

ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Подготовил: Пономарев В.В.

План

- Определение переношенной беременности
- Факторы риска возникновения переношенной беременности
- Диагностика переношенной беременности
- Акушерская тактика при перенашивании
- Тактика лечения
- Показания к операции КС при переношенной беременности
- Литература

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- ◎ *Переношенная беременность* – беременность, которая продолжается 42 недели и более (294 дня) после первого дня последней менструации, при этом новорожденный имеет признаки переношенности
- ◎ Частота переношенной беременности составляет приблизительно 3-12%



Факторами риска возникновения переносимой беременности являются

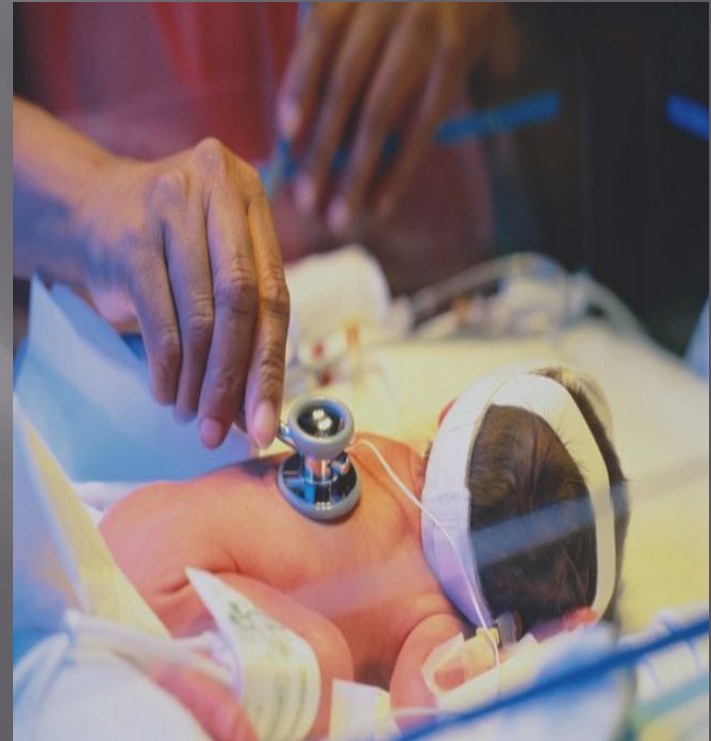
- позднее половое созревание;
- нарушение менструальной функции;
- перенесённые ранее детские инфекционные заболевания;
- нарушения обмена веществ;
- эндокринные заболевания;
- воспалительные заболевания половых органов;
- психические травмы;
- гестозы;
- нарушения гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы плода;
- указания на перенашивание беременности в анамнезе.

Диагностика переносимости беременности

Физикальное обследование:

- Наиболее распространенные в клинической практике критерии определения срока беременности:
 - Формула Naegele: от первого дня последней менструации вычитается 3 месяца и прибавляется 7 дней = 40 недель.
 - Возможность выслушивания тонов сердца плода с помощью акушерского стетоскопа (18-20 недель) или их регистрация доплеровским исследованием (10-12 нед)
 - Восприятие беременной шевелений плода (с 18-20 нед.-первородящие, 16-18 нед. повторнородящие)
 - Высота стояния дна матки (в 20 недель-20 см)
 - Ультрасонографические показатели: КТР плода в первом триместре беременности, БПР, окружность головки. Длина бедренной кости во втором триместре. КТР в первом триместре - точность ± 5 дней; фетометрия плода на 18-20 неделе - точность ± 7 дней.

наружное и внутреннее акушерское обследование



Диагностика переношенной беременности

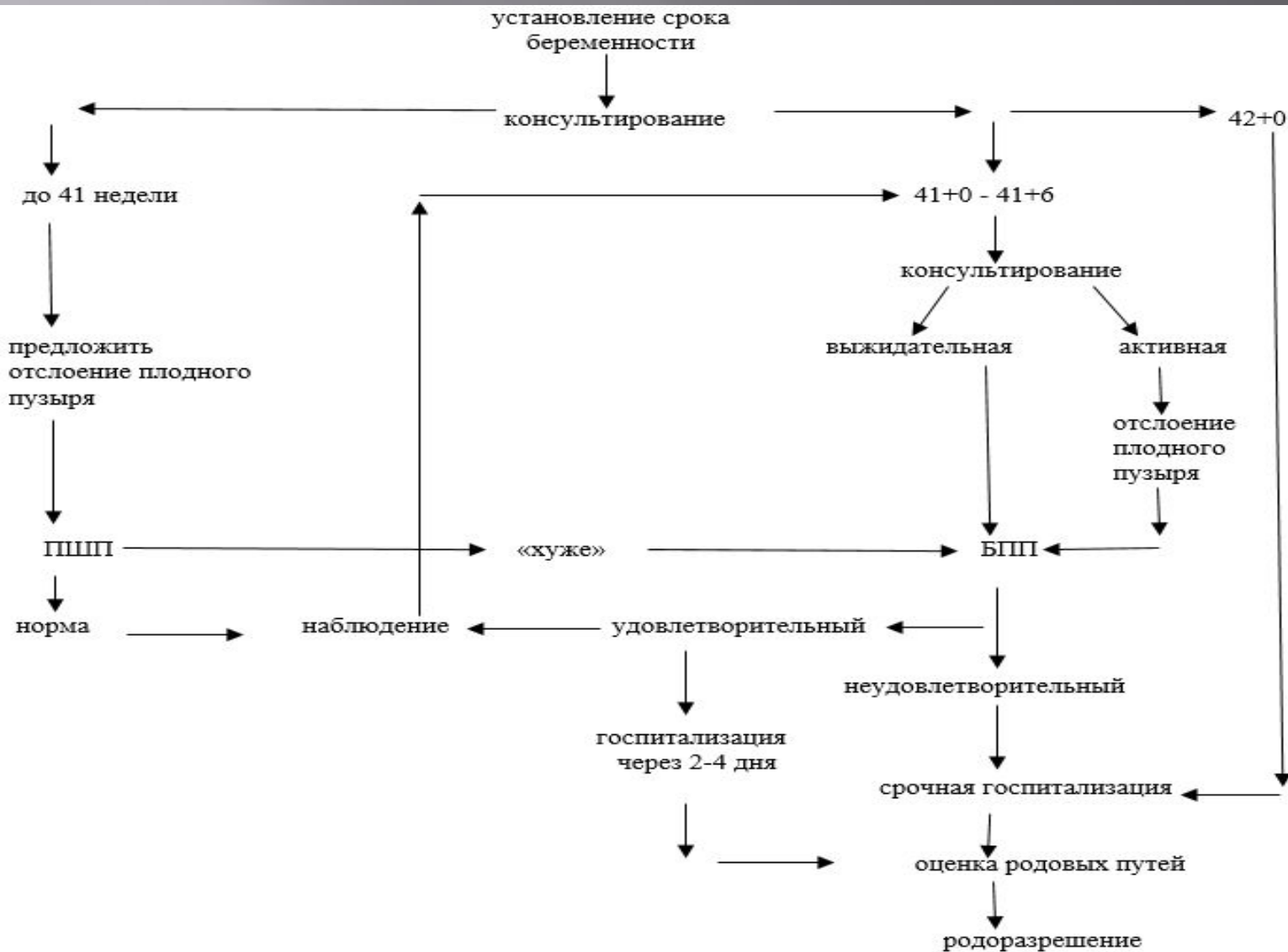
○ Инструментальные исследования:

- УЗИ для определения ИАЖ;
Маловодие;
Данные амниоскопии (мало, мутные, отсутствие хлопьев сыровидной смазки);
3-я ст. зрелости плаценты, плотные кости черепа

- БПП для мониторинга состояния плода;
- ДПА для мониторинга состояния плода.
NB! Доплеровские параметры гемодинамики не различаются до родов при переносенных беременностях с благоприятными и неблагоприятными результатами.

Показания для консультации специалистов: консультация профильных специалистов при наличии сопутствующих заболеваний.

Диагностический алгоритм:



Дифференциальный диагноз:

- проводится после родов с запоздалыми родами плодом без признаков перезрелости.
- Ребенок считается переносенным, если есть сочетание, хотя бы 2–3 признаков переносенности.
- У ребёнка могут быть следующие **признаки переносенности**:

Признаки переносимости новорожденного (синдром Беллентайна – Рунге)

- тёмнозелёная окраска кожи, плодных оболочек, пуповины;
- мацерация кожи, особенно на руках и стопах («банные» стопы и ладони);
- уменьшение количества сыровидной смазки;
- истощение подкожной жировой клетчатки и образование складок, снижение тургора кожи («старческий» вид ребёнка)
- крупные размеры ребёнка (реже — гипотрофия), длинные ногти на ручках;
- плохо выраженная конфигурация головки, плотные кости черепа, узкие швы и роднички.
- Отсутствие пушковых волос;



ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

- ▣ По достижении гестационного срока 40+0 недель:
 - провести консультирование по вопросам переносимости беременности и материнским и перинатальным рискам.
 - предложить влагалищное исследование для оценки шейки матки и отслойки нижнего полюса плодного пузыря, снижающей потребность в последующей индукции после предоставления информации и оформления информированного согласия (А-1а) [3, 9, 12]. Возможные осложнения отслойки нижнего полюса плодного пузыря: дискомфорт и болезненные ощущения, кровянистые выделения, нерегулярные схватки в течение 24 часов после манипуляции.
- При достижении гестационного срока 41 нед+0:
 - определить расширенный БПП;
 - обсудить дальнейший план наблюдения, включая возможную индукцию родов в 41+0 – 42+0 недели

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

▣ Немедикаментозное лечение:

- Диета: стол №15;
- Режим: III.

▣ Дальнейшее ведение:

Женщине необходимо предложить индукцию родов в сроке 41+0 – 42+0 недели, поскольку существующие доказательства в настоящее время показывают снижение перинатальной смертности при родоразрешении в эти сроки. Риск рождения мертвого плода на 37 недели составляет 1 на 3000 родов, на 42 недели 3 на 3000, на 43 неделе - 6 на 3000.

При получении информированного согласия на проведение индукции выдать направление в стационар по выбору пациентки (II – III уровень).

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ

при получении информированного согласия на проведение индукции в 41+0-4 дня при удовлетворительном БПП решить вопрос об индукции родов

NB! Вопросы родостимуляции при мекониальных водах решать консилиумом; неонатолога следует заранее предупредить о предполагаемом рождении переносенного ребенка.

· при неудовлетворительном БПП решить вопрос и отсутствии условий для быстрого родоразрешения тактику решать консилиумом.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ

Хирургическое вмешательство:

- родоразрешения
- кесарево сечение

Плановое кесарево сечение:

- неудовлетворительное состояния внутриутробного плода при «незрелых» родовых путях;

Экстренное кесарево сечение:

- угрожающие состояния плода;
- отсутствии условий условий для быстрого родоразрешения.

Немедикаментозное лечение:

Диета: Стол № 15;

Режим: III

Показания к операции КС при переносенной беременности

- Возраст первородящей старше 30 лет;
- Отсутствие готовности шейки матки к родам;
- Рубец на матке;
- Предлежание плаценты;
- Крупный плод или ЗВРП;
- Тазовое, косое, поперечное положение плода;
- Хроническая внутриутробная гипоксия плода (доказанная аппаратными методами);
- Отягощенный АГО (бесплодие, индуцированная беременность, осложненные предыдущие роды, мертворождения в анамнезе)



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ

- Чтобы избежать запоздалых родов, каждая беременная женщина на 40 неделе вынашивания плода должна посетить кабинет гинеколога, пройти УЗИ на определение состояния околоплодных вод и шейки матки.
- Сопоставлять срок беременности с данными, полученными на УЗИ, нужно в течение всего периода вынашивания ребенка. Делать это нужно для того, чтобы своевременно обнаружить перенашивание. Будущая мама должна правильно питаться, принимать витамины и вести активный образ жизни.



Осложнения в родах

- Гипоксия и асфиксия плода или его гибель (самое страшное осложнение);
- Асфиксия мекониальными о/водами;
- Патологический прелеминарный период;
- Несвоевременное излитие о/вод;
- Аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация);
- Клинический узкий таз (крупный плод, плохая конфигурация головки);
- Материнский и детский травматизм;
- Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах



- ▣ **Бережное отношение к собственному здоровью во время ожидания появления на свет малыша позволит вам избежать опасных последствий, которые влечет за собой перезрелость плода**

Литература

Основная:

- Клинические протоколы МЗ РК - 2017

Категории МКБ: Переношенная беременность (О48)

Разделы медицины: Акушерство и гинекология

- Клинические лекции по акушерству и гинекологии: Учебное пособие /ред. А. И. Давыдов и Л. Д. Белоцерковцева; Ред. А. Н. Стрижаков. - Москва: Медицина, 2004. - 621 с.
- Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии: Учебное пособие / Ред. Г. М. Савельева. - Москва: ООО "Мед. информ. агентство", 2006. - 720 с.
- Руководство к практическим занятиям по акушерству: Учеб. пособ. /Ред. В.Е. Радзинский. - М.: Мед. информ. агентство, 2004. - 576 с. -(Учеб. лит. для студ. мед. вузов)
- Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии/Ред. Ю. В. Цвелев, В.Г. Абашин. - СПб.: Фолиант, 2004. - 640 с.
- Цхай, В.Б. Перинатальное акушерство: Учеб. пособ. /В.Б. Цхай. - М.: Мед. книга; Нижн. Новгород: НГМА, 2003. - 414 с. - (Учеб. лит. для мед. вузов. и последипломного образования)
- Эталоны ответов на вопросы практических знаний и умений по акушерству и гинекологии: Учеб. пособ./ В.Б. Цхай и др. - Красноярск: КаСС, 2003. - 100 с.

Благодарю за



внимание!