

**Государственное бюджетное образовательное учреждение среднего  
профессионального образования города Москвы  
«Медицинский колледж имени Клары Цеткин  
Департамента здравоохранения города Москвы»**

**Методическая разработка**  
теоретического занятия - комбинированного урока  
по теме: «Переношенная беременность»

**ПМ.04 Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при  
патологическом течении беременности, родов, послеродового периода**

- **МДК.04.01. Патологическое акушерство**  
Для специальности: **31.02.02 Акушерское дело**

3 курс



2016 г.

Рассмотрена и утверждена на заседании ЦМК  
спец. дисциплин №2  
Протокол №\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_2016г.  
Председатель Бандас О.Ф.

**Составитель:**

Бандас О.Ф. – преподаватель акушерства и гинекологии медицинского колледжа имени Клары Цеткин, высшей квалификационной категории

**Рецензенты:**

Ушакова Ф. И. – преподаватель акушерства и гинекологии медицинского колледжа имени Клары Цеткин, высшей квалификационной категории

**Рецензия**

**на методическую разработку бинарного лекционного занятия по ПМ.04  
Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом  
течении беременности, родов, послеродового периода**

- МДК.04.01. Патологическое акушерство

Для специальности: **31.02.02 Акушерское дело** 3 курс

по теме: «Переношенная беременность»

Составитель: Бандас О.Ф., преподаватель акушерства и гинекологии  
медицинского колледжа имени Клары Цеткин

Настоящая учебно - методическая разработка написана в соответствии с  
требованиями Федерального государственного образовательного стандарта и  
рабочей программы профессионального модуля.

В составленной методической разработке теоретического занятия  
грамотно определены основные цели и задачи обучения, которые позволят  
студентам понять, что от профессиональных знаний и умений среднего  
медработника зависит жизнь и здоровье человека. Прослеживается чёткость,  
системность и последовательность в изложении материала. Работа написана  
доступным языком с соблюдением соответствующих требований и правил.  
Подробно изложены основные понятия темы, материал преподносится в  
доступной форме, подтверждается классификациями, иллюстрациями, слайд-  
презентацией, предоставляется наглядный материал.

Содержание материала обеспечивает развитие профессиональных компетенций,  
необходимых для оказания доврачебной помощи при перенашивании  
беременности.

Профессионально грамотное и методически обоснованное закрепление  
материала даёт возможность студентам полнее и глубже изучить сложный  
материал темы.

Методическая разработка по теме: «Переношенная беременность»  
рекомендуется для обучения студентов специальности «Акушерское дело»  
медицинского колледжа и является руководством для подготовки и проведения  
занятий преподавателями.

**Рецензент:**

Преподаватель акушерства и гинекологии медицинского колледжа имени Клары  
Цеткин, высшей квалификационной категории \_\_\_\_\_ Ушакова Ф.И.

## Содержание

1. Методический блок
2. Информационный блок
3. Блок контроля:
  - 3.1. Вопросы для закрепления и систематизации полученных знаний
  - 3.2. Контролирующие материалы в форме тестовых заданий
  - 3.3. Эталоны ответов к тестовым заданиям
  - 3.4. Критерии оценки тестовых заданий
  - 3.5. Рекомендации для студентов по выполнению внеаудиторной самостоятельной работы
4. Приложения:
  - 4.1 Презентация Power Point

## Мотивация

Сегодня мы будем говорить о крайне сложной проблеме акушерства – перенашивании беременности. Всегда ли мы уверены в правильности постановки срока беременности? Конечно, нет. Часто встречаются ошибки. Своевременными называют роды, происходящие на сроке 38-42 недели, однако статистически доказано, что роды произошедшие позднее 41 недели сопровождаются большим числом осложнений, кроме того после 40 недели часто страдает состояние плода, что требует экстренного родоразрешения, в зависимости от ситуации – через естественные родовые пути или путем операции кесарева сечения.

Но существует и другая сторона проблемы перенашивания - при ошибке постановки срока, родовозбуждение и родоразрешение могут привести к рождению незрелого новорожденного, нарушению у него дыхания и других осложнений, связанных с незрелостью. Все это будет результатом неверно выбранной тактики, поэтому решение о родовозбуждении и родоразрешении очень ответственный момент. Кроме того, важно правильно выбрать метод родовозбуждения или родоразрешения, а для этого необходимо помнить о том, как оценивается состояние плода по данным УЗИ и КТГ, как оценить степень зрелости шейки матки и готовность беременной к родам. Сегодня мы с вами разберем методы подготовки шейки матки к родам и родовозбуждения– это серьезная и важная задача, ошибка при выборе тактики может привести к серьезным и крайне тяжелым осложнениям со стороны матери и новорожденного.

Если говорить об эпидемиологии, то по данным литературы, перенашивание происходит в 4–14% всех беременностей. При перенашивании чаще наблюдают синдром аспирации мекония. У детей, рождённых после 41 нед, в 2–5 раз чаще встречаются выраженные поражения ЦНС. При перенашивании частота рождения крупных плодов достигает 30%, что повышает частоту возникновения осложнений при родах.

# **I. Методический блок**

## **Технологическая карта**

Тема: «Переношенная беременность».

1. Наименование профессионального модуля:

**ПМ.04 Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода**

- МДК.04.01. Патологическое акушерство

2. Цели:

**а) учебные**

**Уметь:**

- диагностировать переношенную беременность
- вести беременных с переношенной беременностью.
- выбирать методы родовозбуждения.
- вести роды при перенашивании
- ухаживать и наблюдать за роженицей
- проводить профилактику осложнений у рожениц, плода и родильниц с переношенной беременностью
- выбирать метод родоразрешения
- определять показания к оперативному родоразрешению
- определять признаки и степени переношенности (перезрелости) у новорожденного
- уметь проводить профилактику перенашивания беременности

**Знать:**

- что такое переношенная беременность и запоздалые роды
- причины переношенной беременности
- степени риска для матери и плода
- возможные осложнения до родов, в родах, и послеродовом периоде
- методы диагностики переношенной беременности
- акушерскую тактику при переношенной беременности.
- особенности ведения родов
- какие могут быть осложнения в родах
- признаки переношенности у новорожденного
- профилактику перенашивания.

**б) воспитательные** – подчеркнуть деонтологические аспекты общения с беременными женщинами при перенашивании беременности, меру ответственности за профессиональные нарушения.

**в) развивающие** – способствовать развитию у студентов клинического мышления, внимания, наблюдательности. Подчеркнуть роль прочных профессиональных знаний студентов в вопросах ранней диагностики, ведения

родов при перенашивании, оказания помощи беременным, роженицам, родильницам.

**3. Тип занятия:** лекция

**4. Время проведения:** 90 мин

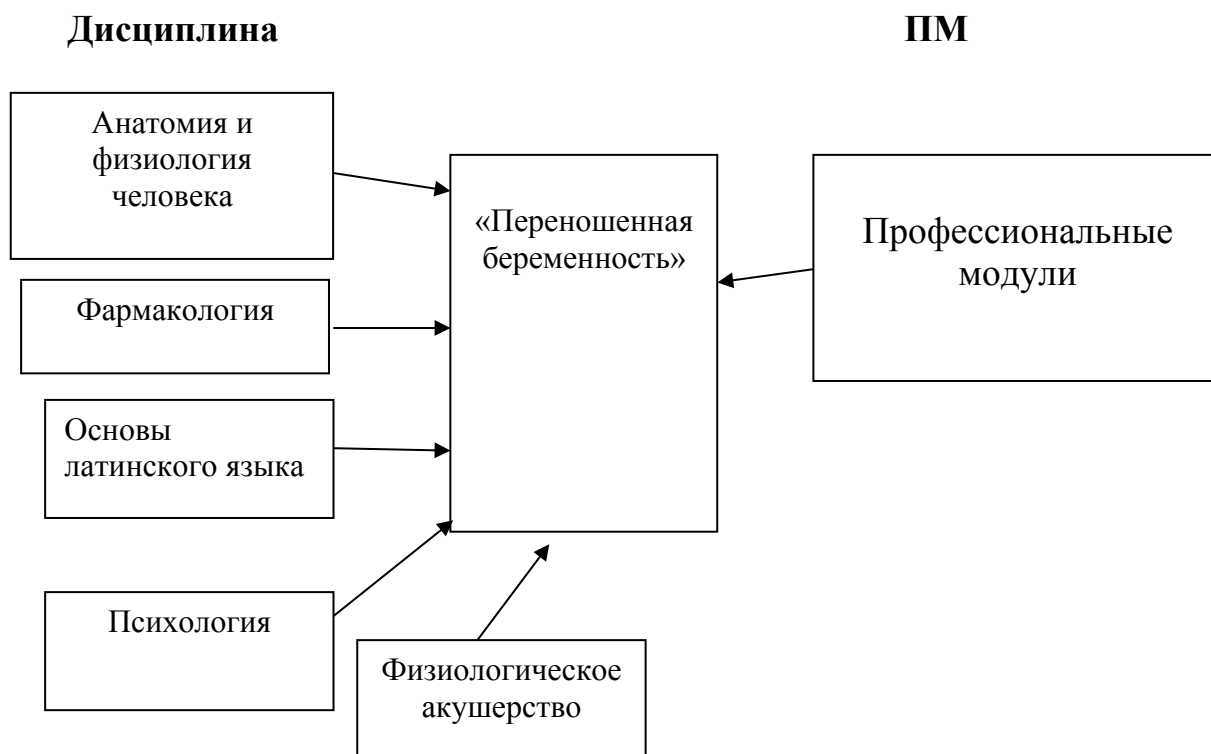
**5. Формируемые** виды профессиональной деятельности (ВПД) в том числе профессиональные (ПК) и общие (ОК) компетенции:

| Код     | Наименование результата обучения  |
|---------|---|
| ПК 4.1. | Участвовать в проведении лечебно-диагностических мероприятий беременной, роженице, родильнице с акушерской и экстрагенитальной патологией и новорожденному. |
| ПК 4.2. | Оказывать профилактическую и медико-социальную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии.                        |
| ПК 4.3. | Оказывать доврачебную помощь беременной, роженице, родильнице при акушерской и экстрагенитальной патологии.   |
| ПК 4.4. | Осуществлять интенсивный уход при акушерской патологии.   |
| ПК 4.5. | Участвовать в оказании помощи пациентам в периоперативном периоде.  |
| ОК 1.   | Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.  |
| ОК 2.   | Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество         |
| ОК 3.   | Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность.  |
| ОК 4.   | Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.    |
| ОК 5.   | Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.   |
| ОК 6.   | Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.  |
| ОК 7.   | Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения задания.  |
| ОК 8.   | Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.                 |
| ОК 9.   | Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.   |
| ОК 10.  | Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.                           |
| ОК 11.  | Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.  |
| ОК 12.  | Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.                |

|        |   |
|--------|---|
| ОК 13. | Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей. |
|--------|---|

## 6. Схема интеграционных связей УД и ПМ:

Междисциплинарные связи:



Междисциплинарные связи

|   |   |   |
|---|---|---|
| 1 | Анатомия и физиология человека                            | - Общие вопросы анатомии и физиологии, процессы репродукции.<br>- Анатомия и физиология женской половой системы.            |
| 2 | Фармакология  | - Фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов  |
| 3 | Основы латинского языка с курсом медицинской терминологии | - Медицинская терминология и химическая номенклатура.   |
| 5 | Психология  | - Общение с пациентом   |
| 6 | Физиологическое акушерство                                | - Течение беременности, родом, механизмы формирования родовой доминанты, начала родовой деятельности, раскрытия шейки матки |

Межпредметные связи

|    |            |  |
|----|------------|--|
| 1. | Акушерство | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Асептика и антисептика в акушерстве</li> <li>- АФО женских половых органов. Тазовое дно.</li> <li>- Течение и ведение 1 и 2 периодов родов.</li> <li>- Заболевания, связанные с беременностью. Гестозы.</li> <li>- Аномалии родовой деятельности.</li> <li>- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.</li> <li>- Беременность и гипертоническая болезнь.</li> <li>- Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы.</li> <li>- Беременность и патология зрения.</li> <li>- Плацентарная недостаточность.</li> </ul> |
|----|------------|--|

## 7. Оснащение занятия:

1. Методическое - Таблицы, слайды, алгоритмы по подготовки шейки матки к родам, родовозбуждению, ведению родов при переносной беременности
2. Техническое – интерактивная доска
3. Плакаты - Схема «Тактика при переносной беременности»

## Этапы планирования лекционного занятия.

| №  | Структурные элементы занятия. | Методическое обоснование.   |   |
|----|-------------------------------|---|---|
|    | Согласно хронокарте занятия.  | Зачем   | Как   |
| 1. | Организационный момент.       | Организует и дисциплинирует студентов, развивает чувство ответственности. | После приветствия, преподаватель обращает внимание на внешний вид студентов, оснащение аудитории наглядными |



|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
|    |   |  | пособиями. Отмечает отсутствующих.   |
| 2. | Сообщение темы и развёрнутого плана.      | Студенты получают представление о теме, структуре и объёме данной лекции.  | Преподаватель даёт студентам записать тему, цели и план лекции.  |
| 3. | Начальная мотивация учебной деятельности. | Преподаватель активизирует внимание студентов, формирует познавательный интерес к лекции.  | Преподаватель приводит интересные факты по изучаемому материалу, отмечает значимость темы для будущей практической деятельности.                     |
| 4. | Сообщение и усвоение новой темы.          | Студенты получают необходимый объём знаний по теме лекции с учётом предстоящих практических занятий.   | Преподаватель излагает лекционный материал согласно плану и целям занятия, использует наглядные пособия.   |
| 5. | Контроль усвоения новой темы              | Преподаватель оценивает усвоение материала, студент выявляет сложные для понимания и усвоения вопросы, закрепляет полученные знания, получает разъяснения по ошибкам усвоения.       | Преподаватель раздает тестовые задания, студенты отвечают на вопросы, преподаватель проверяет тесты, анализирует ошибки, разъясняет их.              |
| 6. | Сообщение домашнего задания.              | С целью закрепления изучаемого материала с использованием лекционных конспектов и дополнительной литературы. Для привития навыков самоподготовки и активации мыслительных процессов. | Преподаватель предлагает студентам записать перечень вопросов для подготовки к практическому занятию, даёт список литературы и методическое задание. |

|    |                       |  |  |
|----|-----------------------|--|--|
| 7. | Заключительная часть. | С целью повышения степени восприятия лекции, материала, развития логического мышления. | Преподаватель подводит итог проведённого лекционного занятия, отвечает на вопросы студентов. |
|----|-----------------------|--|--|

### Хронокарта теоретического занятия:

| № п/п | Структурные элементы урока  | Время (мин.) | Методическое обоснование  |
|-------|---|--------------|---|
| 1.    | Организационная часть занятия   | 2            | Привлечь внимание студентов к лекции, учёт  |
| 2.    | Сообщение темы лекции и развернутого плана  | 2            | Развивать умение выделять главное, конспектировать.   |
| 3.    | Начальная мотивация учебной деятельности (вызвать у студента интерес к восприятию новой темы) | 5            | Активизация мыслительной деятельности учащихся, сконцентрировать внимание на данной теме.   |
| 4.    | Сообщение и усвоение новой темы (восприятие, осмысление, закрепление)                         | 40           | Объясняется новый материал, сопровождается демонстрацией презентации, выделяются главные моменты, основные положения и предлагаются студентам для записи. |
| 5.    | Контроль усвоения новой темы  | 30           | Студентам предлагается решить тестовые задания, после проверки проводится разбор ошибок, обсуждение трудных для усвоения вопросов                         |
| 5.    | Рефлексия (самооценка и самоконтроль обучающихся)   | 6            | Студентам предлагается обобщить изученное на занятии, проанализировать причины затруднений и успехов, оценить степень достижения цели.                    |

|    |                             |   |   |
|----|-----------------------------|---|---|
| 6. | Сообщение домашнего задания | 3 | Студентам предлагается список основной и дополнительной литературы для развития навыков работы с источниками.     |
| 7. | Заключительная часть        | 2 | Выделить главные моменты в лекции для более полного усвоения и закрепления. Лектор отвечает на вопросы студентов. |

## Литература

### **Основная:**

1. Дзигуа М.В., Скребушевская А.А. Акушерство  
Практическое руководство для среднего  
медицинского образования:  
— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

2. Радзинский В.Е. Акушерство. Учебник для акушерских отделений средних специальных медицинских учебных заведений. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 904 с.

***Дополнительная:***

1. Айламазян Э.К. Акушерство «Специальная литература» Санкт-Петербург 2011г
2. Барышев Б.А., Айламазян Э.К.. Инфузионно-трансфузионная терапия акушерских кровотечений. - Санкт-Петербург: Н-Л., 2012.

## **II. Информационный блок**

### **Изучаемые вопросы**

1. Определение переносимости беременности
2. Этиология
3. Клиническая картина

- 4.Диагностика
- 5.Тактика ведения беременности и родов
- 6.Особенности оцетки КТГ при переношенной беременности
- 7.Осложнения родов при перенашивании
- 8.Признаки переношенности (перезрелости) новорожденного

## Определение

Беременность называют переношенной (postterm pregnancy), если длительность гестации составляет 42 нед и более. Роды при такой беременности называют запоздалыми (postterm labor, delivery). Ребёнок, родившийся от такой беременности, в большинстве случаев имеет признаки «перезрелости» (postmaturity, postmature fetus, postmature infant). «Переношенность» и «перезрелость» — не синонимы, хотя эти два понятия часто путают. Возможны как запоздалые роды плодом без признаков перезрелости, так и своевременные роды (term delivery) перезрелым плодом. Таким образом, «переношенность» — понятие календарное, а «перезрелость» — понятие, применяемое для оценки физического статуса плода и новорождённого.

## Этиология

Причины переношенной беременности четко не определены. Развитие этой патологии следует рассматривать исходя из сложных механизмов, приводящих к своевременному развитию родовой деятельности.

Так, показано, что для начала родов необходимо формирование «родовой доминанты» в ЦНС, включающей кору головного мозга, подкорковые структуры, а также органы, являющиеся точкой приложения действия гормонов (матка, шейка, яичники). Функциональные сдвиги в центральной нервной системе, нарушающие формирование «родовой доминанты» у беременной вследствие нейро-обменно-эндокринных заболеваний, травм головного мозга, выраженных стрессорных воздействий и эмоциональной напряженности, могут приводить к переношенной беременности.

Определенное значение для начала родов имеет соотношение эстрогенов и прогестерона. При нормально протекающей беременности накануне родов оно составляет эстрогены/прогестерон 3:1, а при переношенной не происходит достаточного увеличения синтеза эстрогенов и их отношение к прогестерону не превышает 1:1.

Среди причин переношенной беременности можно выделить две основные подгруппы: изменения в организме беременной и нарушения у плода.

### 1. Изменения в организме беременной:

- изменения в ЦНС - отсутствие «родовой доминанты» (стрессорные

воздействия, травмы головного мозга в анамнезе, преобладание тонуса парасимпатической нервной системы);

- эндокринные и электролитные нарушения (нейро-обменно-эндокринный синдром; склерокистозные яичники, инфантилизм и др.);
- нарушения чувствительности и синтеза рецепторов в половых органах (отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: искусственное и самопроизвольное прерывание беременности, диагностические выскабливания полости матки и цервикального канала, воспалительные заболевания внутренних половых органов и др.)

## 2. Изменения в организме плода:

- пороки развития нервной трубки;
- пороки развития мочевыделительной системы и надпочечников;
- хромосомные аномалии.

## **Клиническая картина**

Среди клинических симптомов перенесенной беременности выделяют следующие:

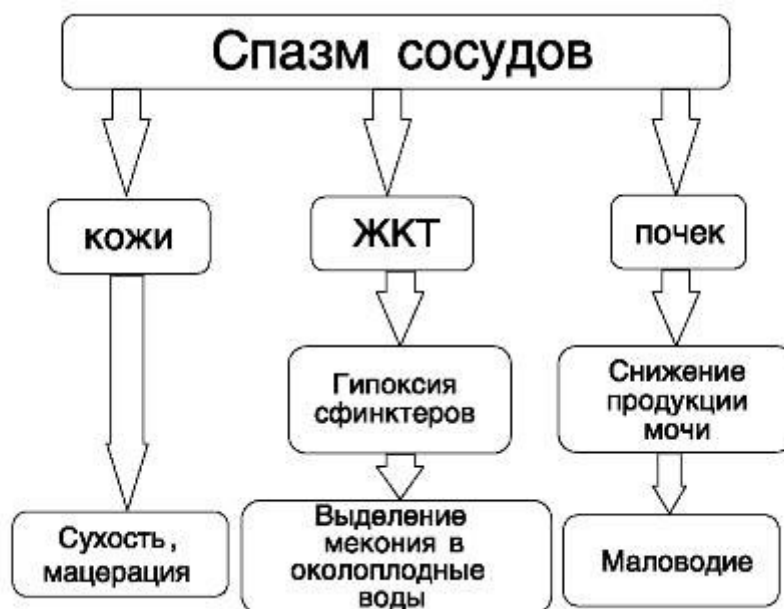
- уменьшение объёма живота на 5–10 см, обычно после 290 дней беременности (дегидратация);
- снижение тургора кожи беременной;
- снижение массы тела беременной на 1 кг и более;
- повышение плотности матки, что обусловлено уменьшением количества вод и ретракцией мускулатуры матки;
- маловодие;
- при влагалищном исследовании — увеличение плотности костей черепа плода, узость швов и родничков;
- изменение характера сердечных тонов плода при аускультации (изменение звучности, частоты ритма), свидетельствующее о гипоксии плода, обусловленной плацентарной недостаточностью;
- гипоксия плода, выявляемая объективными методами пренатальной диагностики;
- выделение из молочных желёз в конце беременности молока вместо молозива;
- незрелая шейка матки.

При переношенной беременности основным повреждающим фактором для плода является внутриутробная гипоксия.

Длительно существующий спазм сосудов обуславливает появление внешних признаков переносимости (синдром Баллантайна Рунге): отсутствие сыровидной смазки, десквамация кожи, сухость и мацерация кожных покровов, мышечная гипотония.

При переношенной беременности высокая частота «незрелой» и «недостаточно зрелой» шейки матки свидетельствует о нарушении гормонального фона, синтеза простагландинов и релаксина в организме беременной, что говорит о значительно нарушенном процессе подготовки организма беременной к родам и является одной из возможных причин перенашивания.

Механизм формирования основных клинических признаков перзрелости новорожденных



## Диагностика

Точность диагностики перенашивания зависит от достоверности информации о гестационном сроке. Своевременная диагностика чрезвычайно важна для определения тактики ведения родов. Важно использовать все доступные клинические данные, помогающие уточнить срок беременности. Различают следующие способы вычисления даты родов:

- по дате последней менструации (280 дней — правило Негеле);
- по оплодотворению (в среднем 266 дней);
- по овуляции (266 дней — модифицированное правило Негеле);

- по первой явке в женскую консультацию;
- по первому шевелению;
- по данным УЗИ.

Бимануальное исследование в I триместре позволяет довольно точно определять срок беременности. Из других методов можно упомянуть дату первого положительного теста на беременность (по bХГЧ), дату первого выслушивания сердечных тонов (в 12 нед с помощью доплеровского датчика и с 18 нед — стетоскопом), дату достижения дном матки уровня пупка (20 нед) и дату первого шевеления плода (quickening).

«Золотой стандарт» — определение гестационного срока с помощью УЗИ. Рутинный ультразвуковой осмотр в I и II триместре беременности позволяет снизить частоту регистрируемого перенашивания. Чем раньше произведено УЗИ, тем точнее можно определить срок беременности. Измерение КТР эмбриона в I триместре позволяет вычислить срок беременности с погрешностью  $\pm 3$ –5 дней. Определение срока по КТР теряет точность после 12 нед. В это время, вплоть до конца II триместра, срок беременности довольно точно определяют, учитывая несколько фетометрических параметров (бипариетальный и фронтоокципитальный диаметр, межполушарный диаметр мозжечка, длину бедра и др.). Точность расчёта значительно возрастает, если учитывать половую принадлежность плода. Ошибки в определении срока по данным УЗИ в III триместре достигают  $\pm 3$ –4 нед, поэтому фетометрию в III триместре используют не для уточнения срока беременности, а для определения соответствия размеров плода уже известному или предполагаемому сроку беременности.

Важными критериями перенашивания являются результаты амниоскопии.

### **Тактика ведения беременности и родов**

В современном акушерстве наиболее распространена активная тактика ведения беременности и родов, позволяющая снизить перинатальную смертность в 2–3 раза. Особое внимание в женской консультации следует уделить беременным, имеющим факторы риска перенашивания беременности. При сроке беременности более 40 нед рекомендуют госпитализацию в стационар для обследования плода и решения вопроса о методе родоразрешения. Метод родоразрешения зависит от зрелости шейки матки, состояния плода, сопутствующей патологии, данных анамнеза и др.

Перенашивание беременности — относительное показание для оперативного родоразрешения, но при наличии отягощающих факторов (незрелость шейки матки, гипоксия плода, экстрагенитальная и акушерская патология, возраст беременной, данные акушерско-гинекологического и социального анамнеза), а также при симптомах гипоксии плода вопрос может быть решён в пользу КС.



## Схемы ведения беременных с тенденцией к перенашиванию

Принципы ведения женщин с точно известным сроком беременности при тенденции к перенашиванию укладываются в две принципиальные схемы.

### Первая схема (при зрелой шейке матки) – Родовозбуждение

В случаях со зрелой шейкой матки показано родовозбуждение. К сожалению, только в 8,2% случаев состояние шейки матки по оценочной шкале соответствует 7 баллам (табл. 1) и более.

Таблица 1. Оценка степени «зрелости» шейки матки по Бишопу.

| Параметры   | баллы                            |                                      |  |
|---|----------------------------------|--------------------------------------|--|
|   | 0                                | 1                                    | 2  |
| Положение шейки по отношению к проводной оси таза | Смещена к крестцу                | Между крестцом и проводной осью таза | По оси таза                                  |
| Длина шейки матки (см)                            | $\geq 2$                         | 1-2                                  | $1 \leq$                                     |
| Консистенция шейки матки                          | плотная                          | размягченная                         | мягкая                                       |
| Открытие наружного зева (см)                      | закрытый                         | 1                                    | $\geq 2$                                     |
| Место нахождения предлежащей части плода          | Подвижная над входом в малый таз | Прижата ко входу в малый таз         | Прижата или фиксирована во входе в малый таз |

0-2 балла – шейка «незрелая»

3-5 балла – шейка «недостаточно зрелая»

$\geq 6$  баллов – шейка «зрелая»

Рекомендуют приступать (предлагать) к индукции по достижению 41 недели беременности. В 39 недель практически отсутствуют осложнения, как со стороны матери, так и со стороны плода. В 40 недель риск развития осложнений значительно выше, и он повышается до критических отметок на 41-42 неделе. Так, например, частота ДЦП, смерти ребенка или любого другого осложнения, возрастает в 2,5 раза

**Родовозбуждение** – это искусственное индуцирование родовой деятельности с целью родоразрешения через естественные родовые пути. Проводится только при зрелой шейке матки.

Для родовозбуждения в данной ситуации есть две важные причины:

- некоторые плоды продолжают набирать вес и после 40 нед беременности, что приводит к макросомии плода, повышающей вероятность возникновения в родах клинически узкого таза (cephalopelvic disproportion) и детского паралича;

· существует риск внезапной дородовой гибели плода при перенашивании на фоне полного благополучия (0,5– 1 случай на 1000 беременностей).

### **Как проводят родовозбуждение**

1) Медикаментозные методы: мифепристон, простагландин Е2 (динопростон 0,5 или 1 мг), окситоцин.

Мифепристон в 2,5 раза повышает вероятность начала родов и созревания шейки матки, снижает частоту слабости родовой деятельности и КС, но увеличивает число влагалищных операций и изменяет КТГ без влияния на неонатальный исход.

Простагландин Е2 при его эффективности повышает вероятность гиперстимуляции и появление тошноты, диареи, тромбоза.

Окситоцин более эффективен по сравнению с выжидательной тактикой и амниотомией, но проигрывает простагландинам.

2) Амниотомия (рис.1)

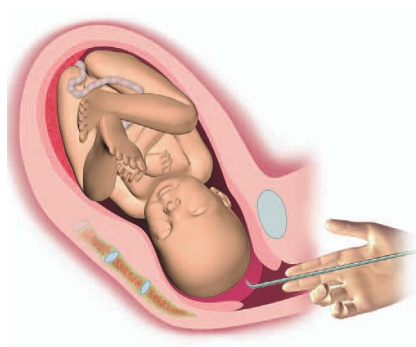


Рис. 1. Амниотомия

3) Механические методы: катетер Фолея (рис.2), дилапан, ламинарии (приложение 2,3). Использование механических методов индукции родов сопровождается такой же частотой КС, как и при использовании простагландинов, но при меньшей частоте гиперстимуляции. Механические методы уступают в эффективности простагландинам у повторнородящих. По сравнению с окситоцином, механические методы уменьшают частоту КС. Не рекомендуется рутинное их применение.



Рис. 2. Катетер Фолея

Каждый из этих методов имеет свои «мишени»

Мифепристон – миометрий, хориодецидуа, шейка матки ПГЕ2 – шейка матки, миометрий.

Катетер Фолея, ламинарии – шейка матки.

Амниотомия – плодные оболочки, миометрий. Окситоцин – миометрий.

**Вторая схема (при незрелой шейке матки) – подготовка шейки матки с дальнейшим родовозбуждением.**

При незрелой шейке матки и точно известном сроке беременности существуют следующие альтернативы:

- применение антенатального наблюдения за состоянием плода до спонтанного начала родов или созревания шейки матки;
- применение геля с ПГ для ускорения созревания шейки матки, ламинарев с последующим родовозбуждением. Выжидательное ведение родов при перенашивании в большинстве случаев начинают с родовозбуждения, которое производят путём амниотомии (хирургический метод родовозбуждения). Амниотомия может быть произведена только при зрелой шейке матки, однако при перенашивании беременности шейка матки чаще всего нуждается в предварительной подготовке.

Для подготовки шейки матки применяют немедикаментозные (физиотерапия, препараты ламинарии, акупунктура и др.) и медикаментозные (препараты ПГ в виде эндоцервикального геля) методы.

При отсутствии самостоятельной родовой деятельности в течение 4 ч после амниотомии следует прибегнуть к родовозбуждению путём внутривенного капельного введения окситоцина или ПГ (медикаментозный метод родовозбуждения). Совместное использование амниотомии и утеротонических средств с целью родовозбуждения носит название комбинированного метода родовозбуждения. При безуспешности использования комбинированного метода родовозбуждения роды заканчивают КС. При перенашивании целесообразно

проводить программированные роды — искусственно вызванные роды по соответствующим показаниям.

### **Подготовка шейки матки с помощью геля с ПГ (Препидил гель)**

Применение геля с ПГ (приложение 1) в случае незрелости шейки матки позволяет повысить частоту успешного родовозбуждения. Местное применение геля, содержащего ПГЕ<sub>2</sub>, приводит к размягчению и укорочению шейки матки, расширению цервикального канала. В результате сокращается продолжительность родов, уменьшается число неудачных родовозбуждений и снижается необходимость ранней амниотомии. Гель вводят в послеобеденное время или вечером накануне дня планируемого родовозбуждения.

Непосредственно перед введением геля с помощью КТГ регистрируют ЧСС плода и маточную активность. При неудовлетворительном состоянии плода или чрезмерной маточной активности следует воздержаться от применения геля. После оценки состояния шейки матки интрацервикально вводят стандартное количество геля, содержащего 0,5 мг ПГЕ<sub>2</sub>. После этого в течение 2 ч или до исчезновения признаков повышенной маточной активности проводят КТГ. Примерно у 15% беременных после применения геля наступают спонтанные неосложнённые роды.

На следующий день при наличии зрелой шейки матки можно приступить к родовозбуждению окситоцином. Если шейка матки остаётся незрелой, можно прибегнуть к повторному введению геля или придерживаться выжидательной тактики, включающей антенатальное слежение за состоянием плода. Для этого применяют несколько методов:

- сонофетометрия в динамике;
- оценка двигательной активности плода
- КТГ;
- доплеровское исследование маточноплацентарного и плодовоплацентарного кровотока.

Указанные исследования можно проводить в различных комбинациях не реже двух раз в неделю. При этом необходимо периодически оценивать созревание шейки матки при влагалищном исследовании. В этот момент возможна реализация рефлекса Фергюсона — механическое раздражение шейки матки и пальцевое отслаивание (stripping of membranes) нижнего полюса плодного пузыря от стенок нижнего сегмента матки способствует высвобождению некоторого количества эндогенного ПГ. В ряде случаев этого достаточно для запуска родовой доминанты.

При ухудшении состояния плода и незрелости шейки матки метод выбора — оперативное родоразрешение путём КС. Роды при перенашивании следует вести под постоянным мониторным контролем сердечной деятельности плода и

динамики родовой деятельности, проводя профилактику гипоксии, своевременно диагностируя и корректируя anomalies родовой деятельности.

### **Особенности оценки КТГ при переносимой беременности**

При исследовании ЧСС плода методом КТГ следует помнить, что из-за истончения пуповины, характерного для перенашивания, и маловодия довольно часто в родах наблюдают переменные децелерации, не свидетельствующие о гипоксии.

Однако появление поздних децелераций — признак гипоксии плода. При недлительных и неглубоких поздних децелерациях допустимо продолжение выжидательного ведения родов с использованием положения роженицы на левом боку и оксигенотерапии. При сочетании частых длительных поздних децелераций со сниженной переменной сердечного ритма и невозможности скорейшего окончания родов следует своевременно пересмотреть план ведения родов в пользу родоразрешения путём экстренного КС.

### **Осложнения родов при перенашивании**

К основным осложнениям родов при перенашивании относят высокую частоту гипоксии плода и выявления мекония окрашивания ОВ и макросомии плода. Попадание в ОВ мекония чревато синдромом аспирации мекония. Меконий обнаруживают в ОВ в 25–30% всех случаев перенашивания.

1) Частота меконияльных вод при запоздалых родах в 4 раза выше, чем при своевременных родах. До широкого введения в клиническую практику туалета дыхательных путей методом вакуумаспирации синдром аспирации мекония был основной причиной неонатальной смертности. Частое обнаружения мекония в ОВ объясняют тем, что при перенашивании более выражен вагусный рефлекс, реализация которого способствует выделению мекония в АЖ. Кроме того, у плодов с признаками перезрелости на фоне плацентарной недостаточности чаще возникает гипоксия. При перенашивании количество ОВ уменьшается, что ведёт к «сгущению мекония» и большей вероятности обструкции дыхательных путей.

Вероятность аспирации мекония также можно снизить путём активного отсасывания содержимого носоглотки и ротоглотки плода в момент рождения плечиков. Часто прибегают к туалету трахеобронхиального дерева новорождённого непосредственно после рождения, что позволяет свести вероятность синдрома аспирации мекония до минимума. В ряде случаев данный подход не даёт ожидаемого результата, так как глубокая аспирация мекония может произойти антенатально.

2) 25–30% детей от запоздалых родов имеют массу тела при рождении более 4000 г (макросомия), что в три раза чаще, чем рождение крупных детей при своевременных родах. При родах крупным плодом длительность периодов раскрытия и изгнания возрастает вместе с вероятностью родовой травмы. В два раза чаще отмечают ДП. Один из важных аспектов ведения переносимой беременности и запоздалых родов — профилактика родовой травмы при

макросомии. Предполагаемую массу плода определяют непосредственно перед родами или в начале первого периода, если планируют роды через естественные родовые пути. Точное определение предполагаемой массы плода при перенашивании затруднительно, наиболее точные данные можно получить методом УЗИ.

При подозрении на макросомию необходимо чётко придерживаться следующих принципов ведения родов:

- наложение полостных акушерских щипцов, особенно при затяжном втором периоде родов, нежелательно. Доказано, что применение полостных акушерских щипцов при макросомии плода увеличивает риск ДП с 0,2 до 4,6%;
- неонатолога и анестезиолога следует заранее предупредить о предполагаемых запоздалых родах;
- на родах должен присутствовать акушер, хорошо знакомый с приёмами ведения родов при ДП;
- при предполагаемой массе плода более 4500 г, подозрении на несоответствие размеров таза матери и размеров плода, наличии в анамнезе осложнённых родов крупным плодом следует своевременно принять решение об оперативном родоразрешении путём КС.

### **Признаки переносимости (перезрелости) новорожденного**

После рождения плода акушер и неонатолог проводят оценку признаков перенашивания. У ребёнка выявляют следующие признаки:

- тёмнозелёная окраска кожи, плодных оболочек, пуповины;
- мацерация кожи, особенно на руках и стопах («банные» стопы (рис.3) и ладони);



Рис. 3. Мацерация кожи

- уменьшение количества сыровидной смазки;
- истощение подкожной жировой клетчатки и образование складок, снижение тургора кожи ребёнка);
- крупные размеры ребёнка (реже — гипотрофия), длинные ногти на ручках;

плохо выраженная конфигурация головки, плотные кости черепа, узкие швы и роднички. Плод считают переносным, если есть сочетание хотя бы 2–3 из указанных признаков. По Клиффорду выделяют три степени перзрелости:

- I степень — новорождённый сухой, но кожа нормального цвета. Сыровидная смазка выражена слабо. ОВ светлые, но количество их уменьшено. Общее состояние новорождённого удовлетворительное.
- II степень — сухость кожных покровов выражена сильно, есть признаки гипотрофии плода. ОВ, пупочный канатик, кожа новорождённого окрашены меконием в зелёный цвет. ПС детей при II степени перзрелости высока.
- III степень — ОВ жёлтого цвета. Кожа и ногти новорождённого имеют жёлтую окраску (признаки глубокой гипоксии). Смертность в данной ситуации меньше, чем при II степени. В последовом и раннем послеродовом периодах высока вероятность кровотечения, профилактике которого необходимо уделить особое внимание.

### **III. Контролирующий блок**

- Вопросы для активизации познавательной деятельности студентов при изучении нового материала
- Вопросы для закрепления и систематизации полученных знаний
- Контролирующие материалы в форме тестовых заданий с эталонами ответов

### **Тесты**

#### **для закрепления лекционного материала.**

- 1) Для диагностики переносимости беременности используют все методы кроме
  - А Определение срока беременности по данным анамнеза
  - Б Амниоскопия
  - В УЗИ
  - Г Окситоциновый тест
- 2) Для переносимости беременности не характерно
  - А Высокое стояние дна матки
  - Б Уменьшение окружности живота
  - В Ограничение подвижности плода, маловодие
  - Г Нарастание массы тела беременной
- 3) При перенашивании и незрелой шейки матки показано
  - А Родовозбуждение
  - Б Амниотомия
  - В Подготовка шейки матки к родам
  - Г Амбулаторное наблюдение
- 4) При перенашивании, незрелой шейке матки и ухудшении состояния плода показано
  - А Подготовка шейки матки с последующим родовозбуждением
  - Б Родостимуляция
  - В Кесарево сечение
  - Г Контрольное УЗИ исследование через два дня



- 5) Пре перенашивании и зрелой шейке матки показано
- А Родовозбуждение
  - Б Родостимуляция
  - В Наблюдение
  - Г Наложение вакуум-экстрактора
- 6) Активная тактика ведения беременности для профилактики осложнений возникающих при перенашивании показана по достижению
- А) 38 недель
  - Б) 40 недель
  - В) 41 недели
  - Г) 42 недель
- 7) Для подготовки шейки матки используют все кроме
- А) Препидил гель
  - Б) Ламинарии
  - В) Катетер Фоллея
  - Г) Амниотомию
- 8) Родовозбуждение можно проводить только при
- А) Зрелой шейке матки
  - Б) Сроке 41 неделя
  - В) Повторных родах
  - Г) Вскрытом плодном пузыре
- 9) К осложнениям родов при перенашивании относится все, кроме
- А) Мекониальные воды
  - Б) Макросомия плода
  - В) Плотность костей черепа плода и узость родничков
  - Г) Бурная родовая деятельность
- 10) К признаком перезрелости новорожденного относится все, кроме
- А) Длинные ногти
  - Б) Отсутствие сыровидной смазки
  - В) «Банность» ладоней и стоп
  - Г) Отек подкожной клетчатки

Эталоны ответов на тестовые задания на тему:  
**«Переношенная беременность»**

1 – Г

2 – Г

3 – В

4 – В

5 – А

6 – В

7 – Г

8 – А

9 – Г

10 – Г

***Критерии оценки тестового контроля знаний:***

«5» (отлично) - 91-100% правильных ответов;

«4» (хорошо) – 81-90% правильных ответов;

«3» (удовлетворительно) – 71-80% правильных ответов;

«2» (неудовлетворительно) – 70% и менее правильных ответов.

## ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ

1. Составьте ситуационную задачу по теме «Переношенная беременность», смотри инструкцию «Внеаудиторная работа студентов».

2. Прочитайте тему «Переношенная беременность» в учебнике:

Радзинский В.Е. Акушерство. Учебник для акушерских отделений средних специальных медицинских учебных заведений. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013, стр 287-296.

Дополнительная литература: учебник «Акушерство» Э.К.Айламазян Санкт-Петербург, «Специальная литература», 2014г., часть 4, глава 52 стр. 450-461

3. Лекционный материал, тема: «Переношенная беременность».

# Внеаудиторная самостоятельная работа студентов

Тема: «Переношенная беременность»

Вид самостоятельной работы: Составление ситуационной задачи

Рекомендации для студентов по выполнению внеаудиторной самостоятельной работы

## Уважаемый студент!

Изучаемая тема: «Переношенная беременность» занимает важное место в курсе акушерства. Знания, полученные при выполнении этой работы, Вы сможете использовать при изучении других тем данного курса. В процессе выполнения работы Вы сможете систематизировать свои знания по данной теме (или данному вопросу), использовать свои знания на практике, применять усвоенный материал в будущей профессиональной деятельности.

### *Прежде чем приступить к выполнению задания:*

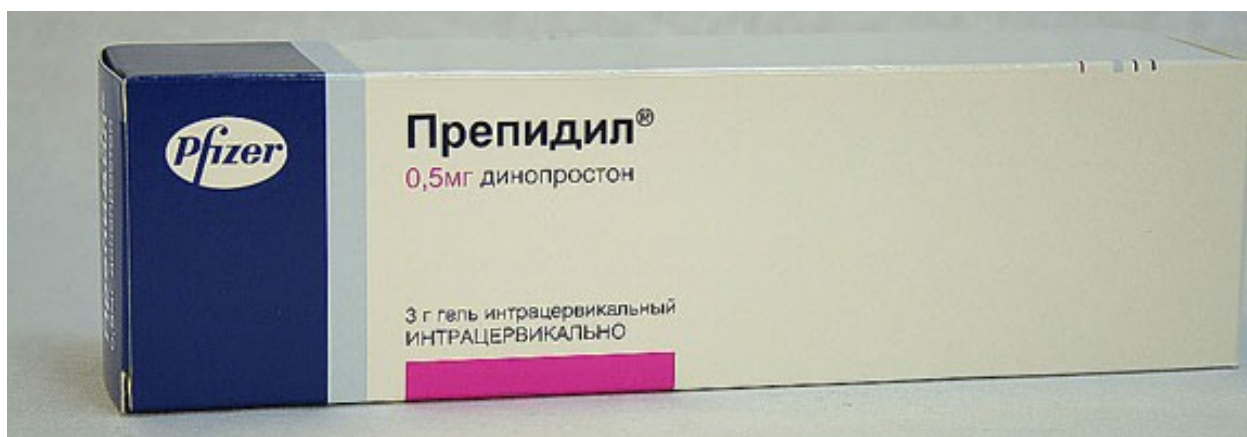
1. Изучите заданный на дом теоретический материал по учебникам:
  - Радзинский В.Е. Акушерство. Учебник для акушерских отделений средних специальных медицинских учебных заведений. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013, стр 287-296.
  - «Акушерство» Э.К.Айламазян, Санкт-Петербург, «Специальная литература», 2014г., гл.51, стр.418 - 430.
2. Внимательно прочитайте текст лекции в тетради.
3. Продумайте сюжет клинической ситуации, который Вы хотите описать.
4. Используйте знания, полученные по анатомии, фармакологии, психологии, основам сестринского дела и др.
5. Ситуационная задача должна включать (как минимум): жалобы, данные анамнеза (коротко), данные объективного обследования (осмотра, измерение ОЖ, ВДМ, определение приемов Леопольда, выслушивание сердцебиения плода, влагалищного исследования).
6. В некоторых задачах возможны данные УЗИ.
7. Задания в конце задачи должны состоять из:
  - постановки акушерского диагноза с обоснованием;
  - указания проблем пациентки (действительных и потенциальных);
  - указания возможных осложнений;
  - тактики акушерки в конкретной ситуации;
8. При необходимости проконсультируйтесь с преподавателем акушерства.
9. Решите задачу.
10. Оформите Вашу работу на листе формата А-4.
11. Сдайте работу преподавателю в указанные сроки.

## Приложение

Схема 1. Алгоритм ведения родов при перенашивании



Изображение 1. Препидил гель



Изображение 2. Ламинария для интрацервикального введения



Изображение 3. Применение ламинарии.

А Ламинария введена точно до уровня внутреннего зева шейки матки – правильно.

Б и В Ламинария введена неправильно - недостаточно глубоко (Б) и слишком глубоко (В).

Соответственно повышается вероятность недостаточного эффекта и повреждения плодных оболочек.

Г Правильно введенная ламинария расширилась и раскрыла шейку матки.

