

Министерство образования и науки Республики Саха (Якутия)

ГБПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж»

Допущен(а) к защите

Зам.директора по УР

Иванова М.Н.

КАСЬЯНОВА АННА МАКАРОВНА

**ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫ РОДЫ:ФАКТОРЫ РИСКА**

Выпускная квалификационная работа  
по специальности 31.02.02 – Акушерское дело

Студент отделения «Акушерское дело»

Гр. АД 32

Касьянова А.М.

Руководитель

Васильева С.Г

Якутск. 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.....	5
1.1 Определение и классификация преждевременных родов.....	5
1.2 Факторы риска преждевременных родов.....	9
1.3 Роль акушерки в профилактике преждевременных родов.....	14
ГЛАВА II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.....	20
2.1 Анализ статистических данных преждевременных родов.....	20
2.2 Анализ причин преждевременных родов.....	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	27
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	28

## ВВЕДЕНИЕ

Преждевременные роды являются комплексной медико-социальной проблемой, связанной с решением задач по улучшению качества последующей жизни детей, родившихся недоношенными и сопряженными материально-экономическими затратами. Основные трудности, связанные с изучением данной проблемы, обусловлены полиэтиологичностью преждевременных родов. Данная патология может быть обусловлена хромосомными аномалиями, генными мутациями, наследственной предрасположенностью, эндокринными и иммунными нарушениями, аномалией развития матки. Более чем у половины больных имеет место сочетание тех или иных причин. Сложные социально-экономические условия, раннее начало половой жизни, распространение инфекций, передаваемых половым путем, а также рост числа беременных женщин старшего репродуктивного возраста делают проблему преждевременных родов чрезвычайно серьезной.

Очень спорным и проблематичным вопросом неонатологии является уход за недоношенным ребенком, который отличается недостаточным развитием органов и систем. В этом вопросе необходимо разумно подойти к организации вскармливания недоношенного ребенка, поддержке системы гомеостаза с целью профилактики инфекционных заболеваний. Весьма важно содействовать быстрейшему развитию физических параметров ребенка.

**Актуальность:** Преждевременные роды являются лидирующей проблемой акушерства и неонатологии, так как являются одной из основных причин перинатальной смертности и заболеваемости. По определению ВОЗ частота преждевременных родов в мире составляет 5-10%. На долю недоношенных детей приходится 60-70% случаев ранней неонатальной смертности.

**Цель исследования:** Определить факторы риска преждевременных родов.

**Задачи исследования:**

1. Изучить теоретические основы преждевременных родов.
2. Провести анализ статистических данных преждевременных родов на базе медицинской организации ГАУ РС(Я) «РБ№1 – НЦМ» за 2015-2017 г.
3. Проанализировать причины преждевременных родов.

# ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

## 1.1 Определение и классификация преждевременных родов

Роды – это закономерное окончание беременности. Роды ведут только в акушерском стационаре под непосредственным врачебным наблюдением и контролем из соображений безопасного материнства. Любые роды таят в себе возможность стремительно развивающихся осложнений для матери, плода и новорожденного (кровотечение, преждевременная отслойка плаценты, эмболия околоплодными водами, асфиксия).

Ребенок рождается доношенным на сроке 38-42 недели. Плод уже созревает к этому периоду, а его внутренние органы готовы к функционированию вне утробы матери. Процесс родов начинается, когда организм беременной чувствует готовность ребенка к рождению. Но бывают случаи, когда роды начинаются раньше срока. Если родовая деятельность наступила на сроке 22-37 недель беременности, это преждевременные роды.

Преждевременные роды можно условно разделить:

- Роды в 22-28 недель. Вес новорожденного составляет 500-1000 грамм. Ребенок, проживший в таком случае, более семи дней, является причиной для определения родов, как очень ранних преждевременных. Если же плод погиб при родах или на протяжении первой недели жизни, то речь идет уже о самопроизвольном прерывании беременности (поздний выкидыш).

- Роды на сроке 29-37 недель. Плод весит около 1000-2500 гр. Масса его тела достаточна для самостоятельной жизнедеятельности, а органы малыша считаются жизнеспособными (при отсутствии аномалий развития). Проводится соответствующее лечение.

Преждевременные роды делят на угрожающие, начинающиеся и начавшиеся.

- Угрожающие преждевременные роды характеризуются отсутствием регулярной родовой деятельности, периодическим или постоянным повышением тонуса матки, отсутствием структурных изменений шейки матки (сглаживания, открытия).

- Начинающиеся преждевременные роды характеризуются слабой регулярной родовой деятельностью (менее 4 схваток за 10 мин), приводящей к структурным изменениям шейки матки, вследствие чего она сглаживается, а открытие составляет меньше или равно 3 см.

- Начавшиеся преждевременные роды характеризуются активной родовой деятельностью (10 схваток за 10 мин), открытие шейки матки более 3 см.

Признаки преждевременных родов:

- Угрожающие преждевременные роды дают о себе знать болью в нижней части живота и пояснице. Матка находится в тонусе, отчего живот становится твердым. Однако шейка матки при этом не раскрывается.

- Начинающиеся преждевременные роды сопровождаются схваткообразными сокращениями матки, ритмичное повышение тонуса матки. Фактически – это уже полноценные схватки. В этом случае шейка матки начинает укорачиваться и раскрываться. Довольно часто в этом случае происходит излияние околоплодных вод.

Внешним признаком недоношенного является почти полное отсутствие подкожного жирового слоя. Для глубоко недоношенных детей характерна глянцеватая, как бы просвечивающая, темно-красная кожа, собранная в морщины, обильно покрытая густым пушком (lanugo) на конечностях, спине, лице. Пупок расположен низко в нижней трети живота. Зрачки затянуты как бы «флером» от присутствия зрачковой оболочки. Ногти тонкие, не всегда доходят до краев ногтевого ложа. Хрящи ушных раковин мягкие. У девочек широко открытая багрово-красная половая щель с выступающими нимфами и клитором. У мальчиков пустая, очень красная мошонка, без яичек.

У более зрелых недоношенных детей недостаточность подкожного жирового слоя, морщинистая кожа и старческий вид лица выражены резко, но цвет кожи менее красный, она скорее бледно-розовая. Первичный волосяной покров (лануго) покрывает в основном разгибательные поверхности конечностей, спину и в меньшей степени лицо. На голове короткие волосы. Ногти длинные, чаще всего доходят до конца ногтевого ложа, но очень тонкие. Пупок располагается несколько выше над симфизом. В мошонке одно или оба яичка, но не спустившиеся до дна и лежащие в верхней половине ее и легко уходящие в паховые кольца при надавливании.

Для недоношенных характерно деление тела в положении на боку на две разноцветные половины (нижняя – розового цвета, верхняя – белого). Длина головы при рождении в зависимости от степени недоношенности колеблется от  $1/4$  до  $1/3$  роста. Череп круглее, чем у доношенного новорожденного. Швы и роднички широко открыты. Кости черепа тоньше, часто заходят одна на другую (конфигурация костей черепа). Ядра окостенения в эпифизах длинных костей обычно отсутствуют. Молочные железы развиты слабо, как правило, не выделяют молозивоподобного секрета. Недоношенные дети склонны к отекам подкожной клетчатки, а при нарушениях в уходе может развиваться отек кожи и подкожной (склередема).

К физиологическим признакам недоношенности относятся: снижение мышечного тонуса; конечности вытянуты; глубокая незрелость центральной нервной системы; ребенок сонный и вялый; двигательная активность снижена, мимика обеднена; рефлексy снижены или отсутствуют; ребенок склонен к срыгиванию, метеоризму и поносу; несовершенство терморегуляции, особенно 2-3 недели, потеря массы тела 12-14% ввиду недостаточной адаптации ребенка. Надо заметить, что ни один из указанных признаков, взятый в отдельности, не может служить абсолютным критерием для определения недоношенности, только совокупность их позволяет судить о преждевременном рождении ребенка.

Характерно, что младенцы, рожденные преждевременно, отличаются и низкой массой тела, и несовершенством большинства жизненно важных систем, с чем и связана высокая частота перинатальной заболеваемости и смертности. Более чем половина летальных исходов среди новорожденных обусловлена преждевременными родами, что объясняется низкой массой тела, его незрелостью и сопутствующим внутриутробным инфицированием плода.

Самыми важными материнскими факторами риска в развитии перинатальных инфекционных заболеваний у недоношенных новорожденных являются сердечно-сосудистые заболевания и инфекционные процессы различной этиологии и локализации (воспалительные заболевания почек и мочеполовой системы, острые вирусные респираторные инфекции).

На долю недоношенных детей приходится 60-70% ранней неонатальной смертности и 65-70% детской смертности. Мертворождаемость при преждевременных родах встречается в 8-13 раз чаще, чем при своевременных родах. Перинатальная смертность недоношенных детей в 33 раза выше по сравнению с аналогичным показателем у доношенных новорожденных. Осложнениями, приводящими к гибели недоношенного ребенка, являются, как правило, гипоплазии легких, аномалии развития, внутричерепные кровоизлияния, сепсис.

При угрозе прерывания беременности, как правило, происходит нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока и развитие гипоксии плода. Развитие асфиксии при рождении недоношенных детей приводит к более выраженным клинико-неврологическим проявлениям, многие из которых сохраняются до 5 суток жизни, нарушению рефлексов орального и спинального автоматизма. Течение периода ранней адаптации у недоношенных новорожденных тесно коррелирует с гестационным возрастом, массой тела при рождении и степенью перенесенной асфиксии при рождении.



## 1.2 Факторы риска преждевременных родов

Преждевременные роды являются одной из важнейших проблем современного акушерства. Частота преждевременных родов, по мнению отечественных специалистов, колеблется от 10 до 12%. По данным зарубежных авторов, частота преждевременных родов составляет от 5 до 18%. На сегодняшний день описаны десятки причин, приводящих к рождению ребенка на раннем сроке гестации:

### 1. Социально-биологические факторы:

- Возраст первородящей женщины до 18 лет и старше 35 лет;
- Возраст отца моложе 18 и старше 50 лет;
- Особенности конституции женщины: низкорослость (рост менее 150 см) и масса на 25% выше или ниже нормы, субтильность;
- Состояние психического здоровья женщины во время беременности. Сидоровым А.Е. (2003) было установлено, что у женщин с пограничными психическими нарушениями угроза преждевременных родов отмечается в 3,3 раза чаще.

### 2. Клинические (медицинские) факторы:

- Акушерско-гинекологический анамнез (характер менструального цикла, исходы предыдущих беременностей и родов, гинекологические заболевания, пороки развития матки, малый промежуток между родами);
- Экстрагенитальные заболевания (острые инфекции во время беременности, пороки сердца, гипертоническая болезнь, заболевания почек, сахарный диабет);
- Осложнения настоящей беременности (тяжелые гестозы, резус-сенсibilизация, антифосфолипидный синдром, многоводие, многоплодие, предлежание плаценты);

– Эндокринные нарушения (гиперандрогения надпочечникового и яичникового генеза, нарушение функции щитовидной и поджелудочной желез).

3. Социально-экономические факторы:

- Отсутствие или недостаточность медицинской помощи;
- Плохое питание беременной, наличие авитаминозов;
- Неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, низкий уровень материальной обеспеченности семьи;
- Наличие у женщины и у мужчины профессиональных вредностей, вредных привычек (алкоголизм, токсикомания, курение, наркомания);
- Неблагоприятная климатическая и экологическая среда обитания.

4. Психосоциальные факторы:

- Незапланированная беременность;
- Нежеланная беременность;
- Эмоциональная напряженность в семье: дисгармоничные отношения с супругом, близкими родственниками;
- Течение беременности на фоне значительных повседневных перегрузок;
- Хроническая психотравмирующая ситуация, на фоне которой протекает беременность, угрожающая нарушением границ, утратой значимых ценностей, здоровья, жизни;
- Стресс и связанная с ним психическая травма, то есть событие высокой интенсивности, превышающее приспособительный потенциал беременной и приводящее к нарушениям адаптации.

Как юный, так и зрелый возраст матери ведет к ряду дополнительных факторов, влияющих на возникновение репродуктивных патологий, что обусловлено возрастными особенностями эндокринной функции гипоталамо-

гипофизарно-яичниковой системы и сосудистым обеспечением гестационного процесса.

Позднее материнство является сегодня главной особенностью рождаемости и обусловлено объективными причинами: материально-экономическими, социальными, психологическими.

В то же время это чрезвычайно важный фактор не только в социологическом и демографическом аспектах, но и в акушерской и перинатальной клинической практике, поскольку поздний возраст беременной женщины является самостоятельным фактором риска развития патологии, как у матери, так и у плода.

Второй триместр является важным периодом гестации, когда в организме будущей матери происходит гормонально-метаболическая перестройка: гипертрофия миометрия и восстановление сократительной активности матки; увеличение количества околоплодных вод и объема циркулирующей крови; расширение и удлинение сосудистой сети матки и влагалища; интенсивный ангиогенез в плаценте, становление ее эндокринной активности, морфофункциональное формирование фетоплацентарного комплекса. Неблагоприятное течение гестационного периода у женщин с угрозой прерывания беременности во втором триместре обусловлено влиянием комплекса факторов, способствующих развитию фетоплацентарной недостаточности, сопровождающейся задержкой роста плода, гестоза, анемии беременных, острых инфекций различной локализации и угрозы прерывания беременности в первом триместре.

Диагностические возможности медицины растут с каждым днем, но даже на современном уровне развития медицинской науки полностью выяснить причины преждевременных родов не представляется возможным в связи с тем, что в каждом отдельном случае имеет место сочетание нескольких факторов. Но все же одним из ведущих факторов риска в формировании угрозы прерывания беременности являются неспецифические инфекционные заболевания влагалища.

Самыми важными материнскими факторами риска в развитии перинатальных инфекционных заболеваний у недоношенных новорожденных являются сердечно-сосудистые заболевания и инфекционные процессы различной этиологии и локализации (воспалительные заболевания почек и мочеполовой системы, острые вирусные респираторные инфекции).

Среди многочисленных причин невынашивания беременности значимая роль принадлежит воспалительным заболеваниям половых органов, большинство из которых имеет инфекционную природу. В современных исследованиях не оспаривается значение инфекционной патологии как угрозы прерывания беременности и преждевременных родов. Среди инфекционных агентов отмечается разнообразный спектр возбудителей: наряду с патогенной, в настоящее время доказана значимая роль условно-патогенной микрофлоры. Прослеживается четкая параллель между наличием у женщины инфицирования возбудителем сифилиса, гонореи, хламидиоза, трихомоноза, микоплазмоза, стрептококка и частотой преждевременных родов.

Истмикоцервикальная недостаточность как патологическое состояние, характеризующееся недостаточностью перешейка и шейки матки, часто приводит к преждевременным родам во II и III триместрах. Истмикоцервикальная недостаточность является частой причиной самопроизвольному прерыванию беременности в сроках с 16 до 36 недели. В последнее время наблюдается рост частоты встречаемости данного осложнения беременности. Среди причин – увеличение частоты встречаемости эндокринной патологии, многоплодия, дисплазий соединительной ткани, беременностей после экстракорпорального оплодотворения.

Ряд авторов одной из причин преждевременных родов называют наличие аборт и послеабортных осложнений в анамнезе. Преждевременный разрыв плодных оболочек, при преждевременных родах

отмечается в два раза чаще, чем при срочных родах. Таким образом, существует прямая корреляционная зависимость между частотой абортотв и частотой преждевременного разрыва плодных оболочек. Степень корреляции возрастает при наличии в анамнезе нескольких абортотв, особенно, протекавших с воспалительными осложнениями, при отсутствии реабилитационных мероприятий и послеабортотв наблюдения, а также при коротком интервале между абортотв и последующей беременностью. Подобный анамнез увеличивает риск преждевременных родов и поздних самопроизвольных абортотв.

У повторнородящих женщин с преждевременными родами в сравнении с первородящими, средняя масса новорожденных меньше, средняя оценка по шкале Апгар ниже, а частота переводов детей на второй этап выхаживания выше. Вероятно, худшие перинатальные исходы у повторнородящих имеют тесную связь с накоплением различной генитальной и экстрагенитальной патологии; отягощенным репродуктивным анамнезом.

К причинам преждевременных родов также можно отнести сахарный диабет, особенно его скрытые формы. У женщин с сахарным диабетом гораздо выше частота невынашивания беременности. При сахарном диабете первого типа она составляет 28,6%, при этом четко прослеживается связь с декомпенсированными формами сахарного диабета и гипергликемией. При использовании современных методов коррекции гипергликемии, неблагоприятных осложнений нарушений углеводного обмена удалось снизить частоту преждевременных родов, однако в 9,3% случаев беременность заканчивается преждевременными родами за счет тяжелого течения сахарного диабета и присоединившегося гестоза.

Особое место среди случаев спонтанного прерывания беременности занимают преждевременные роды в гестационном сроке до 27 недель. Если достижения неонатологии позволяют успешно адаптировать к внеутробной жизни детей со сроком гестации более 28 недель, то рождение экстремально недоношенного новорожденного является трагедией для семьи и для

общества, поэтому научные усилия специалистов всего мира направлены на поиск возможностей прогнозирования и профилактики преждевременных родов в такие сроки.

С учетом литературных данных отечественных и зарубежных исследователей, можно сделать вывод о полиэтиологичной природе угрозы преждевременных родов. Преждевременные роды по своей сути являются универсальным интегрированным ответом женского организма на любое выраженное неблагополучие в состоянии здоровья беременной или плода, чаще всего связанное с перенесенными инфекциями, эндокринной патологией и другими неблагоприятными факторами внутренней среды организма.

### 1.3 Роль акушерки в профилактике преждевременных родов

В настоящее время актуализировалась необходимость медико-социологического анализа современной практики подготовки беременной женщины к выполнению роли матери, с целью корректировки деятельности медицинских учреждений в данном направлении, а именно, повышения качества оказания медико-социальной и психологической помощи беременным женщинам, так как именно на этапе беременности закладываются основные алгоритмы поведения будущей матери.

Акушерка должна проводить санитарно-просветительную работу в школах начиная с 5 класса, с женщинами репродуктивного возраста.

Санитарно-просветительная работа со школьниками 5-8 классов должна заключаться в представлении о:

- изменениях в организме девочек в период полового созревания.
- сроках нормального полового развития.
- общих понятиях о менструальном цикле.
- необходимости посещения гинеколога девочками.

- борьбе со страхами взросления.
- изменениях, происходящих с кожей, обращении к дерматологу (косметологу), способы ухода за проблемной кожей.

- рекомендациях о правилах личной гигиены.

Необходимые сведения, надлежащие освещению при санитарно-просветительной работе со школьниками 9-11 классов, должны содержать информацию о:

Общих сведениях о половой жизни.

- Правилах и принципах соблюдения личной гигиены.
- Основных методах контрацепции. Мотивации на посещение гинеколога, а не самостоятельный подбор препаратов.
- Сведениях об опасности беспорядочных половых связей, к чему они приводят.
- Заболеваниях передающихся половым путем, какие существуют, путях передачи, в чем их опасность, течении заболеваний.
- Подробном рассказе о СПИДе. Причинах, путях его передачи.
- Аборте. Его последствиях.

Санитарно-просветительная работа и диспансеризация среди женщин от 18 лет, с целью профилактики заболеваний и их раннего выявления, должна заключаться в:

- Мотивации на посещение врача гинеколога 2 раза в год, для раннего выявления заболеваний.
- Объяснении женщинам опасности самолечения. Объяснения цели и преимущества посещения гинеколога.

Акушерка должна проводить санитарно-просветительные работы по проблеме антенатальной и перинатальной патологии у всех беременных для исключения какого-либо заболевания плода или новорожденного.

При ведении беременности акушерка должна заподозрить возможность наступления преждевременных родов в ходе оценки факторов риска данной

патологии, а также проводить своевременную профилактическую работу по борьбе с подобным осложнением беременности.

Нормальное развитие плода может быть обеспечено при условии раннего наблюдения за течением беременности, состоянием здоровья женщины, условиями ее жизни, так как именно в первые недели беременности эмбрион наиболее чувствителен к различным воздействиям внешней и внутренней среды. Поэтому один из важнейших аспектов антенатальной охраны плода – дородовый патронаж беременных.

Акушерка должна посетить беременную женщину на дому два раза в целях ознакомления с условиями ее жизни, проведения беседы об антенатальной охране плода, личной гигиене. При выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений возрастает.

При проведении первого и второго дородового патронажа акушерка должна восполнить дефицит знаний у беременной в вопросах организации рационального питания, режима и распорядка дня, характера физической нагрузки, рациональной одежды.

Кроме того, акушерке необходимо провести беседу с беременной о необходимости избегать стрессовых ситуаций, контактов с инфекционными больными, табакокурения и употребления алкогольных напитков, возможных профессиональных вредностях, с целью снижения развития факторов риска преждевременных родов.

Анамнез в ходе дородового патронажа помогает акушерке выяснить основные факторы риска развития преждевременных родов:

Семейный анамнез дает представление о состоянии здоровья членов семьи, проживающих вместе с беременной (наличие туберкулеза, алкоголизма, венерических заболеваний, злоупотребления курением), и наследственности (многоплодные беременности, сахарный диабет, онкологические заболевания, туберкулез, алкоголизм).

Необходимо получить сведения о перенесенных женщиной заболеваниях, таких как: краснуха, хронический тонзиллит, болезни почек,



легких, печени, сердечно-сосудистой системы, эндокринная патология, повышенная кровоточивость; операции в анамнезе, переливания крови, аллергические реакции.

Акушерско-гинекологический анамнез должен включать сведения об особенностях менструальной и генеративной функций, в том числе о количестве беременностей, интервалов между ними, многоводии, многоплодии, продолжительности, течении и их исходе, осложнениях в родах, после родов и аборт, массе новорожденного, развитии и здоровье имеющихся в семье детей, использовании контрацептивных средств. Необходимо уточнить возраст и состояние здоровья мужа, его группу крови и резус-принадлежность, а также наличие профессиональных вредностей и вредных привычек у супругов.

Отрицательное влияние производственных факторов на организм беременной и плода исключается при строгом соблюдении трудового законодательства, в том числе законов, охраняющих здоровье трудящихся женщин и их потомства.

При нарушениях охраны труда и случайных обстоятельствах возможно действие неблагоприятных факторов на мать и плод. Патогенными могут быть как физические факторы (вибрация, гипер- и гипотермия, ионизирующее излучение) так и химические вещества (ртуть, бензол, ацетилен, сероводород, сероуглерод, сурьма, ацетон, метанол, хлоропрен, стирол, формальдегид, некоторые пестициды).

Во время беременности женщина должна категорически исключить прием каких бы то ни было лекарственных препаратов без консультации с врачом или акушеркой.

Акушерка должна рассказать также о диете во время беременности с целью снижения риска развития ожирения, дистанционного сахарного диабета или гипергликемии. Рекомендуется ограничить жареное, жирное, соленое, копченое, острое, приправы, консервы, кофе, крепкий чай. В рационе желательны натуральные, свежеприготовленные блюда. Имеет

значение ограничение продуктов, содержащих облигатные аллергены: мед, цитрусовые, клубника, малина, помидоры, красная рыба, яйца, шоколад. Особенно это важно для беременных, имеющих неблагоприятный аллергоanamnez.

Калорийность суточного рациона беременной женщины несомненно должна увеличиться в зависимости от срока на 20-50%. Очень полезны продукты, богатые животным белком, так как именно из аминокислот идет основное строительство клеток плода. Мясо, молочные продукты, рыба должны быть ежедневно в рационе беременной (мясо или рыба 200 граммов, творог 150 граммов, сыр 50 граммов, молоко или кисломолочные продукты 500 мл). Очень полезны так же продукты, богатые витаминами, растительной клетчаткой (свежие овощи и фрукты).

Принимать пищу желательно чаще, небольшими порциями (не реже 4 раз в день). В первую половину беременности употребление жидкости не ограничивают. Во второй половине беременности жидкость и соль ограничиваются. Целесообразность применения поливитаминов и препаратов кальция необходимо обсудить с лечащим врачом.

Беременной желательно несколько снизить режим умственной и физической активности. Она должна полноценно отдыхать (сон 10 часов в сутки), избегать эмоциональных стрессов, психологического перенапряжения.

Беременной важно остерегаться инфекционных заболеваний, поэтому необходимо не контактировать с больными или носителями инфекции. В период эпидемий не бывать в местах скопления людей.

Если беременность протекает без осложнений, то после консультации с врачом-гинекологом, акушерка может рекомендовать легкие физические упражнения без поднятия тяжестей. Особенно полезна дыхательная гимнастика, упражнения, укрепляющие мышцы брюшного пресса и промежности беременной. Рекомендуется больше бывать на свежем воздухе, совершать пешие прогулки.

При возникновении у беременной физиологических или психологических проблем акушерка должна поспособствовать срочному обращению за помощью к врачу-гинекологу. Акушерке также необходимо осуществлять контроль за регулярным посещением беременной женщиной женской консультации.

При возникновении факторов риска развития преждевременных родов экстренная или плановая госпитализация беременной является главной задачей акушерки. Своевременная госпитализация позволяет снизить риск развития преждевременных родов и перинатальную смертность в 8 раз по сравнению с группой женщин, подлежащих стационарному лечению, но своевременно не госпитализированных.

С целью снижения риска развития преждевременных родов наблюдение беременных должны осуществлять в следующие сроки:

- в первую половину беременности – 1 раз в месяц;
- с 20 до 28 недель – 2 раза в месяц;
- с 28 до 40 недель – 1 раз в неделю (10-12 раз за время беременности).

Таким образом, необходимо интенсивное динамическое наблюдение беременных, ранняя диагностика возможности преждевременных родов в ходе дородового патронажа, своевременное восстановление нормоценоза влагалища, что позволит оптимизировать тактику ведения беременности, а своевременное применение комплекса разработанных лечебных мероприятий снизит частоту преждевременных родов.

## ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

### 2.1 Анализ статистических данных преждевременных родов

На первом этапе исследования были изучены показатели преждевременных родов в Республиканской больнице №1 «Национальный центр медицины» родильного отделения.

Установлено, что в 2015 году всего было 2260 родов. Среди них преждевременных родов было 545 случаев, из них сверхранних родов (от 22 до 28 нед) – 44 (2%) случаев (табл. 1, рис. 1).

Таблица 1

Структурно-количественный анализ родов за период 2015 года

Вариант родов	Количество случаев	
	Абс.	%
Преждевременные в т. ч.		
Сверхранние	44	2,0
Своевременные	1671	76,2
<b>Итого</b>	<b>2260</b>	<b>100</b>

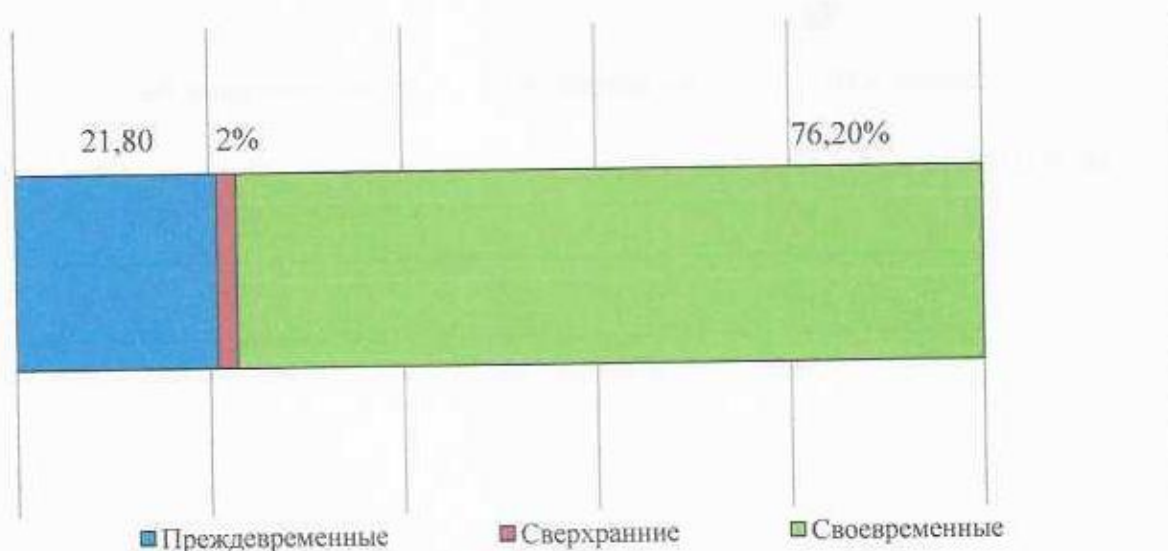


Рис. 1. Структурно-количественный анализ родов за период 2015 года.

В 2016 году показатели преждевременных родов составили 511 случаев из 2254 родов. При этом, сверххранние роды были в 50 (2,1%) случаях (табл. 2, рис. 2).

Таблица 2

Структурно-количественный анализ родов за период 2016 года

Вариант родов	Количество случаев	
	Абс.	%
Преждевременные в т. ч.	461	20,5
Сверххранние	50	2,1
Своевременные	1743	77,4
<b>Итого</b>	<b>2254</b>	<b>100</b>

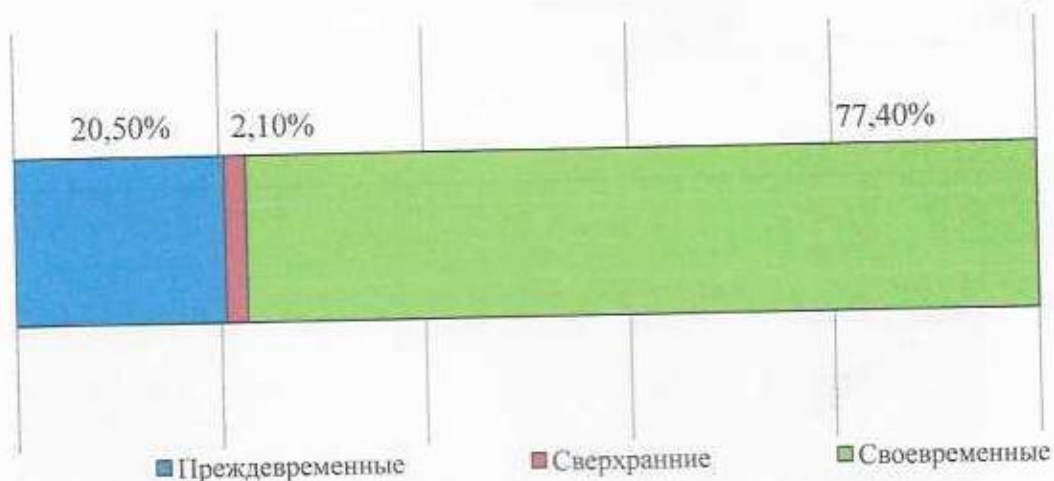


Рис.2. Структурно-количественный анализ родов за период 2016 года.

При анализе показателей преждевременных родов в 2017 году установлено, что на долю данной патологии беременности пришлось 531 случай, сверххранние роды же наблюдались у 56 (2,5%) женщин (табл.3, рис.3).

Таблица 3

Структурно-количественный анализ родов за период 2017 года

Вариант родов	Количество случаев	
	Абс.	%
Преждевременные в т. ч.	475	21,0
Сверххранние	56	2,5
Своевременные	1727	76,5
<b>Итого</b>	<b>2258</b>	<b>100</b>



Рис.3. Структурно-количественный анализ родов за период 2017 года.

Сравнив показатели преждевременных родов за период 2015-2017 гг., установлено, что большинство преждевременных родов, включая роды сверхранние, наблюдалось в 2015 году – 23,80% (рис. 4).

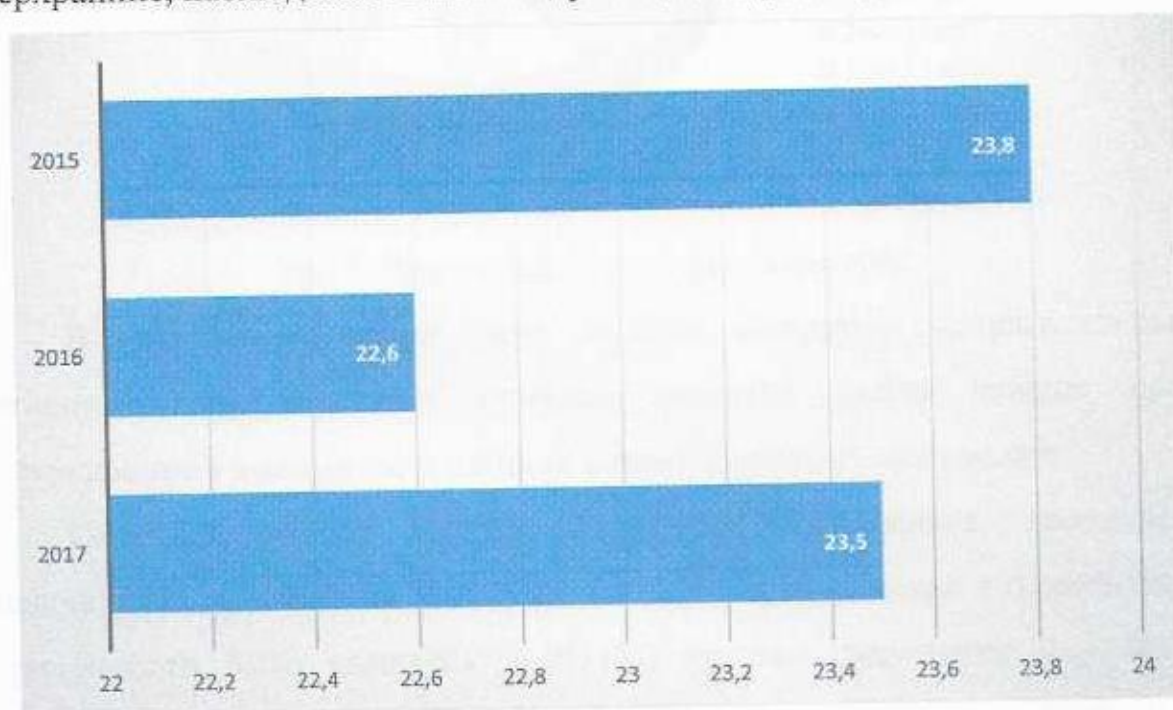


Рис.4.

С целью обоснования необходимости оказания медицинской специализированной помощи при выявлении основных факторов риска развития преждевременных родов было проведено исследование в виде анализа историй родов.

Известно, что возраст первородящей женщины до 18 лет и старше 35 является важным социально-биологическим фактором риска развития преждевременных родов. В ходе исследования установлено, что 11(42%) пациенток были в возрасте от 15 до 18 лет. 4 (15%) пациенток оказались в возрасте от 19 до 25, 2(8%) пациенток – от 26 до 35 лет, от 36 до 41 лет – 9 (35%) женщин (рис.5).

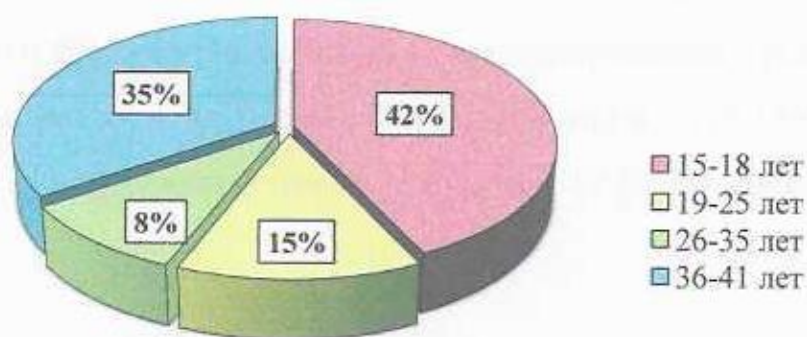


Рис.5. Возрастная структура пациенток.

В ходе исследования были изучены основные экстрагенитальные патологии, как серьезная причина развития родов раньше срока, встречающиеся в анамнезе у женщин с преждевременными родами.

Сахарный диабет встретился у 6(23%) пациенток, хронический пиелонефрит наблюдался у 3(11%) женщин, артериальная гипертензия до беременности была выявлена у 8(31%) человек, ревматизм – у 4(15%) пациенток, наличие аллергических реакции – у 3(12%) пациенток, и без экстрагенитальной патологии было всего 2 (8%). Рис.6.

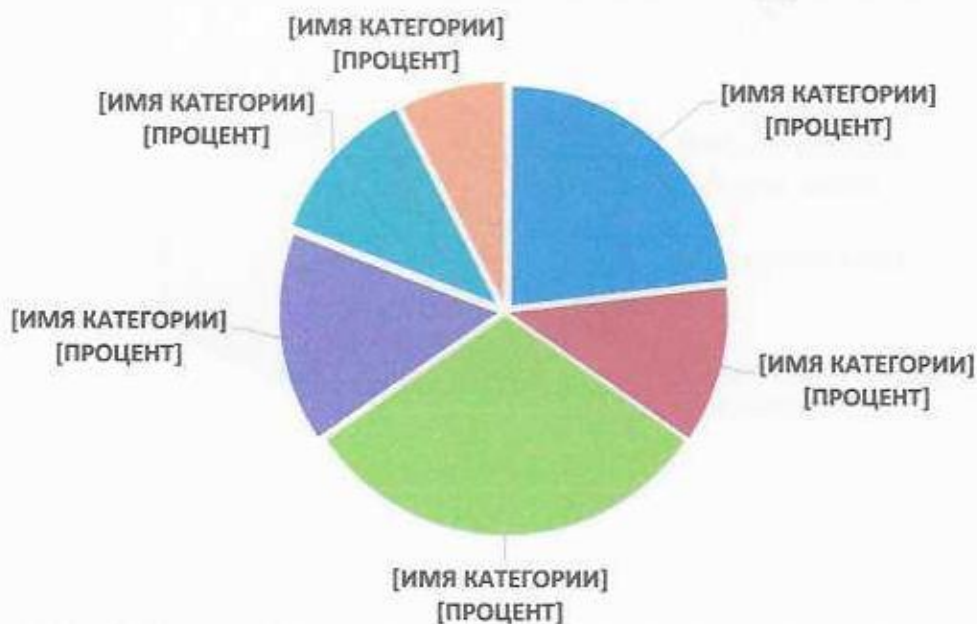


Рис.6. Структурно-количественный анализ экстрагенитальной патологии.



Далее были изучены данные акушерско-гинекологического анамнеза, как серьезного фактора риска развития преждевременных родов. Нарушение менструального цикла до беременности встретилось у 9 (35%) женщины и нормальный менструальный цикл встретился у 17 (65%) женщин (рис. 7).

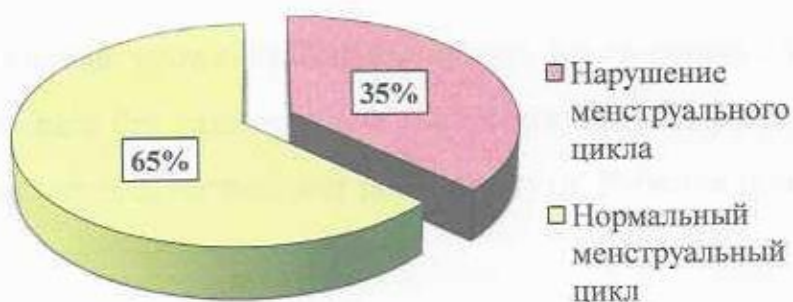


Рис. 7. Течение менструального цикла до беременности.

Установлено, что у 4 (15%) женщин была многоплодная беременность, крупный плод был выявлен у 6 (23%) пациенток и беременность без особенностей наблюдалось у 16 (62%) (рис. 8).



Рис. 8. Особенности беременности женщин с преждевременными родами.

## 2.2 Анализ причин преждевременных родов

На практике я наблюдала 5 случаев преждевременных родов, причинами которых явились различные патологии со стороны матери, которые привели к тому, что ребенок родился с низкой массой тела и с определенной патологией.

Первый случай: срок гестации 34 недели. Беременность у данной женщины протекала без каких-либо осложнений, возраст рожавшей 37 лет. Родоразрешили через естественные родовые пути. Ребенок родился с массой тела 2200г.

Второй случай: срок гестации 32 недели. У данной женщины наблюдалась анемия и многоплодная беременность. Родоразрешили путем кесарево сечения. Вес новорожденных-1900 и 1820г.

Третий случай: срок гестации 32 недели. У женщины наблюдалось плацентарная недостаточность, также в анамнезе было диагностическое выскабливание полости матки и рубец на матке. Родоразрешили путем кесарево сечения. Ребенок родился с гипоксией и масса тела составила 1970г.

Четвертый случай: срок гестации 29 недель. У данной женщины наблюдалось предлежание плаценты. Родоразрешили путем экстренного кесарево сечения. Ребенок родился с гипоксией и масса тела составило 1600г.

Пятый случай: срок гестации 28 недель. У женщины наблюдался токсикоз беременных, повышенная артериальная гипертензия. Родоразрешили путем кесарево сечения. Ребенок родился с респираторным дистресс синдромом и очень низкой массой тела 1215г.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе изучения теоретических основ мы пришли к выводу, что возникновению преждевременных родов способствуют различные факторы, например стрессы, патологии репродуктивной системы, экстрагенитальные заболевания и инфекции различной локализации. Важно отметить, что грамотно составленный индивидуальный план ведения беременной женщины, разъяснение особенностей питания и образа жизни повышает качество медицинской помощи, способствует сохранению репродуктивного здоровья женщины, благоприятному течению беременности и родов.

В ходе проведенного исследования было установлено, что преждевременные роды больше всего наблюдались в 2015 году (23,80%). На основании исследования статистических данных можно сделать вывод, что преждевременные роды являются серьезной проблемой современного акушерства.

В ходе наблюдения за случаями преждевременных родов, мы пришли к выводу, что любая патология со стороны матери может привести к преждевременным родам и способствовать рождению недоношенных детей. Таким образом, раннее выявление факторов риска на этапе предгравидарной подготовки и во время беременности, а также правильное ведение родов может снизить частоту возникновения как самих преждевременных родов, так и осложнений со стороны плода.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

### Нормативно-правовые акты:

1. Приказ Минздрава РФ от 28.12.1993 N 302 "Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности" (вместе с "Инструкцией о порядке разрешения операции искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям")
2. Приказ Минздрава РФ от 01.11.2012 N 572н (ред. от 17.01.2014) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".
3. Приказ Минздрава РФ от 07.04.2006 N 256 «Об утверждении стандарта медицинской помощи женщине с привычным невынашиванием беременности».

1. Айламазян Э.К. Гестоз: теория и практика / Э.К. Айламазян, Е.В. Мозговая. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 272 с.

2. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 1200 с.

3. Гинекология: Национальное руководство под редакцией Г.М. Савельевой, 2013. – С. 376-377.

4. Дзигуа М.В. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни, 2014 – С. 126.

5. Мальцева Л.И. Микоплазменная инфекция в акушерской и перинатальной патологии / Л.И. Мальцева, Т.П. Зефирова, Л.А. Лобова [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2015. – Т. 86, № 2. – С. 131-135.

6. Меджидова М.К., Донников А.Е., Балушкина А.А. Микробиоценоз влагалища и его особенности у беременных перед родами // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2012. –Т. 11. – С. 38-46.
7. Михнина Е. А. Морфофункциональное состояние эндометрия у женщин с бесплодием и невынашиванием беременности.: Автореф. дис. д-ра. мед. наук. – СПб. –2012. – 34 с.
8. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство под редакцией В.Н. Серова. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2012. – 125 с.
9. Петченко, А.И. Акушерство: руководство для врачей и студентов / А.И. Петченко. – Киев. 2014. – 644 с.
10. Роговская С.И., Липовая Е.В. Шейка матки, влагалище, вульва. Физиология (патология), кольпоскопия, эстетическая коррекция, 2014. – С.282.
11. Степанова Р.Н.: Практические умения по акушерству и гинекологии. – Ростов н/Д: Феникс, 2010. – 635 с.
12. Тришкин А.Г. Тактика ведения беременных с задержкой роста плода / А.Г. Тришкин, Н.В. Артымук, Е.С. Бикметова // Доктор. Ру. – 2012. – № 7. – С. 69-73.
13. Хамадьянов У.Р. Невынашивание беременности инфекционного генеза. Современные подходы к лечению / У.Р. Хамадьянов, Д.Ф. Абсалямова // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. – 2014. – Т. 6, № 5. – С. 29.
14. Чотчаева А.И. Профилактика осложненного течения беременности во втором триместре: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.И. Чотчаева; [Место защиты: РУДН]. – М., 2013. – 24 с.
15. Штанова, К.Ф. Патронажная акушерка женской консультации / К.Ф. Штанова, Л.И. Иванюта. – Киев: Медицина, 2013. – 255 с.

16. Щербаков В.И. Преждевременные роды и новые стратегии их коррекции [Текст]: обзор литературы / В.И. Щербаков, Л.И. Еремеева // Бюл. СО РАМН. – 2012. – № 3. – С. 38-109.