

С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

ASFENDIYAROV KAZAKH NATIONAL
MEDICAL UNIVERSITY

СӨЖ

Тақырыбы: Мезгілінен кеш босанудың индукциясы.

Орындаған: Тасболат М.А.
Топ: ОМ14-026-1к
Тексерген: Сексенова А.Б.

Индукцированными называют искусственно вызванные роды. При этом решение о завершении беременности принимается при отсутствии схваток и целом плодном пузыре. Стимуляция родов — вмешательство, направленное на возбуждение и усиление родовой деятельности.

Показаниями для возбуждения родов считаются:

- Переношенная беременность (40 и более недель)
- Наличие признаков перезрелости плода, симптомов его страдания из-за недостатка кислорода и питательных веществ, то есть его гипоксия и гипотрофия.
- Заболевания матери, не поддающиеся лечению во время беременности и требующие срочного родоразрешения.
- Осложнения беременности, такие как прогрессирующий гестоз или резус-конфликт
- Внутриутробная гибель плода и аномалии его развития, несовместимые с жизнью (при позднем их выявлении).

Индукцированные роды

- 1. Преждевременные**
- 2. Своевременные**
- 3. Запоздалые**

Когда нельзя индуцировать роды:

- ❖ Предлежание плаценты.
- ❖ Узкий таз II–III степени, когда роды через естественные родовые пути невозможны.
- ❖ Тазовое предлежание плода, неправильное положение плода.
- ❖ Выраженное страдание плода, в этом случае слабый малыш не сможет перенести роды.
- ❖ Тяжелые заболевания матери и состояния не позволяющие рассчитывать на то, что женщина сможет родить без осложнений для своего здоровья.

Условия для индукции родов:

- Готовность женщины к родам, которая определяется с помощью ряда тестов (маммарный тест, окситоциновый тест). Если организм женщины не готов к родам, то их индукция не будет иметь успех, и придется делать кесарево сечение.
- Зрелость шейки матки, которая оценивается при ее прощупывании. Шейка матки должна быть мягкой, короткой и проходимой для пальца врача, в противном случае она не раскроется или возникнет риск ее разрывов.
- Положение предлежащей части плода, а точнее ее низкое расположение. Головка плода должна давить на внутренний зев шейки матки и способствовать ее раскрытию

Подготовка к родам

- **Половой контакт.** Содержащиеся в семенной жидкости гормоны (простагландины) способствуют «созреванию» шейки матки, оргазм вызывает повышение тонуса матки и стимулирует схватки.
- **Массаж сосков** повышает возбудимость миометрия. Рекомендуется три раза в день по 10–20 минут.
- **Длительные прогулки** способствуют продвижению головки в малый таз, раскрытию шейки матки и началу родов.

Электростимуляция шейки матки для ее созревания раскрытия — безболезненная и высокоэффективная процедура.

Внутришеечное введение ламинарий или катетера Фолея (эффект наступает в течение 12 часов). Опасность — преждевременный разрыв плодных оболочек и инфицирования.

Медикаментозные методы:

Введение простагландинов в виде вагинальных таблеток или геля в 57% случаев приводит к созреванию шейки матки и началу родов в течение 12 часов. В 78% случаев ребенок рождается на свет естественным образом, в 22% врачи прибегают к экстренному кесареву сечению.

Стимуляция мифепретоном проводится при гипертонусе матки, внутриутробном страдании плода и противопоказаниях к использованию простагландинов

I. Незрелая шейка матки (по Бишопу менее 6 баллов)

1. Природные дилататоры (ламинарии) - 1 раз в сутки до созревания шейки матки, максимально до 3-х дней.
2. Простагландины E2 - мизопростол - 25-50 мкг (% или % таблетки 200 мкг) каждые 6 часов интравагинально (в задний свод влагалища) до созревания шейки матки. Не использовать более 50 мкг на одно введение. Не превышать общую суточную дозу 200 мкг.
3. Простагландины E2 - динопростон.

Интравагинальное применение:

- 1 мг и повторно 1 мг или 2 мг через шесть часов при необходимости;
- 1 мг каждые шесть часов до 3-х доз;
- 2 мг каждые шесть часов до 3-х доз;
- 2 мг каждые 12 часов до 3-х доз.

Интрацервикальное применение:

- 0,5 мг каждые шесть часов до 3-х доз;
- 0,5 мг каждые шесть часов до 4-х доз (на протяжении двух дней);
- 0,5 мг 3 раза в день до двух дней.

Родовозбуждение путем введения окситоцина внутривенно капельно после 6-12 часов с момента применения простагландинов.

Правила использования мизопростола:

- информирование беременной и получение письменного согласия;
- после введения простагландина необходимо полежать в течение 30 минут;
- провести КТГ контроль или аускультацию плода;
- при появлении условий (зрелая шейка матки) перевести в родильный блок, провести амниотомию. При отсутствии спонтанной родовой деятельности в течение 2-х часов начать родовозбуждение окситоцином по схеме.

II. Созревающая шейка матки (по шкале Бишопа 6-8 баллов)

1. Природные дилататоры (ламинарии) - 1 раз в сутки до созревания шейки матки, максимально до 3-х дней.
2. Простагландины E2 - мизопростол - 25-50 мкг (% или % таблетки 200 мкг) каждые 6 часов интравагинально (в задний свод влагалища) до созревания шейки матки. Не использовать более 50 мкг на одно введение. Не превышать общую суточную дозу 200 мкг.

1.1.6. Простагландины E2 - динопростон.

Интравагинальное применение:

- 1 мг и повторно 1 мг или 2 мг через шесть часов при необходимости;
- 1 мг каждые шесть часов до 3-х доз;
- 2 мг каждые шесть часов до 3-х доз;
- 2 мг каждые 12 часов до 3-х доз.

Интрацервикальное применение:

- 0,5 мг каждые шесть часов до 3-х доз;
- 0,5 мг каждые шесть часов до 4-х доз (на протяжении двух дней);
- 0,5 мг 3 раза в день до двух дней.

Введение окситоцина внутривенно капельно после 6-12 часов с момента применения простагландинов.

III. Зрелая шейка матки (по Бишопу 9 баллов и более):

1. **Пальцевая отслойка** нижнего полюса плодного пузыря проводится до начала родовозбуждения. Метод является простым в исполнении. Не требует затрат.

Пациентка должна быть информирована, что:

- процедура может быть болезненна;
- не увеличивает риск инфицирования;
- возможен ДРПО;
- кровотечение при низкорасположенной плаценте или оболочечном прикреплении сосудов пуповины.

Техника отделения плодных оболочек от нижнего полюса матки:

- информировать беременную и получить письменное согласие;
- уложить пациентку на спину;
- ввести 1 или 2 пальца в цервикальный канал и пилящими движениями отделить плодные оболочки от цервикального канала и нижнего сегмента матки;
- убедиться, что патологические выделения отсутствуют (кровь, воды);
- помочь беременной встать;
- занести данные в историю родов.

Схема введения окситоцина:

- 5 ЕД окситоцина развести в 500 мл изотонического раствора;
- введение начать с 4 кап./мин., что соответствует примерно 2 мЕд/ мин.;
- увеличивать скорость инфузии каждые 30 мин. (доза увеличивается - см. таблицу № 1) до достижения: 3 схватки за 10 мин. продолжительностью 40 сек. и более;
- поддерживать дозу окситоцина той концентрации, которая оказалась достаточной и продолжить введение окситоцина до родоразрешения и первые 30 мин. после родов;
- обязательна периодическая запись КТГ (каждый час, продолжительностью не менее 15 мин. исключая особые случаи, когда показано постоянное мониторирувание).
- в случае гиперстимуляции (любые схватки продолжительностью более 60 сек. частотой 5 и более за 10 мин.): остановить инфузию окситоцина и в/в медленно в течение 5-10 мин. провести токолиз гексапренолином в дозе 10 мкг, предварительно растворив в 10 мл 0.9% NaCl;
- адекватные схватки чаще достигаются при скорости введения 12 мЕд/мин., что примерно соответствует 20 кап./мин.;
- максимально допустимая скорость введения окситоцина - 20 мЕд/мин. (40 кап./мин.);
- в исключительных случаях, когда требуется превысить эту концентрацию, она не должна быть более 32 мЕд/мин. (64 кап./мин.);
- эффективность индукции оценивается через 4 часа с начала введения окситоцина.

Методы возбуждения родов

После того, как созданы условия для индукции родов, переходят непосредственно к их возбуждению. Выбор метода от многих факторов, в любом случае врача взвешивает все «за» и «против», чтобы свести к минимуму возможные риски для матери и ребенка.

В 50% случаев через 25–30 минут после амниотомии появляются первые схватки, если этого не случается в течение 2–3 часов, прибегают к медикаментозной стимуляции родов — введению средств, повышающих тонус матки (простагландинов или окситоцина и его производных).

На протяжении всех родов врач и акушерка следит за характером родовой деятельности и постоянно корректирует дозы вводимых препаратов.

Если в течение 3–5 часов не удастся добиться регулярных и эффективных схваток (до 5% случаев), роды завешают кесаревым сечением.

Амниотомия, или вскрытие плодных оболочек

Процедура безболезненная. Проводится в гинекологическом кресле. Врач вводит два пальца в цервикальный канал шейки матки и продвигает между ними специальный крючкообразный инструмент, которым рассекает плодные оболочки.

Излитие околоплодных вод способствует опусканию головки плода, дальнейшему раскрытию шейки матки и началу схваток.

Возможное осложнение — выпадение мелких частей тела плода или петель пуповины. К счастью, это бывает только в тех случаях, когда предлежащая часть располагается высоко (то есть не соблюдено одно из условий успешной индукции родов).

Отслаивание нижнего полюса плодного пузыря

С помощью этого метода удастся добиться начала родов через 72 часа у 2/3 беременных. Чаще всего он используется как подготовка к медикаментозному родовозбуждению.

Общие осложнения при индукции родов

- Гиперстимуляция матки, что проявляется сильными схватками, нарушением их ритма и приводит к увеличению риска разрыва матки.
- Отслойка плаценты может возникнуть как результат гиперстимуляции, в особенности при целом плодном пузыре.
- Повышение уровня билирубина в крови новорожденного, развитие желтухи.
- Выпадение петель пуповины и риск острой гипоксии плода.
- И все же следует отметить, что несмотря на возможность осложнений, индуцированные роды менее опасны для матери и ребенка, чем промедление в ситуациях, требующих срочного родоразрешения.
- Что касается планируемых родов, многие врачи против вмешательства в природу, и скорее всего это наиболее оправданный подход.

Қорытынды

Босану кезінде негізгі ауырсыну жатыр мойнында, одан соң күшену кезінде – іштің алдыңғы қабырғасының бұлшық еттері, ұрықтың сегізкөз – жатырлық байламасына күш түсіруі, қан тамырлары қабырғаларының жаншылуы себептерінен болады. Жүктілер босану кезіндегі ауырсыну жөнінде әрқилы әңгіме естіп, үрейлене жүреді. Осы үрейді, қорқынышты, шынымен ауырсынуды азайту үшін, ең бастысы психопрофилактикалық дайындық болып табылады. .

Психопрофилактикалық дайындық мақсаты – босану кезіндегі ауырсыну сезіміне қатар жүретін психогендік факторларды азайту, немесе жою, босану процесіне позитивті көз қарас қалыптастыру.

Источники и литература

1. Протоколы диагностики и лечения заболеваний МЗ РК (Приказ №239 от 07.04.2010)
2. <https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D0%B1%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C/13672>