

Невынашивание, недонашивание и перенашивание беременности



ФГАОУ ВПО «БФУ имени Иммануила Канта»

Минобрнауки РФ

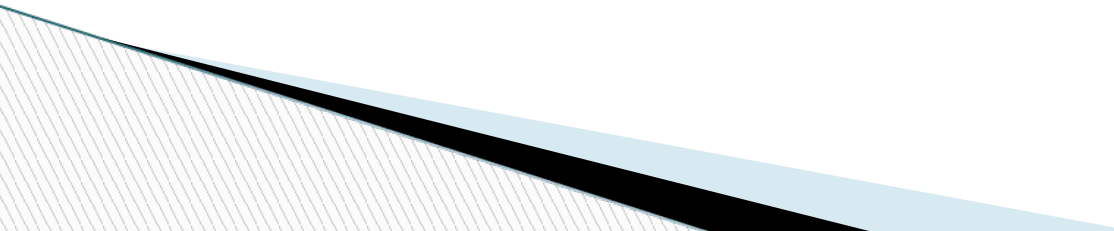
Медицинский институт

Зав.кафедрой акушерства и гинекологии

д.м.н. профессор

Пашов Александр Иванович

План лекции

- Актуальность темы
 - Определение преждевременных родов
 - Показатели перинатальной смертности
 - Группы риска по преждевременным родам
 - Диагностика угрозы прерывания беременности
 - Классификация преждевременных родов
 - Терапия угрожающего прерывания беременности
 - Ведение преждевременных родов
 - Выводы
- 

Невынашивание беременности



Актуальность проблемы невынашивания беременности

- ▣ **Риск репродуктивных потерь** возрастает с увеличением числа неудач и достигает **50% после 3** самопроизвольных потерь беременности.



- ▣ **Мировая тенденция и тенденция в нашей стране:** планирование беременности в старшем репродуктивном возрасте, каждая беременность становится уникальной, а возможно и единственной.
- ▣ **Рост числа преждевременных родов и, как следствие, недоношенных детей.**
- ▣ **Переход на международную систему регистрации перинатальной смертности**, начиная с массы плода **500 г** и срока беременности **22 недели**.

Недоношенность: медицинская и социальная проблема



- ▣ Наряду с ростом выживаемости новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, неизбежно происходит **рост детской инвалидности.**
- ▣ **Цель обследования и терапии:** пролонгировать беременность до оптимального гестационного срока с позиций здоровья матери и прогноза для новорожденного.

Современные тенденции в акушерстве

(трансформация тактики)

- В результате вспомогательных репродуктивных технологий **происходит наступление беременностей** у женщин, у которых беременность самопроизвольно никогда бы не наступила.
- **Снятие запретов** на наступление и пролонгирование беременности у женщин с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями (ряд онкологических заболеваний, заболевания сердечно-сосудистой системы, болезни крови и др.)



Акушерство стало перинатальным

- Тактика ведения беременности определяется не только и не столько состоянием матери, но и в большой степени состоянием и прогнозом для плода.
- Изолированные пороки развития плода во многих случаях стали не основанием для прерывания беременности, а для проведения коррекции после рождения, а в некоторых случаях и внутриутробно.



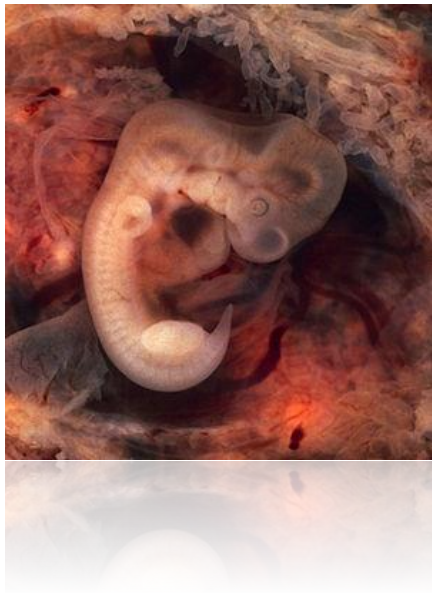
Акушерство стало перинатальным

- ▣ **Практика перинатальных консилиумов с привлечением акушеров, специалистов функциональной диагностики, хирургов-неонатологов, педиатров.**
- ▣ **Совместное определение тактики ведения беременности, прогнозирование осложнений, определение плана ведения ребенка после рождения.**
- ▣ **Выбор метода родоразрешения в интересах плода (примеры – дети с внутричерепными гематомами, гастрошизис, гемолитическая болезнь плода при неготовности родовых путей к родам, ФФТС и т.д.)**



Невынашивание беременности

**Невынашивание беременности
(прерывание до 22 недель) –**



Сложный полиэтиологический
симптомокомплекс, маркер
дисбаланса взаимодействия
репродуктивной системы женщины
с другими системами
жизнеобеспечения организма.

Невынашивание беременности

□ Невынашивание беременности:



спорадическое («генетический сброс»)

□ **привычное** (2-3 и более самопроизвольных выкидышей, следующих один за другим)

Невынашивание беременности



Невынашивание беременности:

- ▣ **Ранние** выкидыши до 12 недель (80% всех потерь беременности).
- ▣ **Поздние** – 12-22 недель беременности.
- ▣ **Преждевременные роды (син.– недонашивание)** прерывание беременности от 22 до 37 (259 дней) полных недель (масса плода от 500 до 2500г).

Частота невынашивания беременности

Частота самопроизвольного прерывания беременности составляет около **10-20 %** от общего числа всех выявленных беременностей

1. в I триместре - **50%**,
2. во II триместре – **20%**,
3. в III триместре – **30%**.



Эпидемиология

Частота невынашивания
беременности зависит от
возраста:



- **12%** среди женщин моложе 29 лет;
- **до 50%** у женщин старше 45 лет.

Этиология

Причины самопроизвольного прерывания беременности разнообразны:

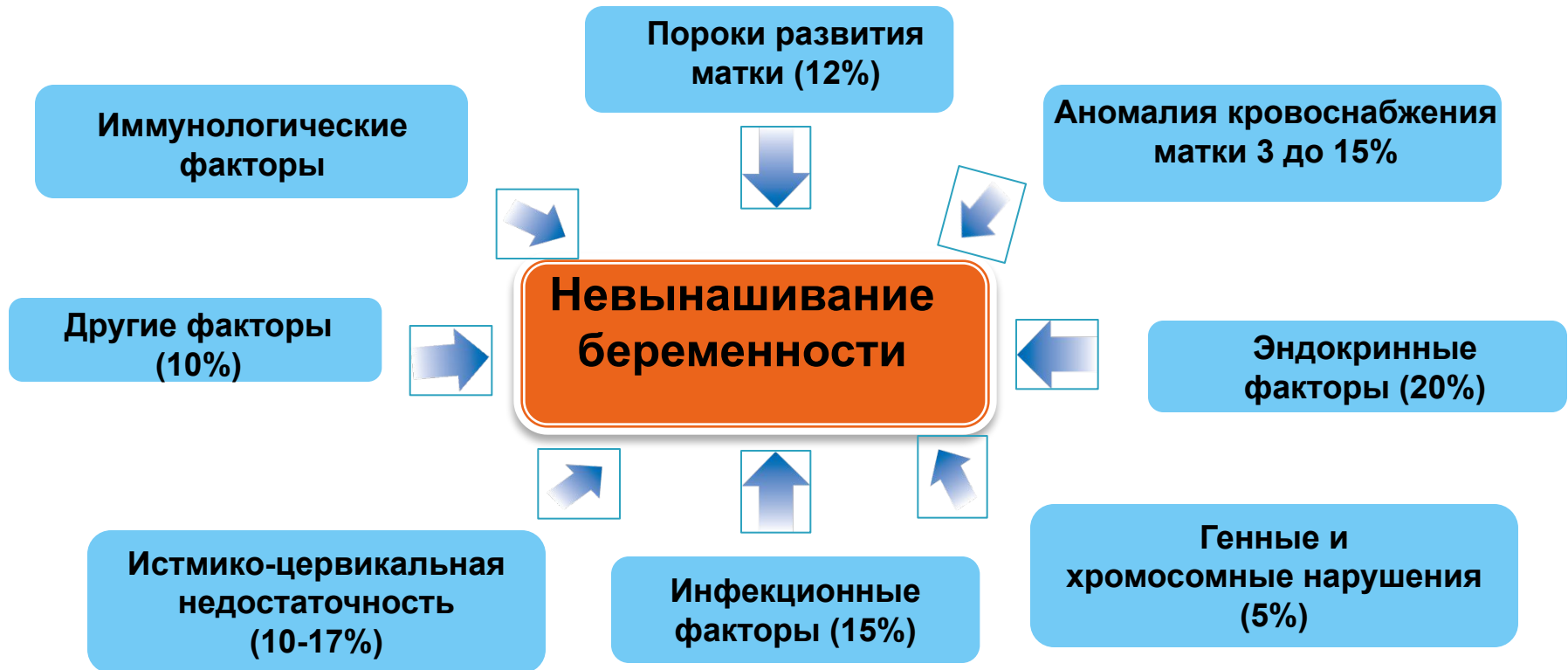
- генетические
- анатомические
- эндокринные
- иммунологические
- инфекционные
- мужской фактор
- причина неясна*



* В случаях, когда причина прерывания беременности

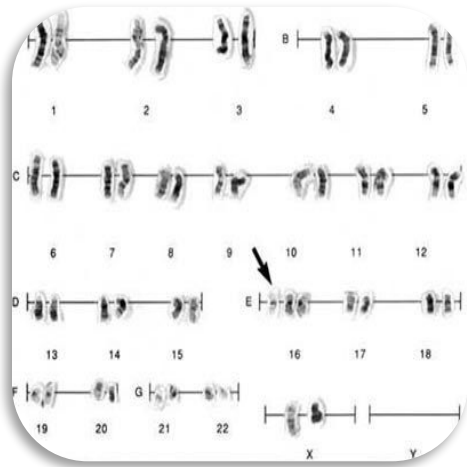
не выяснена, ее называют **идиопатической**

Основные причины невынашивания беременности



Хромосомные причины

Выделяют два основных типа хромосомных нарушений:



■ нарушения числа хромосом (количественные аберрации);

■ нарушения структуры хромосом (структурные аберрации).

Анатомические причины

- **Аномалии развития матки** (полное удвоение матки; двурогая, седловидная, однорогая матка; частичная или полная внутриматочная перегородка).
- **Истмико-цервикальная недостаточность:**
 - Органическая (анатомическая);
 - Функциональная (гормональная).



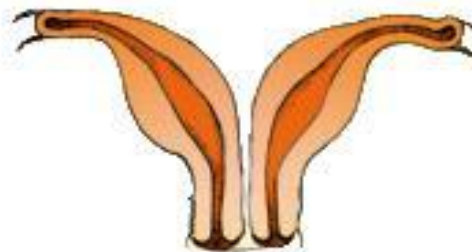
Седловидная матка



Матка с перегородкой



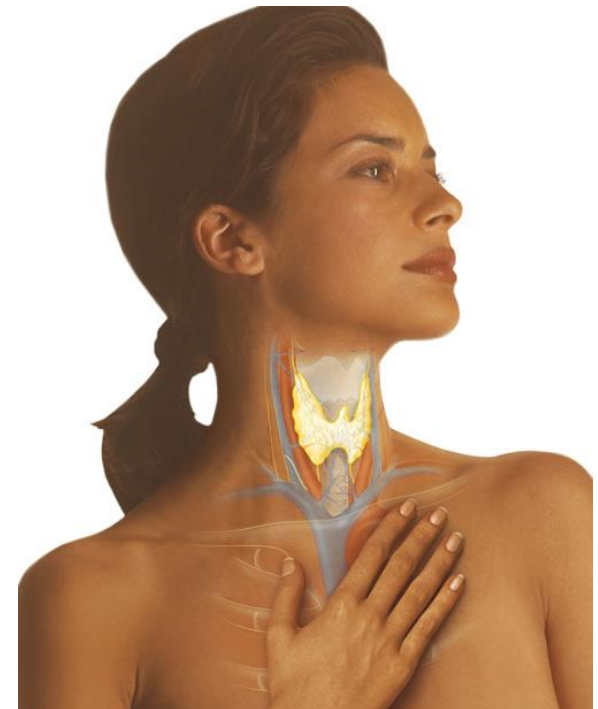
Двурогая матка



Полное удвоение матки

Эндокринные причины (20%)

- недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ);
- нарушение выработки ЛГ/ФСГ;
- дисфункция щитовидной железы;
- сахарный диабет;
- гиперандрогения (яичникового, надпочечникового или смешанного генеза).



Иммунологические причины

Аутоиммунные (антифосфолипидный синдром).

Аллоиммунные нарушения

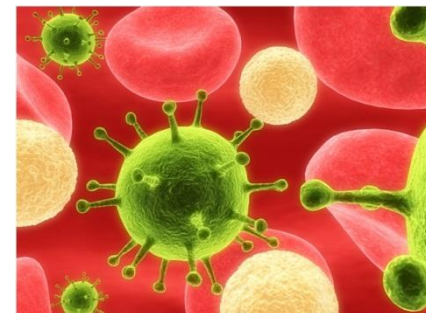
- аномальная активность естественных киллеров (NK);
 - изменение соотношения Т-хелперов-1 (Th1) и Т-хелперов-2 (Th2)
- др.



Инфекционные причины

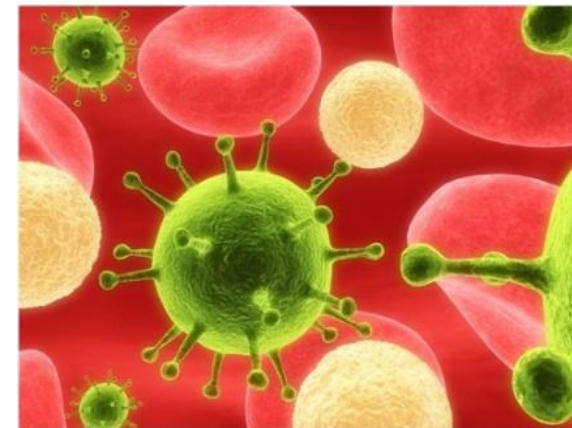
К основным инфекциям приводящим к спонтанному прерыванию беременности, относятся:

- вирусная
- бактериальная хламидийная, микоплазменная, уреаплазменная инфекция, гонококки

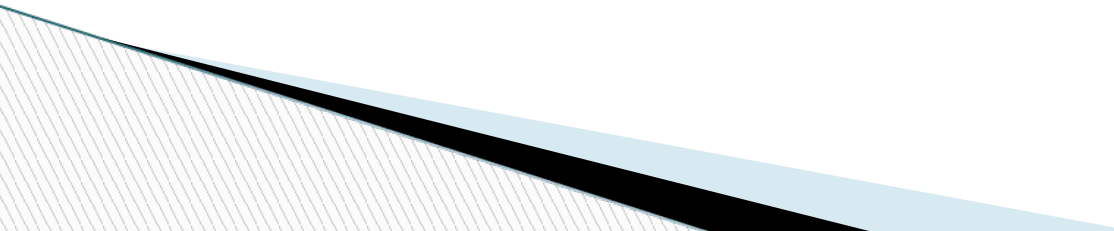


Инфекционные причины

- Хронический эндометрит
(выскабливание полости матки)
- ОРВИ
- Заболевания мочевыделительной системы (бессимптомная бактериурия, цистит)
- Вагинит/вагиноз



Другие причины невынашивания

1. Тяжелые соматические заболевания матери (сахарный диабет);
 2. Злоупотребление алкоголем, табакокурение наркомания;
 3. Радиация, хроническое отравление токсическими веществами (мышьяк, бензин, оксид этилена, формальдегид, свинец);
 4. Прием лекарственных препаратов с тератогенным эффектом.
- 

Классификация самопроизвольных выкидышей по МКБ-10:

- ▣ **O03** Самопроизвольный аборт
- ▣ **O02.1** Несостоявшийся
выкидыш
- ▣ **O20.0** Угрожающий аборт



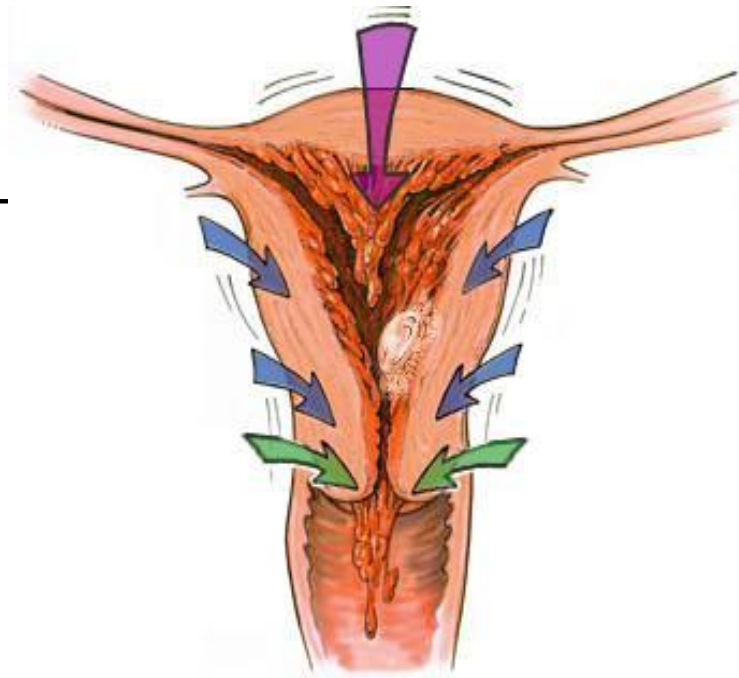
Самопроизвольный аборт

Варианты течения выкидыша:

- сокращения матки - отслойка плодного яйца
- гибель плодного яйца (неразвивающаяся беременность) – сокращения матки
- отслойка плодного яйца и сокращения матки происходят одновременно

Диагностика:

- жалобы
- общее и гинекологическое обследование
- УЗИ
- β - субъединица ХГЧ



Неразвивающаяся беременность

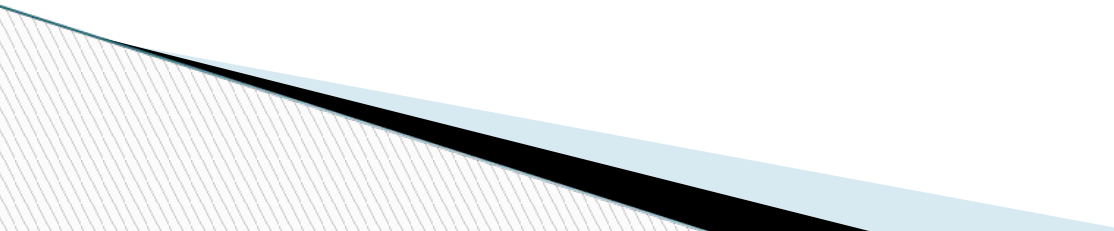
- — это гибель эмбриона или плода без экспульсии элементов плодного яйца из полости матки до гестационного срока 22 недели.
- КОД ПО МКБ-10
O02.1 Несостоявшийся выкидыш.



Неразвивающаяся
беременность по типу
анэмбрионии

Клиника

Угрожающий аборт

- тяжесть или незначительные тянущие боли внизу живота и в области крестца;
 - размеры матки соответствуют сроку задержки менструации;
 - структурных изменений шейки матки нет;
 - кровянистые выделения из половых путей отсутствуют;
 - УЗИ: имеется сердцебиение плода, размеры соответствуют сроку беременности.
- 

Клиника

Начавшийся выкидыш



- Шейка матки укорочена, зев зияет;
- Тело матки плотное, соответствует сроку задержки менструации;
- Схваткообразные боли более выражены, кровянистые выделения различной интенсивности;
- Плодное яйцо отслаивается на небольшом участке, поэтому величина матки соответствует сроку беременности.

Клиника

- Если нижний полюс плодного яйца легко достигается через шейечный канал, то говорят об **«аборте в ходу»**.
- ▣ **Аборт в ходу:**
 - Схваткообразные боли внизу живота;
 - Выраженное кровотечение;
 - Канал шейки матки раскрыт, плодное яйцо находится в канале шейки матки, нижний полюс его может выступать во влагалище.

Клиника

Неполный аборт

- Плодное яйцо частично изгоняется из полости матки;
- Схваткообразные боли внизу живота и кровотечение различной интенсивности;
- Канал шейки матки раскрыт;
- Матка мягкой консистенции;
- Ее размеры меньше, предполагаемого срока беременности;
- В матке обычно задерживаются плодные оболочки, плацента или ее часть.



Клиника

Полный аборт

- плодное яйцо полностью изгоняется из полости матки;
- матка сокращается, кровотечение прекращается.



Диагностика

Лабораторные и аппаратные методы исследования :

- измерение базальной температуры;
- динамическое исследование содержания ХГЧ;
- ультразвуковое сканирование.



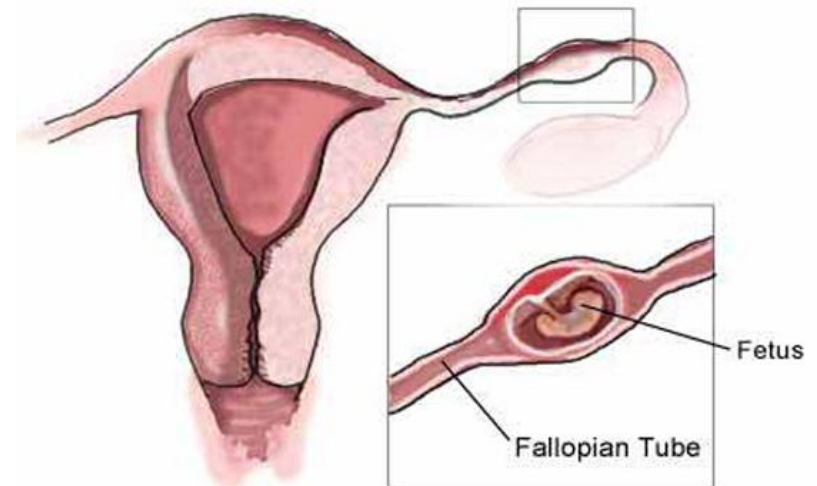
Признаки угрожающего аборта (УЗИ)

- ▣ Не соответствующие сроку беременности большие размеры плодного яйца и желточного мешка;
- ▣ Отсутствие эмбриона, малые размеры эмбриона;
- ▣ Неправильная форма или смещение желточного мешка;
- ▣ Отсутствие сердцебиения эмбриона, замедленное сердцебиение;
- ▣ Большие размеры ретрохориальной гематомы – **более 25%** поверхности плодного яйца.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика с:

- внематочной беременностью,
- пузырным заносом,
- нарушениями менструального цикла,
- доброкачественными и злокачественными заболеваниями шейки, тела матки и влагалища.



Лечение

- В России беременную с угрожающим абортом в ранние сроки госпитализируют, а за рубежом считают, что такое состояние не требует лечения в стационаре (**идеально - дневной стационар**).
- Полупостельный режим;
- Терапия в зависимости от выявленной причины угрозы прерывания (АФС, вагиноз/вагинит, анемия и др.);
- Регуляция деятельности кишечника (во избежание запоров и повышенной продукции серотонина);
- Седативные препараты (электросон);
- Гестагены (дидрогестерон – «Дюфастон», микронизированный прогестерон – «Утрожестан» (интравагинально)).

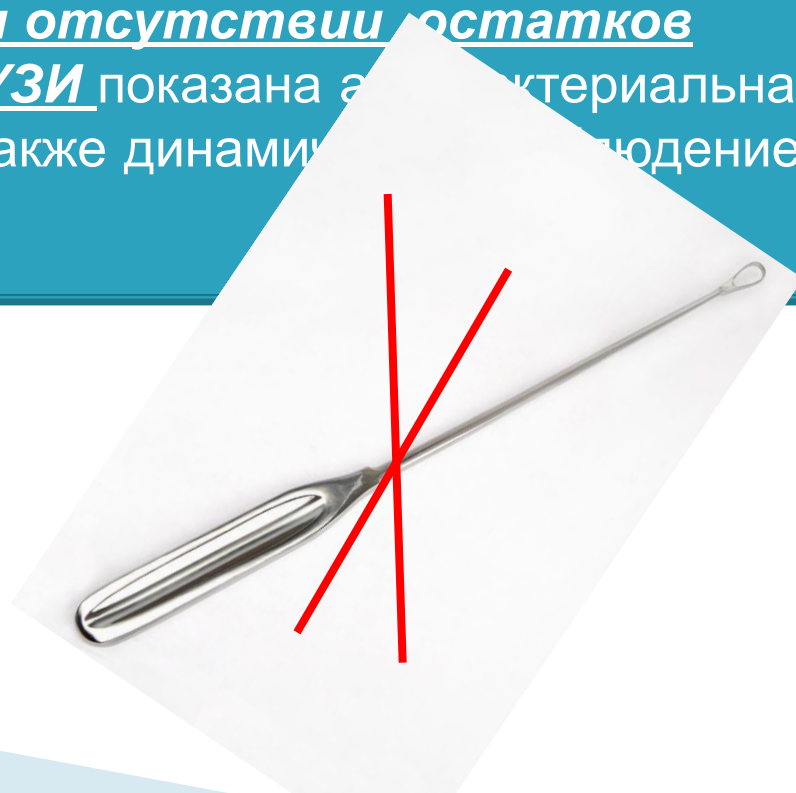
Лечение во II триместре беременности:

- ✓ Полупостельный режим;
- ✓ Физический, психологический и сексуальный покой;
- ✓ Гестагены до 20 недель беременности **дидрогестерон, микронизированный прогестерон**(при укороченной шейке матки по УЗИ, менее 25 мм вагинальным датчиком);
- ✓ В поздние сроки беременности - **нифедипин**, который назначают сублингвально по 10-20 мг 3 раза в сутки.

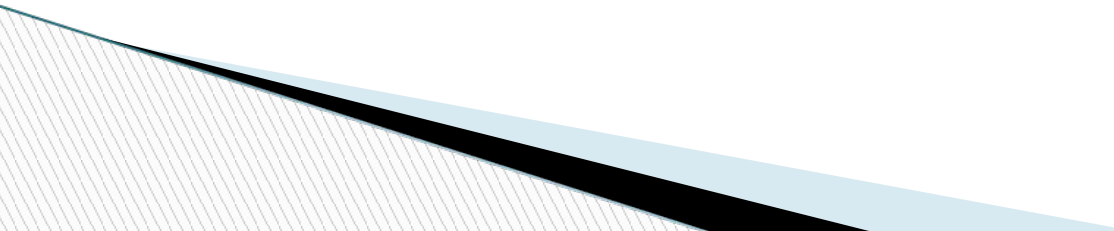
Полный аборт

Приказ Минздрава России №572н от 01.11.2012 г.

При самопроизвольном, искусственном, ином аборте вне больничного учреждения, при отсутствии остатков плодного яйца по данным УЗИ показана антибактериальная и утеротоническая терапия, а также динамическое наблюдение!!!



Септический аборт

- Нарушение общего состояния;
 - Подъем температуры;
 - Боли внизу живота;
 - Кровянисто-гноевидные выделения из половых путей;
 - Тахикардия, тахипноэ, дефанс мышц передней брюшной стенки;
 - Бимануальное исследование – матка болезненная, мягкой консистенции, шейка матки расширена;
 - В тяжёлых случаях - **сепсис и септический шок.**
- 

Профилактика

- Специфической профилактики спорадического выкидыша нет.
- Для профилактики дефектов невральной трубки, которые могут быть причиной ранних самопроизвольных выкидышей, рекомендуют принимать **фолиевую кислоту** за **2-3** менструальных цикла **до зачатия** и в первые **12 недель** беременности в суточной дозе **0,4 мг**.
- Если при предыдущих беременностях отмечены дефекты невральной трубки плода, дозу фолиевой кислоты увеличивают **до 8 мг/сутки**.

Тактика

- При неразвивающейся беременности (до 12 недель) показано одномоментное инструментальное опорожнение полости: **вакуум-аспирация (*гистероскопический контроль*)**.
- **Мизопростол («Миролют», «Сайтотек»)** (при стабильном состоянии женщины) Через каждые **4 часа во влагалище** по одной таблетке (**200 мкг**), всего **4 таблетки**.

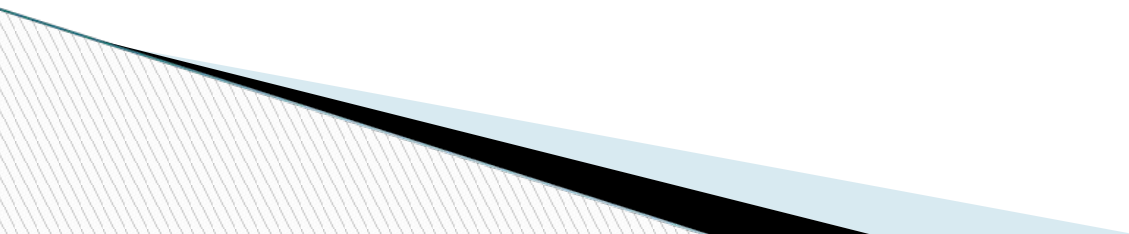


Лечение

- Альтернативой является также использование антипрогестинового стероида **мифепристона** в дозе 600 мг («Мифегин», «Агеста», «Гинепристон», «Гинестрил», «Женале», «Миропристон», «Мифепрекс», «Мифолиан» и др.), в сочетании с простагландинами для усиления эффективности действия препарата.



Преждевременные роды



Преждевременные роды в 22 недели



Пролобирование плодного пузыря при ИЦН



Оказание акушерской помощи



Растяжение вульварного кольца



Рождение плода в оболочках



Пересечение пуповины



Осмотр последа



Первичная обработка новорожденного



Реанимационная помощь новорожденному



Реанимационная помощь новорожденному



Контакт новорожденного с мамой



ИВЛ глубоко недоношенного новорожденного



Свидание с родственниками



Интенсивная терапия новорожденного



«Иные нравы» западной медицины



Смерть новорожденного (на 2-е сутки)



Смерть новорожденного. Горе отца.



Смерть новорожденного. Горе брата и бабушки.



Горе семьи



Обряд «собрания» покойного



Материнские слезы



Слезы родных



В последний путь



Прощание с близкими



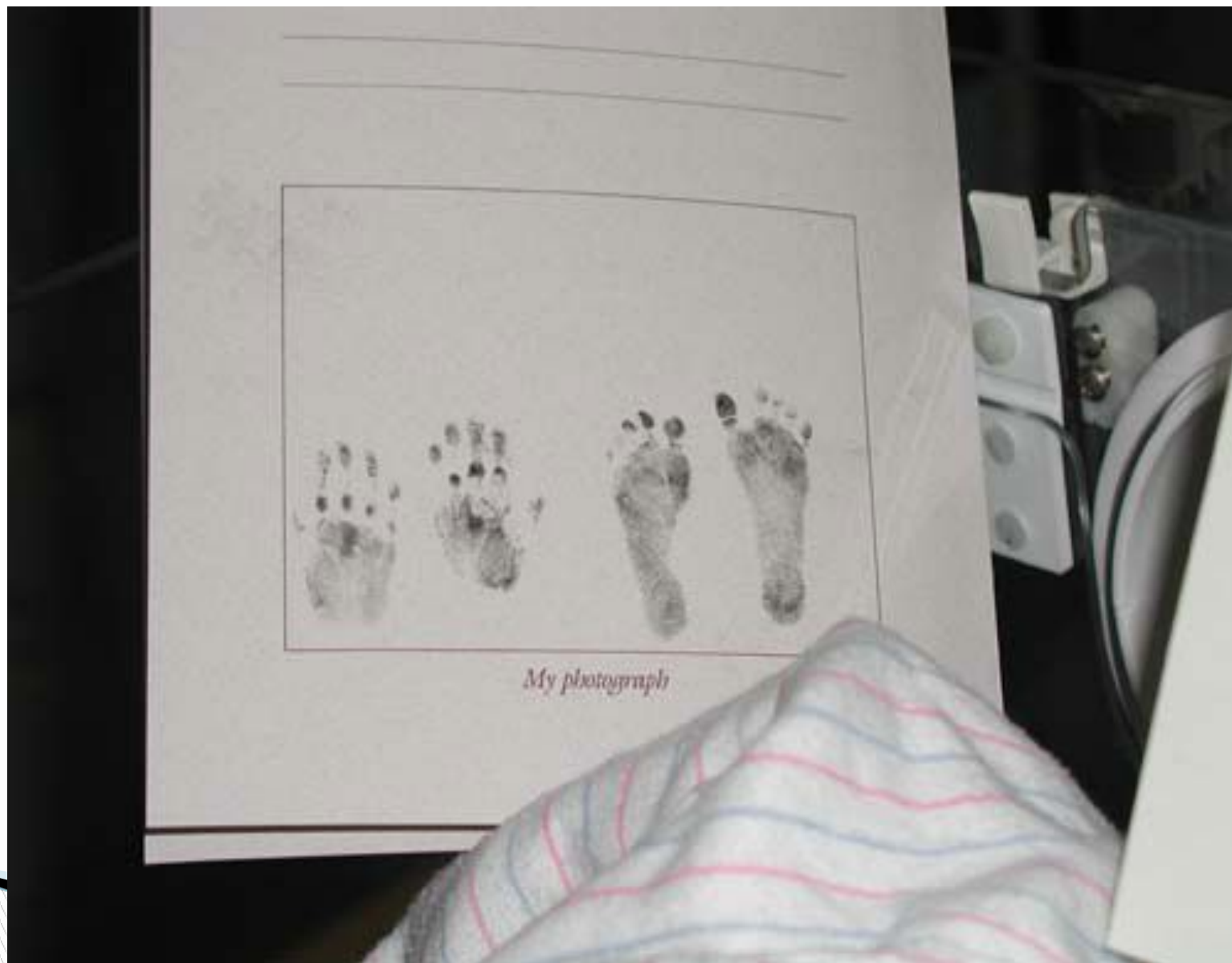
Священный обряд







На вечную память



Надгробная доска



В последний путь



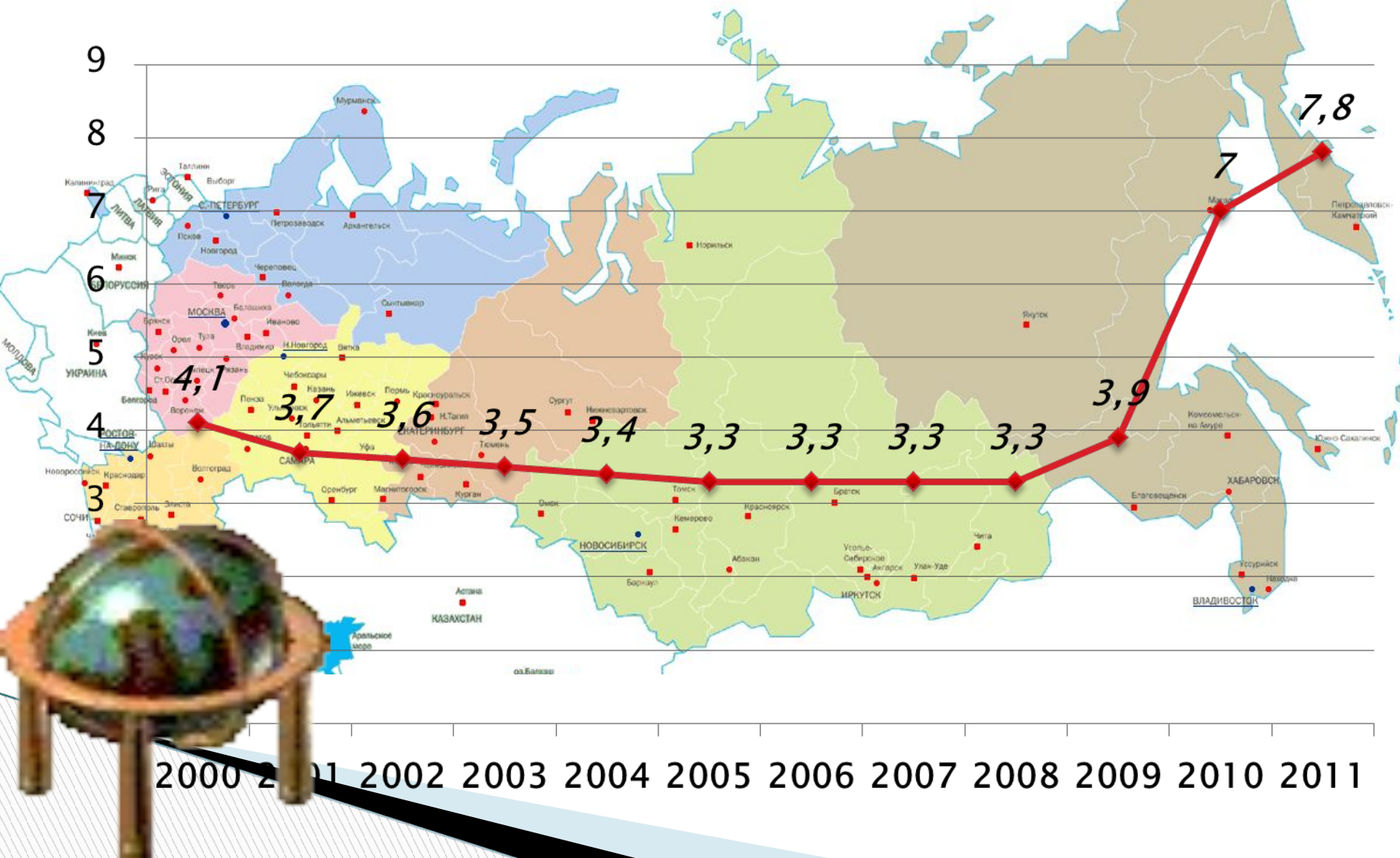
Определение

- Недонашиванием или **преждевременными родами** (англ. – **preterm labor**) по рекомендации **ВОЗ** считают самопроизвольное прерывание беременности в сроки **от 22 до 37 недель**, рождением плода с массой от 500 г до 2500 г, ростом от 35 до 45 см, с признаками незрелости.



ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ В РОССИИ (%)

(Минздравсоцразвития РФ)



Эпидемиология

- До **30%** преждевременных родов связано с **преждевременным излитием околоплодных вод.**
- Изменение оболочек амниона с их последующим разрывом **связано с инфицированием восходящим путем** микроорганизмами заселяющими влагалище.
- Риск инфицирования плодных оболочек **возрастает при истмико-цервикальной недостаточности.**

Классификация

Код по МКБ-10

- ▣ 0.60 Преждевременные роды.
- ▣ 0.42 Преждевременный разрыв плодных оболочек.

По рекомендации ВОЗ, преждевременные роды делят по гестационному сроку:

- ▣ **22-27** недель – очень ранние преждевременные роды;
- ▣ **28-33** недели – ранние преждевременные роды;
- ▣ **34-37** недель – преждевременные роды.

Классификация

По механизму возникновения преждевременные роды делят на:

1. самопроизвольные;
2. индуцированные (искусственно вызванные).

По клиническому течению различают:

- - угрожающие преждевременные роды;
- - начавшиеся преждевременные роды.

Этиология

- **Экстрагенитальные заболевания матери** (сахарный диабет, артериальная гипертензия, болезни почек, эндокринные заболевания, анемии, острые и хронически инфекции);
- **Акушерские осложнения** (кровотечения в ранние и поздние сроки беременности связанные с предлежанием, миграцией, отслойкой хориона);
- **Преэклампсия;**
- **Резус и АВО-несовместимость;**
- **Плацентарная недостаточность;**
- **Гипоксия и задержка роста плода;**
- **Аномалии развития плода.**



Клиника

Угрожающие преждевременные роды:

- Боли в поясничной области и нижней части живота;
- Тонус матки повышен;
- Двигательная активность плода повышена;
- Предлежащая часть плода прижата ко входу в малый таз.

Начавшиеся преждевременные роды:

- Схваткообразные боли внизу живота;
 - Укорочение шейки матки, нередко сглаживание.
- 

Диагностика ПР

- ▣ Схваткообразные боли или схватки;
- ▣ Излитие или подтекание околоплодных вод;
- ▣ Структурные изменения в шейке матки;
- ▣ Признаки хориоамнионита.



Течение преждевременных родов

- Преждевременное излитие околоплодных вод (**30- 40%**);
- Аномалии родовой деятельности (**слабость, дискоординация**);
- **Быстрые или стремительные роды** при истмико-цервикальной недостаточности или затяжные, вследствие незрелой шейки матки, неподготовленности нейроэндокринных механизмов регуляции;
- **Гипоксия** плода;
- Дородовое **кровотечение** в результате отслойки низко или нормально расположенной плаценты, либо предлежания плаценты;
- **Кровотечения** в последовом и раннем послеродовом периодах вследствие задержки частей плаценты;
- **Инфекционные** осложнения в родах (хориоамнионит)
- и в послеродовом периоде (эндометрит, флебит).



Дифференциальная диагностика угрожающих ПР

- ▣ Острый аппендицит;
- ▣ Острый цистит;
- ▣ Острый пиелонефрит, МКБ;
- ▣ Несостоятельный рубец на матке;
- ▣ Нарушение трофики миоматозного узла.



Принципы терапии УПР

1. Постельный режим (?)
2. Психотерапия, седативные средства;
3. Спазмолитическая терапия;
4. Средства снижающие активность матки (сульфат магния, токолитики, антагонисты ионов кальция);
5. Немедикаментозные методы (иглоукалывания, электроаналгезия и др.);
6. Физиотерапевтические методы (электрофорез магния синусоидальными токами и т.д.).

Акушерство: Учебник для студентов мед. вузов /под ред. Г.М. Савельевой, В.И. Кулакова, А.Н. Стрижакова и др. (2000)

Лечение



- Постельный или полупостельный режим

Токолиз:

- атосибан (трактоцил), β -адреномиметики (партусистен, гинипрал);
- антагонисты кальция (нифедипин, изоптин, финоптин, верапамил);
- ингибиторы простагландинсинтетазы (индометацин и др.)
- Профилактика РДС плода глюкокортикоидами (дексаметазон)

**Токолитик
спасающий обе жизни**




Трактоцил[®]
атозибан

Трактоцил® (атозибан)

- Препарат зарегистрирован в РФ 03.05.2012 г.
- Номер регистрационного удостоверения № ЛП-001692.
- **Фармакологическая группа:** родовой деятельности подавляющее средство – блокатор окситоциновых рецепторов.

В 2013 году Трактоцил вошел в стандарты по преждевременным родам

Стандарт специализированной медицинской помощи при преждевременных родах

G02CA	Симпатомиметики, токолитические препараты		0,2			
		Гексопреналин		мг	0,5	1,5
G02CX	Другие препараты для применения в гинекологии		0,2			
		Атозибан		мг	7,5	75
G03DA	Производные прегн-4-		0,05			

- В стандарты по преждевременным родам Трактоцил включен

Форма выпуска препарата Трактоцил®

Две формы выпуска:

1. 0,9 мл (6,75 мг Атозибана)- болюсная (струйно)
2. 5 мл (37,5 мг Атозибана) – концентрат для приготовления раствора.

Показания для применения препарата Трактоцил®

- Регулярные сокращения матки продолжительностью не менее 30 секунд и частотой более 4 в течении 30 минут
- Раскрытие шейки матки от 1 до 3 см (0 – 3 см для нерожавшей женщины).
- Возраст старше 18 лет
- Срок беременности от 24 до 33 полных недель
- Нормальная частота сердечных сокращений у плода

Противопоказания препарата Трактоцил®

- Срок беременности менее 24 или более 33 полных недель;
- Преждевременный разрыв оболочек при беременности сроком более 30 недель;
- Внутриутробная задержка развития плода;
- Аномальная частота сердечных сокращений у плода;
- Маточное кровотечение, требующее немедленных родов;
- Эклампсия и тяжелая преэклампсия, требующая немедленных родов;
- Внутриутробная смерть плода;
- Подозрение на внутриматочную инфекцию;
- Предлежание плаценты;
- Отслойка плаценты;
- Любые состояния матери и плода, при которых сохранение беременности представляет опасность;
- Грудное вскармливание;
- Повышенная чувствительность к атозибану или к одному из компонентов препарата.

Краткий обзор европейских клинических руководств по использованию токолитиков в терапии преждевременной сократительной деятельности матки

Страна	Организация	Руководство	Дата вступления в силу	Новая версия
Австрия	OEGGG	Атозибан – первая линия терапии	Май 2005 г.	Май 2009 г.
Бельгия	GGOLFB VVOG	Атозибан – первая линия терапии	2006 г. 2007 г.	
Дания	DSOG	Атозибан – первая линия терапии		
Франция	CNGOF	Терапия первой линии – Атозибан , бета-миметики, блокатор кальциевых каналов	2002 г.	
Германия	DGGG	Атозибан – первая линия терапии	2008 г.	2010 г.

Краткий обзор европейских клинических руководств по использованию токолитиков в терапии преждевременной сократительной деятельности матки

Страна	Органи- зация	Руководство	Дата вступления в силу	Новая версия
Италия	SLOG	Атозибан – первая линия терапии	2004 г.	
Нидерланды	NVOG	Атозибан и Нифедипин – первая линия терапии	2004 г.	
Норвегия	NGF	Атозибан – первая линия терапии		
Испания	SEGO	Атозибан – первая линия терапии	2004 г.	
Великобритания	RCOG	Атозибан и Нифедипин – первая линия терапии	2002 г.	

Механизм действия препаратов при лечении угрожающих ПР

- **Бета-миметики:** увеличивают внутриклеточное содержание цАМФ, который снижает содержание свободного кальция.
- **Сульфат магния:** конкурирует с кальцием за проникновение в клетку.
- **Ингибиторы простагландин синтетазы:** уменьшают продукцию ПГ, блокируют превращение свободной арахидоновой кислоты в ПГ.
- **Блокаторы кальциевых каналов:** Предотвращение поступления кальция в мышечные клетки. Потенцирует действие сульфата магния, но конкурирует с β -адреномиметиками.

Схема применение сульфата магния при ПР

- **6 г** магния сульфата разводят в 100 – 150 мл раствора 5% глюкозы и вводят в/в в течение **15 – 20 мин** в качестве нагрузочной дозы;
- **40 г** магния сульфата разводят в 1000 мл раствора 5% глюкозы, что обеспечивает концентрацию препарата, равную **1 г на 25 мл** раствора;
- Начинают дозированную инфузию: исходная скорость введения обычно равняется **2 г/час (50 мл /час)** и при необходимости увеличивают на **0,5 г/час**.

Побочные эффекты: приливы жара и головные боли. Редко угнетение дыхания и сердечной деятельности.

Данные С.В. Beckmann et al. (2004)

(Американская Ассоциация преподавателей акушерства и гинекологии)

Схема применение сульфата магния при начинающихся ПР

- **4 – 6 г** магния сульфата разводят в 100 мл раствора 5% глюкозы и вводят в/в в течение 20 – 30 мин в качестве нагрузочной дозы;
- **40 г** магния сульфата разводят в 1000 мл раствора 5% глюкозы, что обеспечивает концентрацию препарата, равную **1 г на 25 мл** раствора;
- Начинают дозированную инфузию: исходная скорость введения обычно равняется **2 г/час (50 мл /час)** и при необходимости увеличивают на **1 г/час** до максимальной дозы **4 – 5 г/час.**

Эффективность токолиза 70 - 90%.

*Клинические рекомендации МЗ РФ (2005)
(Российское общество акушеров – гинекологов
и Ассоциация медицинских обществ по качеству РФ)*

Схема применение сульфата магния при угрожающих ПР

- **20 мл 25% магния сульфата** разводят в 200 мл 5% раствора глюкозы или 200 мл или 0,9% раствора натрия хлорида и вводят в/в со скоростью 20 кап в мин.;
- Внутримышечно 25% раствора магния сульфата по **10 мл – 2 раза в сутки.**

*Клинические рекомендации МЗ РФ (2005)
(Российское общество акушеров – гинекологов
и Ассоциация медицинских обществ по качеству РФ)*

Схема применение нифедипина при ПР

- ▣ **Нагрузочная доза 30 мг** (3 капсулы); одну капсулу пациентка разжевывает и две глотает;
- ▣ **Срочный токолиз: 20 мг** внутрь каждые 6 – 8 часов, интервал можно сократить до 4 часов (если АД не ниже 80/мм рт. ст.);
- ▣ **Поддерживающий токолиз: 10-20 мг** через 8 часов при необходимости.

Побочные эффекты: частые приливы жара. У **10 -15%** пациенток головные боли. Редко АД гипотензия и тахикардия, тошнота, потливость, снижение маточно-плацентарного и плодового кровотока.

Данные С.В. Beckmann et al. (2004)

(Американская Ассоциация преподавателей акушерства и гинекологии)

Схема применение нифедипина при ПР

- ❑ **Схема 1:** По 10 мг каждые 20 мин 4 раза, далее по 20 мг каждые 4 – 8 часов в течение 24 часов;
- ❑ **Схема 2:** Нагрузочная доза 30 мг (3 капсулы), далее поддерживающая доза 20 мг в в течение 90 мин, далее при наличии эффекта по 20 мг каждые 4 – 8 часов в течение 24 часов; далее **поддерживающий токолиз** – 10мг через 8 часов.

Может использоваться длительно до 35 нед. гестации.

*Клинические рекомендации МЗ РФ (2005)
(Российское общество акушеров – гинекологов
и Ассоциация медицинских обществ по качеству РФ)*

Необходимый контроль во время инфузии токолитиков

- Частота сердечных сокращений матери каждые 15 минут;
- АД матери каждые 15 мин.;
- Уровень глюкозы крови каждые 4 часа;
- Объем вводимой жидкости и диуреза;
- Количество электролитов крови 1 раз в сутки;
- Аускультация легких каждые 4 часа;
- Состояние плода и сократительная активность матки.

Canadian consensus on the use of tocolytics for preterm labour (SOGC, 1995)

Клинические рекомендации МЗ РФ (2005)



Схема применение индометацина при угрожающих и начинающихся ПР

- **1-е сутки 200 мг** (по 50 мг 4 раза в таблетках или по 1 свече 2 раза в сутки);
- **2-е и 3-и сутки** по 50 мг 3 раза в сутки;
- **4 – 6-е** сутки по 50 мг 2 раза в сутки;
- **7-е сутки** по 50 мг на ночь

Общая курсовая доза не должна превышать **1000 мг**.

Интервал при необходимости повторного курса не менее **14 дней**

*Сидельникова В.М., 2000;
Клинические рекомендации МЗ РФ (2005)
(Российское общество акушеров – гинекологов
и Ассоциация медицинских обществ по качеству РФ)*

Схема применение партусистена при угрожающих и начинающихся ПР

- 0,5мг партусистена в 250 -400 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в капельно;
- начальная скорость введения 5 – 8 кап. в мин.
- средняя скорость введения 15 – 20 кап. в мин.
- длительность введения 4 – 12 час.
- по окончании в/в введения внутрь по 5 мг через 4 – 6 часов или по 2,5 мг через 2 – 3 часа;
- доза снижается постепенно 8 – 10 дней;
- лечение можно проводить длительно до 2-х месяцев.

***Клинические рекомендации МЗ РФ (2005)
(Российское общество акушеров – гинекологов
и Ассоциация медицинских обществ по качеству РФ)
Учебник для студентов мед. вузов /под ред. Г.М. Савельевой, В.И.
Кулакова, А.Н. Стрижакова и др., 2000;***

Профилактика РДС у новорожденных при ПР

- Показана всем беременным между **24 и 34 нед.** при угрожающих и преждевременных родах (АААиГ);
- Показана всем беременным между **28 и 34 нед.** при угрожающих и преждевременных родах, а также возможном досрочном родоразрешении (РОАиГ).



Схемы профилактики РДС у новорожденных при ПР

- ▣ **Схема 1:** 2 дозы по 12 мг бетаметазона в/м через 24 часа;
- ▣ **Схема 2:** 4 дозы по 6 мг дексаметазона в/м через 12 часов;
- ▣ **Схема 3:** 3 дозы по 8 мг дексаметазона в/м через 8 часов.

Оптимальная длительность профилактики РДС 48 часов.

Положительный эффект профилактики РДС снижается через 7 суток.

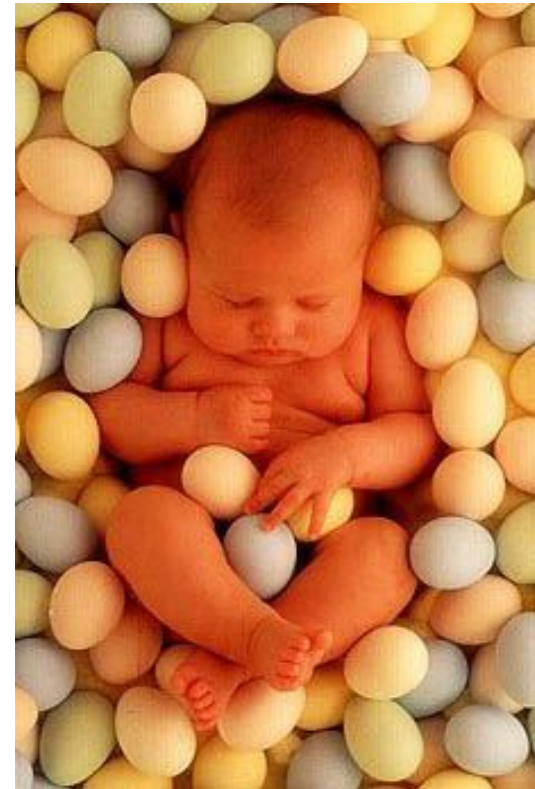
Проведение повторного курса рекомендовано
РОАиГ и ААПАиГ)

Польза повторного курса не доказана (М.Энкин
и др., 2003)



Противопоказания для профилактики РДС

- Признаки хориоамнионита при ПРИОВ;
- Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки;
- Тяжелые формы сахарного диабета;
- Тяжелая преэклампсия;
- Активная форма туберкулеза;
- Недостаточность кровообращения III ст.
- Др. болезни (эндокардит, нефрит, остеопороз).



Признаки хориоамнионита при ПРИОВ

- Тахикардия матери (более 100 уд/м);
- Тахикардия плода (более 160 уд/м);
- Болезненность матки при пальпации;
- ОВ с неприятным (гнилостным запахом);
- Лейкоцитоз (более 15×10^9 /л) со сдвигом формулы влево.

Nota bene !



При одномоментном применении **кортикостероидов и сульфата магния** может возникнуть:

- Отек легких – смерть;
- Гипермагниемия (при нарушении выделительной функции почек) – угнетение дыхания – снижение рефлексов – нарушение проводимости миокарда – остановка сердца - смерть.

Акушерская тактика при ПР

- Широкое применение медикаментозного обезболивания;
- Кардиомониторное наблюдение;
- Широкое применение длительной перидуральной анестезии;
- Посobie в родах без защиты промежности;
- Расширение показаний для КС в случаях осложненного течения родов;
- Роды в присутствии анестезиолога и неонатолога.



Пособие в родах без защиты промежности



Пособие в родах без защиты промежности



Пособие в родах без защиты промежности



Пособие в родах без защиты промежности



Принципы перинатального акушерства



Преждевременные роды. Период раскрытия – болезненные схватки



Преждевременные роды. Применение длительной перидуральной анестезии



Техника выполнения анестезии



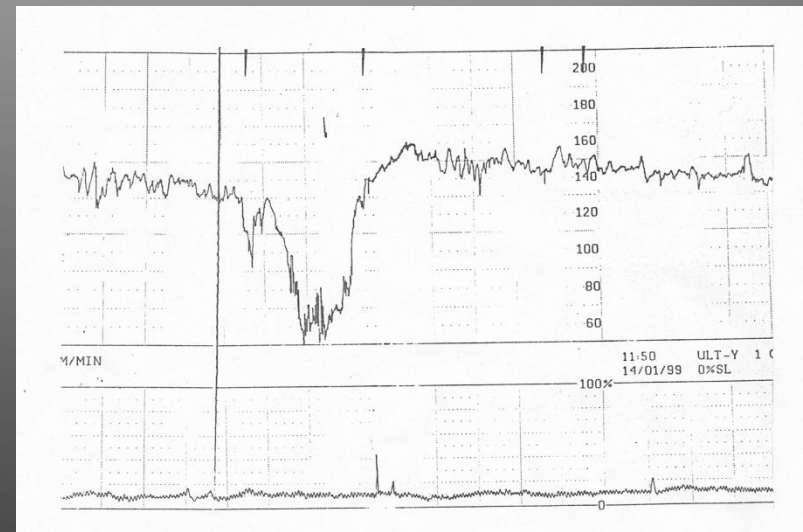
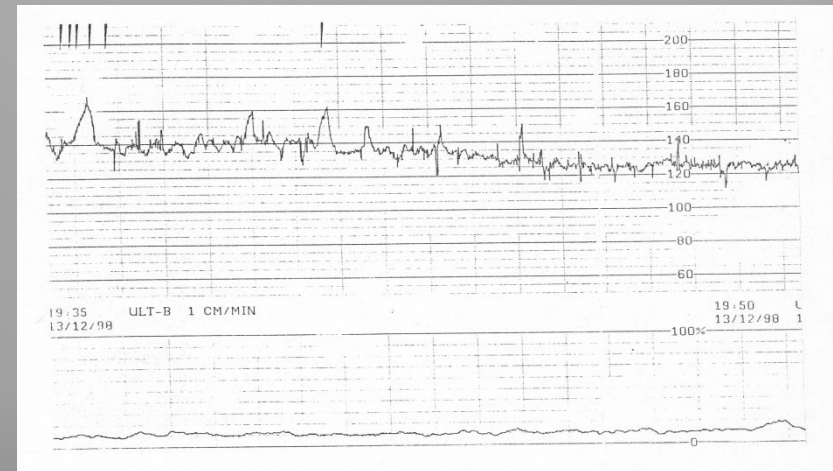
Преждевременные роды с применением длительной перидуральной анестезии. Рождение ребенка



Преждевременные роды с применением длительной перидуральной анестезии. Благополучный исход.



Ведение преждевременных родов под кардиомониторным наблюдением



Расширение показаний для КС в случаях осложненного течения родов

- Слабость родовой деятельности;
- Тазовое предлежание плода;
- Возрастная первородящая;
- Многоплодная беременность;
- Бесплодие в анамнезе и беременность в результате ЭКО.



Роды в присутствии анестезиолога и неонатолога



Консервативное ведение

- **Смена** впитывающих одноразовых подкладных пеленок — **3 - 4 раза** в день или по мере загрязнения;
- **Оценка состояния матери** (ежедневное измерение окружности живота, высоты стояния дна матки, количество и характер изливающихся вод, термометрия и др.) и **плода** (дыхательные движения и двигательная активность плода);
- **УЗ оценка** индекса амниотической жидкости;
- Один раз в **5 дней** осуществлять **посев отделяемого из влагалища** на флору и чувствительность к антибиотикам;
- С профилактической целью проводить коррекцию биоценоза влагалища и стимулировать его заселение лактобациллами (во время еды).

Профилактика

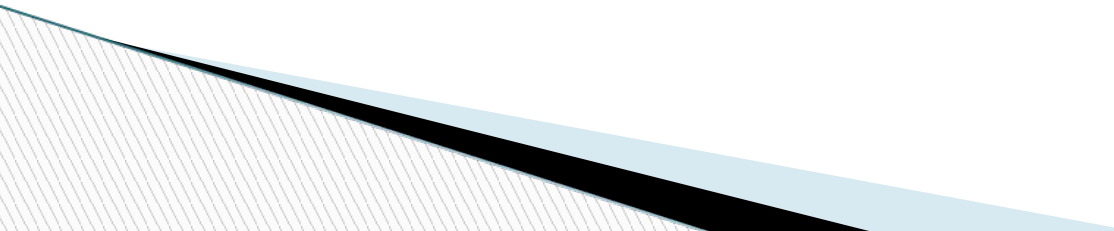
Факторы риска преждевременных родов

Неуправляемые	Управляемые
Преждевременные роды в анамнезе	<u>Курение</u>
Возраст менее 18 и более 40 лет	Наркомания
Дефицит питания	Недоступность антенатальной помощи
Бедность	Короткий интергенетический интервал
Цервикальный фактор	<u>Анемия</u>
Аномалии развития матки, миома матки	Бактериурия
Многоплодие, многоводие	<u>Генитальная инфекция</u>
Кровотечение	Интенсивная работа
Открытие маточного зева более 2 см	Стресс

Перенашивание



План лекции

- Актуальность темы
 - Определение переношенной беременности
 - Диагностика
 - Акушерская тактика
 - Показания к операции КС при переношенной беременности
 - Выводы
- 

Определение

- Беременность называют **переношенной**, если ее длительность составляет **42 и более недель** гестационного (менструального, акушерского) срока.
- Роды при такой беременности называют **запоздалыми**.
- Ребенок **часто** (*но не всегда!*) имеет признаки **«перезрелости»**.

Классификация

- **Тенденция к перенашиванию** (при сроке 41 нед. - 41 нед 6 дней);
- **Истинное перенашивание** (при 42 и более недель).

Этиология

- Позднее половое созревание;
- Нарушение менструальной функции;
- Инфантилизм;
- Перенесенные ранее детские инфекционные заболевания;
- Нарушения обмена веществ;
- Эндокринные заболевания;
- Воспалительные заболевания половых органов;
- Психические травмы;
- Преэклампсия (гестозы);
- Нарушения гипофизарно-надпочечниковой системы плода;
- Указания на перенашивание беременности в анамнезе.

Диагноз

Точная диагностика перенашивания возможна только при наличии **надежной информации** о гестационном сроке:

- по дате **последней менструации**;
- по **первой явке** в женскую консультацию;
- по **первому шевелению**;
- по **данным УЗИ в I триместре**.



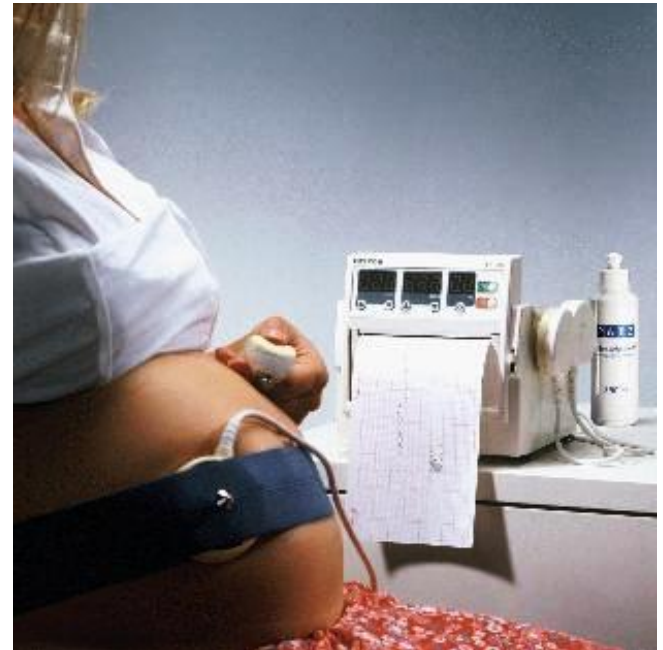
Клиническая картина

- ▣ **Уменьшение** объема живота на 5-10 см, обычно после 290-го дня беременности (дегидратация);
- ▣ **Увеличение** плотности матки, что обусловлено уменьшением количества вод и ретракции мускулатуры матки;
- ▣ **Маловодие;**
- ▣ При влагалищном исследовании — **увеличение плотности** костей черепа, узость швов и родничков;
- ▣ **«незрелая»** шейка матки.

Принципы ведения переносимой беременности

Родоразрешение:

- Через естественные родовые пути (подготовка шейки матки);
- Кесарево сечение.



Признаки перенашивания:

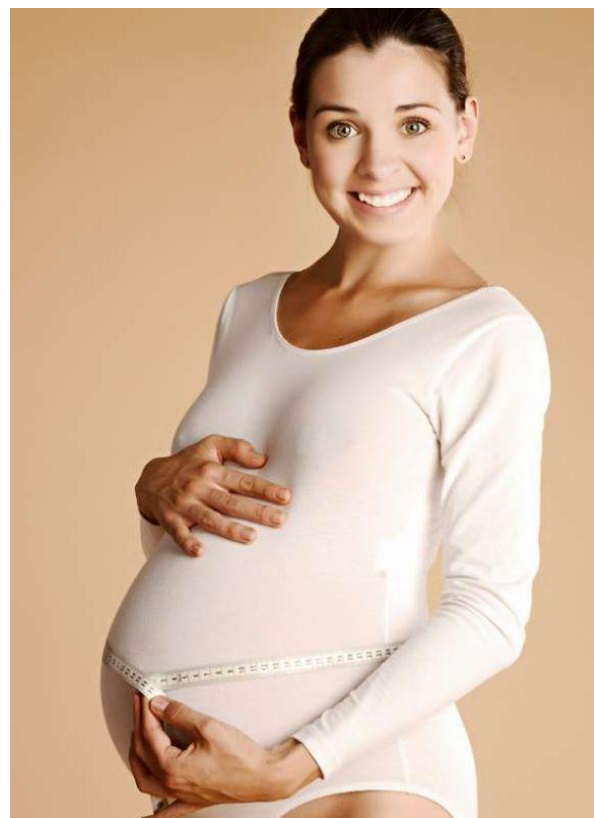
- **Темно-зеленая** окраска кожи, плодных оболочек, пуповины;
- **Мацерация кожи**, особенно на руках и стопках («банные» стопы и ладони);
- **Уменьшение** сыровидной смазки, **уменьшение** подкожной жировой клетчатки и образование складок, снижение тургора кожи («старческий» вид ребенка);
- **Крупные** размеры ребенка, длинные ногти пальцев рук, плохо выраженная конфигурация головки, плотные кости черепа, узкие швы и роднички.



Прогноз:

Зависит исключительно от имевшихся **осложнений** в родах.

Перенашивание само по себе на дальнейшем здоровье **не сказывается**.



ЛИТЕРАТУРА

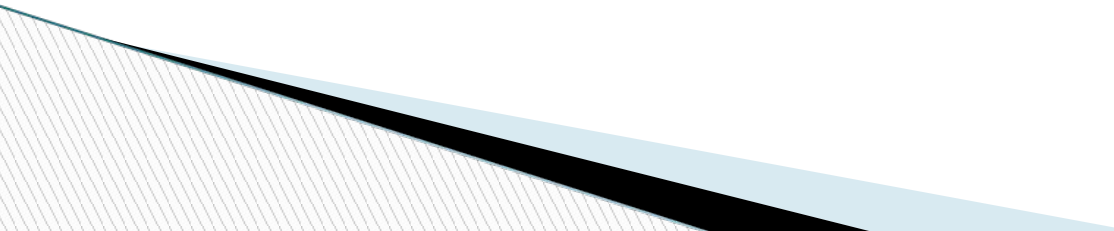
ОСНОВНАЯ

1. ГИНЕКОЛОГИЯ: УЧЕБНИК / РЕД. Г.М. САВЕЛЬЕВА, В.Г. БРЕУСЕНКО. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2008
2. АЙЛАМАЗЯН Э.К. ГИНЕКОЛОГИЯ: УЧЕБНИК СПБ.: СПЕЦЛИТ, 2008

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. ГИНЕКОЛОГИЯ: НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО / ПОД РЕД. В.И. КУЛАКОВА, И.Б. МАНУХИНА, Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
2. ХИРШ Х. ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ. АТЛАС: ПЕР. С АНГ./ПОД РЕД. В.И. КУЛАКОВА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
3. РУКОВОДСТВО К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ГИНЕКОЛОГИИ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД. РЕД. В.Е. РАДЗИНСКОГО М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
4. БАГГИШ М., КАРАМ М.М. АТЛАС АНАТОМИИ ТАЗА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ/ ПОД РЕД. Л.В. АДАМЯНА. - М.: ЛОГОСФЕРА, 2009
5. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПОСОБИЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ И ВРАЧЕЙ / ПОД РЕД. Л.А. ПУТЫРСКОГО, Ю.Л. ПУТЫРСКОГО. - М.: МЕД. ИНФОРМ. АГЕНТСТВО, 2008
6. КАУФМАН Р., ФАРО С., БРАУН Д. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА . - М.: БИНОМ, 2009
7. ЕГОРОВА А.Т., КОРЖОВА И.Н., ШЕВНИНА И.В. ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ. - КРАСНОЯРСК: ИПЦ «ВЕРСО», 2009
8. ПРАКТИЧЕСКАЯ МАММОЛОГИЯ / ПОД РЕД. М.И. ДАВЫДОВА, В.П. ЛЕТЯГИНА. - М.: ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА, 2007

ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ

1. БД МЕДАРТ
 2. БД МЕДИЦИНА
 3. БД EBSCO
- 



***Благодарю
за
внимание!!!***