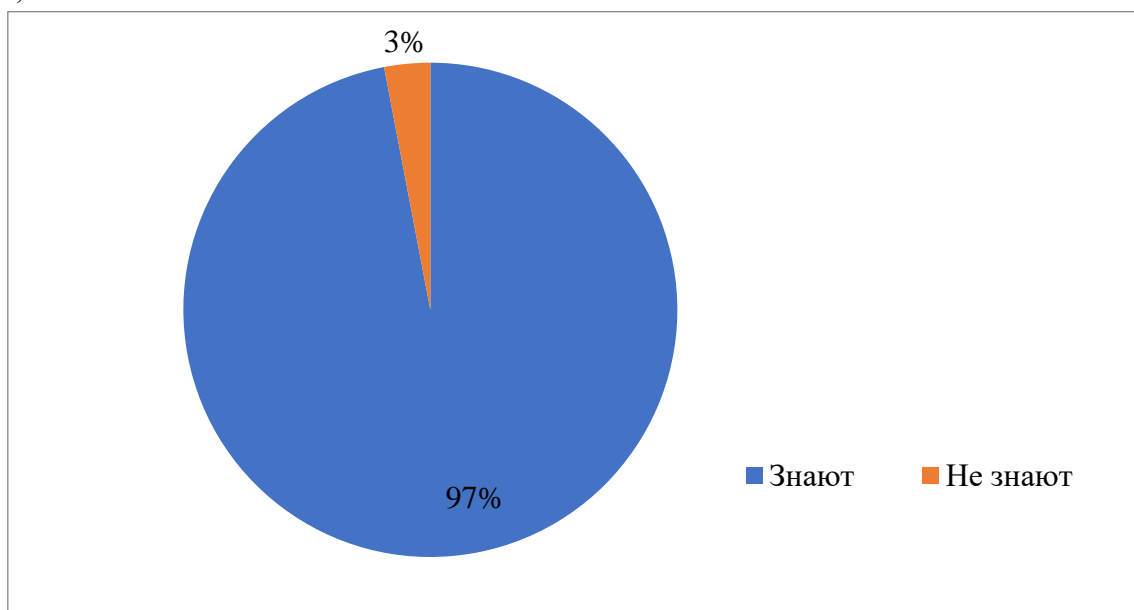


Рис. 6 Информированность респондентов об отрицательном влиянии инфекций половой системы на вынашивание беременности

На вопрос: «Была ли Ваша беременность запланированной?» – 15 женщин (50%) ответили положительно и 15 женщин (50%) ответили отрицательно, что представлено на рисунке 7.

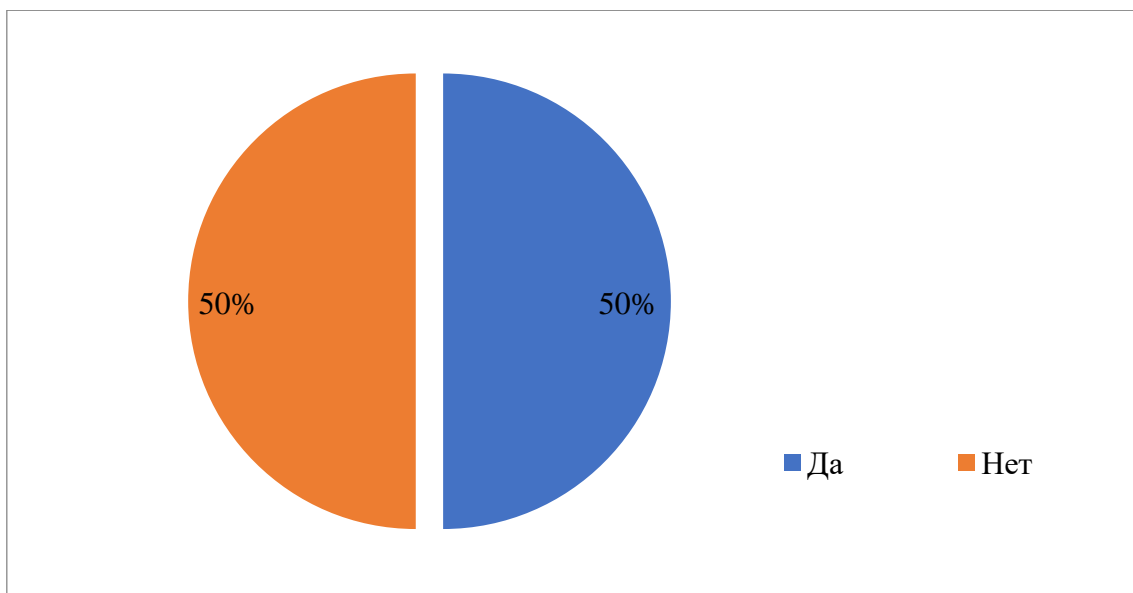


Рис. 7 Информированность респондентов о планировании беременности

На вопрос: «Знаете ли Вы, что экстрагенитальные заболевания повышают риск преждевременных родов?» – 18 респондентов (60%) ответили: «Да» и 12 респондентов (40%) ответили: «Нет», что представлено на рисунке 8.

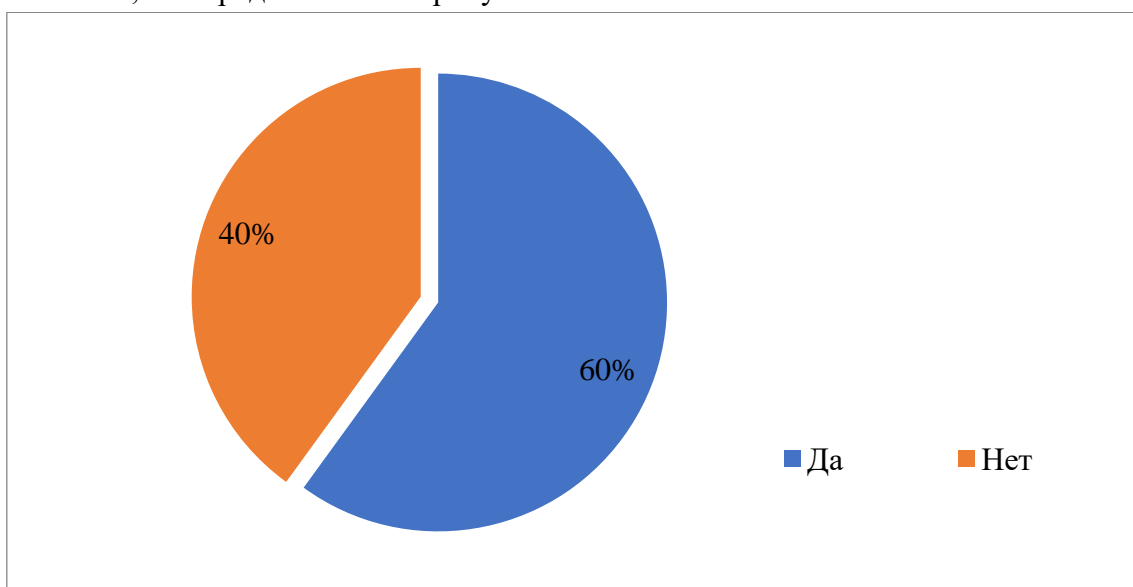


Рис. 8 Информированность респондентов о влиянии экстрагенитальных заболеваний на развитие ПР

На вопрос: «Знаете ли Вы о необходимости ранней постановки на учет по беременности до 12 недель?» – 27 беременных (90%) ответили, что знают и 3 беременных (10%) ответили, что не знают. Данные представлены на рисунке 9.

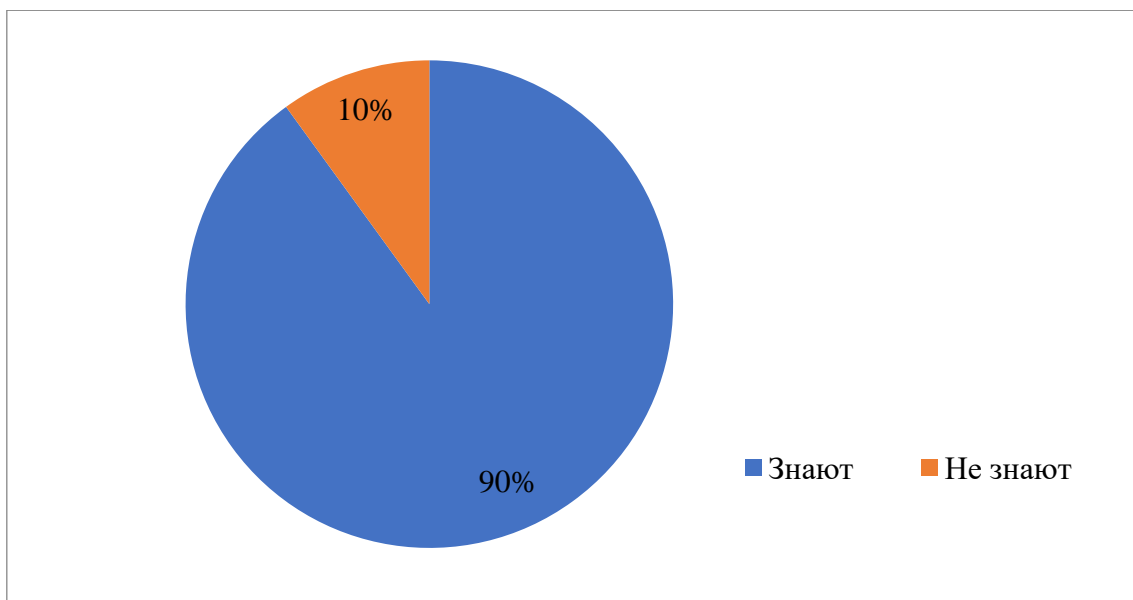


Рис. 9 Информированность респондентов о необходимости ранней постановки на учет по беременности

На вопрос: «Удовлетворены ли Вы деятельностью акушерки?» – 29 женщин (97%) ответили, что «удовлетворены в полном объеме» и 1 женщина (3%) ответила, что «удовлетворена не в полном объеме».

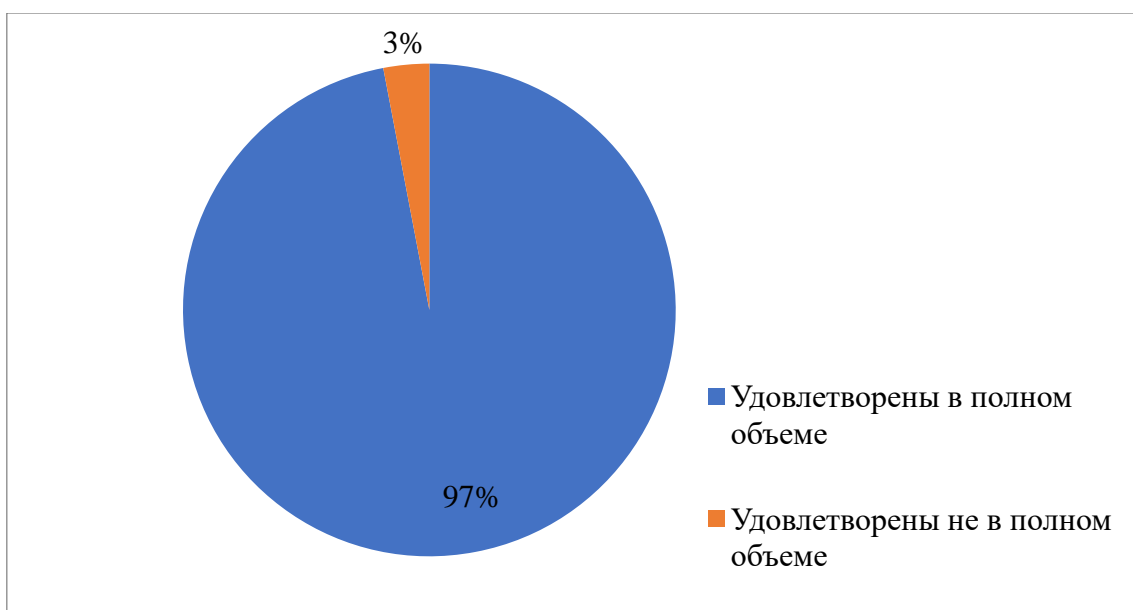


Рис. 10 Удовлетворенность респондентов деятельностью акушерки

2.5.2. Анализ результатов анкетирования

Анкетирование среди беременных из группы риска по развитию ПР показало, что 70% респондентов были в возрасте с 30 до 40 лет.

Профессия у 70% респондентов была связана с эмоциональными нагрузками, что является фактором риска для невынашивания беременности.

Основная доля опрошенных знают об отрицательном воздействии вредных привычек на вынашивание плода, что составило 93% и является мотивацией для отказа от курения и алкоголя.

80% женщин знают о риске прерывания беременности на фоне стресса.

Об отрицательном влиянии аборт и инфекций половой системы на репродуктивную функцию информировано большинство респондентов, что составило 97% соответственно.

У половины респондентов беременность была не запланированной, и следовательно, им не проводилась прегравидарная подготовка.

60% беременных знают, что экстрагенитальные заболевания повышают риск преждевременных родов, и обращались к врачу до беременности.

90% респондентов хорошо информированы о необходимости ранней постановки на диспансерный учет по беременности, что будет способствовать своевременному выделению беременных в группу риска по невынашиванию и проведению профилактических мероприятий.

97% опрошенных женщин удовлетворены деятельностью акушерки, что свидетельствует о хорошей организации её работы.

2.6. Санитарно-просветительная работа акушерки женской консультации

2.6.1. Разработка памятки по профилактике преждевременных родов

Для проведения акушеркой санитарно-просветительной работы была разработана памятка «Профилактика преждевременных родов», которая содержит следующую информацию:

1. Преждевременными родами называют прерывание беременности на сроке 22-37 недель, когда рождается ребенок с массой тела 500-2500 г, ростом 35-45 см, с признаками незрелости.

2. Факторы риска преждевременных родов:

- нарушение полового развития;
- раннее начало половой жизни;
- аборты в анамнезе;
- наркомания и курение;
- стрессы;
- возраст менее 18 или старше 35 лет;
- преждевременные роды в анамнезе;
- экстрагенитальные заболевания: АГ, гипертиреоз, заболевания сердца, анемия, тромбофилии;
- перенесенная вирусная инфекция, инфекции мочеполовой системы, бактериальный вагиноз;
- пороки развития матки;
- хирургические операции во время беременности, особенно на органах брюшной полости, или травмы;
- перерастяжение матки во время беременности: многоводие, многоплодие;
- беременность после ЭКО.

3. При появлении каких-либо из этих признаков или симптомов: изменение характера выделений из влагалища (водянистые, слизистые или кровянистые), периодические или схваткообразные боли в области матки, боли внизу живота и поясницы, легкие спазмы в животе – немедленно позвоните своему акушеру или акушерке.

4. Профилактика ПР:

- обязательное обследование на инфекции различной локализации и санация очагов воспаления до и во время беременности;
- отказ от вредных привычек;
- контроль массы тела;

- обследование и лечение экстрагенитальной патологии, коррекция гормональных нарушений;
- предотвращение аборт, планирование беременности;
- обследование на заболевания, передающиеся половым путём, и своевременное их лечение;
- воспитание сексуальной культуры;
- антистрессовые мероприятия;
- нормализация режима труда и отдыха, полноценное питание.

Макет памятки представлен в приложении 3.

ВЫВОДЫ

1. Проведенное исследование профессиональных аспектов деятельности акушерки при ведении преждевременных родов выявило, что ПР являются серьезной медико-социальной проблемой в связи с тем, что среди недоношенных новорожденных очень высока перинатальная смертность.

2. Систематизированы, углублены, расширены и закреплены знания о деятельности акушерки при ведении преждевременных родов, подтверждено освоение вида деятельности, общих и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС СПО по специальности 31.02.02 Акушерское дело.

3. Анализ статистических данных по Российской Федерации и Краснодарскому краю показал, что распространенность преждевременных родов в Российской Федерации остается стабильной и в 2024 году составила 5% от общего числа родов, в Краснодарском крае показатель преждевременных родов соответствует среднестатистическим значениям в РФ.

4. В ходе исследования индивидуальных карт беременных с угрозой ПР выявлено, что наиболее частые факторы риска: преждевременные роды и аборты в анамнезе (40%), инфекция половых путей (55%), экстрагенитальная патология (60%) и психо-эмоциональные нагрузки (75%); преждевременные роды чаще наступали в 34-36 недель, что составило 50%; в лечении угрожающих преждевременных родов основным было применение токолитиков (78%) и глюкокортикоидов для профилактики РДС плода (67%); при ведении начавшихся преждевременных родов предпочтение отводилось эпидуральной анестезии (73%).

5. Разработан план ведения преждевременных родов, который одобрен врачом и способствовал снижению осложнений со стороны плода.

6. Проведенное анкетирование беременных выявило достаточный уровень осведомленности респондентов о мерах профилактики преждевременных родов.

7. Разработанная памятка «Профилактика преждевременных родов» использована в качестве раздаточного материала среди пациенток для проведения санитарно-просветительской работы акушерки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аналитический обзор нормативной документации, литературных источников и интернет ресурсов по теме исследования показал, что ведение преждевременных родов остается актуальной проблемой современного акушерства. Предупреждение этой патологии способствует снижению перинатальной смертности и возникновению серьезных осложнений среди недоношенных новорожденных.

Систематизированы, углублены, расширены и закреплены знания о деятельности акушерки при ведении преждевременных родов, подтверждено освоение вида деятельности, общих и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС СПО по специальности 31.02.02 Акушерское дело.

Непосредственную роль совместно с врачом при ведении преждевременных родов играет акушерка, деятельность которой включает следующее: при ведении беременной в женской консультации акушерка при сборе анамнеза выявляет факторы риска и выделяет женщин в группу риска с целью прогнозирования преждевременных родов; проводит подготовку женщины к УЗИ, так как основным критерием развития преждевременных родов является динамика изменения шейки матки, которую лучше проводить под контролем УЗИ, исключая частые влагалищные исследования; выполняет намеченные врачом сроки и способы лечебно-профилактических мероприятий, создает оптимальные условия для развития беременности.

При возникновении преждевременных родов акушерка должна вовремя распознать и срочно госпитализировать беременную в акушерский стационар, где по назначению врача акушерка вводит внутримышечно или внутривенно лекарственные средства (токолитики, глюкокортикоиды, антагонисты кальция, антибиотики).

Если родоразрешение требует проведения кесарева сечения, то акушерка должна подготовить беременную к операции и осуществлять послеоперационный уход.

При ведении родов через естественные родовые пути в первом периоде акушерка следит за состоянием плода (выслушивание сердцебиения плода, КТГ), раскрытием маточного зева (влагалищное исследование, ведение партограммы), характером родовой деятельности (подсчет схваток, КТГ); по назначению врача внутривенно вводит бета-адреномиметики при развитии чрезмерно сильной родовой деятельности, или окситоцин при слабой родовой деятельности; акушерское пособие оказывает без защиты промежности ввиду высокого риска родового травматизма плода; assisteрует врачу-неонатологу при проведении реанимационных мероприятий у недоношенных детей с асфиксией, так как нередко развиваются дыхательная недостаточность, респираторный дистресс-синдром, нарушение терморегуляции.

Акушерка также занимается заполнением и ведением медицинской документации (индивидуальная карта беременной, обменная карта, история родов и т.д.).

Разработанный план ведения беременной с угрожающими ПР с учетом выявленных проблем позволяет снизить риск осложнений и пролонгировать беременность.

Одним из направлений деятельности акушерки является профилактическая работа в виде санитарного просвещения среди женского населения, для чего разработана памятка по профилактике преждевременных родов.

Таким образом, задачи исследования решены, цель работы достигнута.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ.
2. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»: приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н.
3. Акушерство: Национальное руководство / Г.М. Савельева [и др.]. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2018. – 1088 с.
4. Акушерство /Под редакцией Г.М. Савельевой. – М.: Медицина, 2019. – 816 с.
5. Акушерство и гинекология: для клинических ординаторов: Учебно-методический комплекс / С. П. Пахомов [и др.]. – Белгород, 2020. – 358 с.
6. Бекманн Ч.Р. Акушерство и гинекология / Ч.Р. Бекманн. – М.: Медицинская литература, 2019. – 260 с.
7. Бодяжина В. И. Акушерство / В.И. Бодяжина, И.Б. Семенченко. – М.: Феникс, 2020. – 480 с.
8. Дементьев А.С. Акушерство и гинекология. Стандарты медицинской помощи / А.С. Дементьев. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2021. – 316 с.
9. Здравоохранение в России. Статистический сборник. М. – 2024. – 171 с.
10. Ильин А. А. Акушерство и гинекология: конспект лекций / А.А. Ильин. – М.: Научная книга, 2017. – 546 с.
11. Капительный В.А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом / В.А. Капительный. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2019. – 342 с.
12. Кретьева Н. Е. Акушерство и гинекология / Н.Е. Кретьева, Л.М. Смирнова. – Москва: СПб. [и др.]: Питер, 2021. – 320 с.
13. Линева О. И. Акушерство / О.И. Линева, О.В. Сивочалова, Л.В. Гаврилова. – М.: Академия, 2019. – 272 с.
14. Натан Лорен. Акушерство и гинекология. В 2 томах. Том 1. Акушерство / Лорен Натан. – М.: МЕДпресс–информ, 2020. – 776 с.
15. Невынашивание беременности: этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение: Учебное пособие / Кошелева Н.Г., Аржанова О.Н., Плужникова Т.А. [и др.]; Ред. Э.К. Айламазян. – СПб.: Нева-Люкс, 2017. – 216 с.
16. Падруль М. М. Профилактика преждевременных родов в третьем триместре беременности / М. М. Падруль, А. А. Олина, Е. Г. Кляусова // Акушерство и гинекология. 2022. № 10. С. 107- 111.
17. Преждевременные роды. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации (год утверждения 2024).
18. Радзинский В.Е. Акушерство: учебник /В.Е. Радзинский, А.М. Фукс. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2020. – 1034 с.
19. Радзинский В.Е. Акушерство: учебник для акушерских отделений средних специальных медицинских учебных заведений / В.Е. Радзинский. – М., ГЭОТАР–Медиа, 2020. – 700 с.
20. Смирнова Л. М. Акушерство и гинекология / Л.М. Смирнова, Р.А. Саидова, С.Г. Брагинская. – М.: Медицина, 2021. – 435 с.
21. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности/ В.М. Сидельникова. – М.: Триада Х, 2021. – 200 с.
22. Стрижаков А. В. Акушерство и гинекология / А. В. Стрижаков. – М., 2017. – 213 с.

Классификация преждевременных родов по механизму возникновения

Спонтанные (70 – 80%)		Индукированные (20 – 30%)	
		Показания со стороны матери	Показания со стороны плода
Регулярная родовая деятельность при целом плодном пузыре (40 – 50%)	Излитие околоплодных вод при отсутствии регулярной родовой деятельности (25 – 40%)	Тяжелые ЭГЗ с декомпенсацией, угрожающие жизни, осложнения беременности (тяжелая преэклампсия/эклампсия, HELLP-синдром, внутрипеченочный холестаз беременных и др.)	Некурабельные ВПР, прогрессирующее ухудшение состояния, антенатальная гибель плода

Анкета

1. Возраст.
2. Профессия.
3. «Знаете ли Вы о влиянии вредных привычек на вынашивание беременности?» - да, нет (нужное подчеркнуть).
4. «Знаете ли Вы о риске прерывания беременности на фоне стресса?» - да, нет (нужное подчеркнуть).
5. «Знаете ли Вы об отрицательном влиянии абортов на репродуктивную функцию?» - да, нет (нужное подчеркнуть).
6. «Знаете ли Вы об отрицательном влиянии инфекций половой системы на вынашивание беременности?» - да, нет (нужное подчеркнуть).
7. «Была ли Ваша беременность запланированной?» - да, нет (нужное подчеркнуть).
8. «Знаете ли Вы, что экстрагенитальные заболевания повышают риск преждевременных родов?» - да, нет (нужное подчеркнуть).
9. «Знаете ли Вы о необходимости ранней постановки на учет по беременности?» - да, нет (нужное подчеркнуть).
10. «Удовлетворены ли Вы деятельностью акушерки?» - «удовлетворены в полном объеме», «удовлетворены не в полном объеме», «не удовлетворены» (нужное подчеркнуть).

Памятка «Профилактика преждевременных родов»

Преждевременными родами называют прерывание беременности на сроке 22-37 недель, когда рождается ребенок с массой тела 500-2500 г, ростом 35-45 см, с признаками незрелости.

Факторы риска преждевременных родов:

- нарушение полового развития;
- раннее начало половой жизни;
- аборт в анамнезе;
- наркомания и курение;
- стрессы;
- возраст менее 18 или старше 35 лет;
- преждевременные роды в анамнезе;
- экстрагенитальные заболевания;
- перенесенная вирусная инфекция, инфекции мочеполовой системы, бактериальный вагиноз;
- пороки развития матки;
- хирургические операции во время беременности, особенно на органах брюшной полости, или травмы;
- перерастяжение матки во время беременности: многоводие, многоплодие;
- беременность после ЭКО.

При появлении каких-либо из этих признаков или симптомов: изменение характера выделений из влагалища (водянистые, слизистые или кровянистые), периодические или схваткообразные боли в области матки, боли внизу живота и поясницы, легкие спазмы в животе – немедленно позвоните своему акушеру или акушерке.

Профилактика преждевременных родов:

- обязательное обследование на инфекции различной локализации и санация очагов воспаления до и во время беременности;
- отказ от вредных привычек;
- контроль массы тела;
- лечение экстрагенитальной патологии, коррекция гормональных нарушений;
- предотвращение абортов, планирование беременности;
- воспитание сексуальной культуры;
- антистрессовые мероприятия;
- нормализация режима труда и отдыха, полноценное питание.

