

НЕВЫНАШИВАНИЕ И ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ



Невынашивание

- самопроизвольное прерывание беременности в различные сроки от зачатия до 37 недель, считая с 1-го дня последней менструации.

Недонашивание

-самопроизвольное прерывание
беременности в сроки от 28 до
37 недель (менее 259 дней).

Привычное

невынашивание –

самопроизвольное прерывание

беременности подряд 2 раза и

более.

Частота невынашивания

10-30% от всех беременностей и не имеет тенденции к снижению.

Актуальность проблемы
невынашивания беременности
заключается в высоких
перинатальных потерях.



Перинатальный период

начинается с 28 недель беременности, включает период родов и заканчивается через 7 полных дней жизни новорожденного.

Смерть плода или новорожденного в эти сроки составляет перинатальную смертность.

По рекомендации ВОЗ перинатальную смертность учитывают с 22 недель беременности при массе плода 500 г и более.

Прерывание беременности

в сроке первых 28 недель называется абортом или выкидышем, но, если родившийся ребенок в сроке беременности от 22 до 28 недель весит от 500,0 до 999,0 граммов и прожил более 168 часов (7 суток), то он подлежит регистрации в органах ЗАГСа как новорожденный.

В этих случаях выкидыш переводится в разряд ранних преждевременных родов.

Этиология невынашивания беременности

В I триместре беременности:

- Хромосомные аномалии эмбриона;
- Недостаточность гормональной функции яичников беременной;
- Гиперандрогения у беременной;
- Гипоплазия матки и/или аномалии развития матки;
- Сахарный диабет;
- Гипо- и гипертиреоз;
- Острый вирусный гепатит;
- Гломерулонефрит.

Этиология невынашивания беременности

Во II триместре беременности:

- Плацентарная недостаточность;
- Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН);
- Антифосфолипидный синдром;
- Соматическая патология матери (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, заболевания мочевыводящих путей, заболевания нервной системы).

Этиология невынашивания беременности

В III триместре беременности:

- Гестоз;
- Аномалии расположения плаценты;
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП);
- Многоводие и/или многоплодие;
- Неправильное положение плода;
- Разрыв плодных оболочек и хориоамнионит.

На любом сроке беременность может прерваться из-за:

- Генитальной инфекции;
- Аномалий развития матки и миомы матки;
- Сахарного диабета;
- Стресса;
- Профессиональных вредностей;
- Иммунологических нарушений;
- Любой причины, приводящей к гипоксии плода.

Патогенез невынашивания в ранние сроки беременности

Неблагоприятные факторы внешней и внутренней среды

Недостаточность эндокринной функции желтого тела
(синтез прогестерона) и трофобласта (синтез прогестерона и ХГ)

Нарушение процесса
имплантации плодного яйца

Повышение сократительной
активности миометрия

Гибель эмбриона (плода)

Прерывание беременности

Терминология и классификация

- По срокам прерывания
беременности
аборты делятся на:
 - ранние - до 12 недель
 - поздние - после 12 до 28 недель.

Терминология и классификация

- По клиническому течению:

Угрожающий аборт

ощущение тяжести внизу живота или небольшие тянущие боли при отсутствии кровянистых выделений, величина матки при этом соответствует сроку беременности, наружный зев закрыт.

Начавшийся аборт

схваткообразные боли внизу живота и небольшие кровянистыми выделения (связаны с отслойкой плодного яйца от стенок матки). Величина матки соответствует сроку беременности. Маточный зев может быть приоткрыт. Сохранение беременности возможно.

Аборт в ходу

плодное яйцо, отслоившееся от стенок матки, выталкивается через расширенный цервикальный канал, что сопровождается значительным кровотечением. Сохранение беременности невозможно. Плодное яйцо удаляется кюреткой в неотложном порядке.

- **Неполный аборт** характеризуется задержкой в полости матки частей плодного яйца, сопровождается кровотечением. Канал шейки матки приоткрыт, величина матки меньше, чем предполагаемый срок беременности.
- **Инфицированный** (лихорадящий) **аборт**. При проникновении в матку микрофлоры и инфицирование оболочек плодного яйца (амнионит, хориоамнионит), самой матки (эндометрия). Особенно часто инфицирование происходит при искусственном прерывании беременности вне лечебного учреждения (криминальный аборт).
Инфицированный выкидыш в зависимости от степени распространения инфекции различают:
 - **неосложненный** лихорадящий выкидыш (инфекция локализована в матке)
 - **осложненный** лихорадящий выкидыш (инфекция вышла за пределы матки, но процесс ограничен областью малого таза)
 - **септический** выкидыш (инфекция приняла генерализованный характер).
- **Задержавшийся** (несостоявшийся) аборт, происходит гибель эмбриона. При УЗИ исследовании: либо отсутствие эмбриона (анэмбриония), либо визуализация эмбриона с отсутствием регистрации его сердечной деятельности (размеры эмбриона, КТР - чаще меньше нормативных значений предполагаемого срока гестации).
- **Врачебная тактика - инструментальное удаление плодного яйца.**

Терминология и классификация

- По характеру возникновения аборт может быть самопроизвольным и искусственным.

Искусственные аборты делятся на: медицинские и криминальные (произведенные вне лечебного учреждения).

Обследование женщин с невынашиванием

Успех профилактики и лечения невынашивания зависит от умения, возможности и настойчивости врача выявить причины невынашивания беременности.

Обследование целесообразно проводить вне беременности, на этапе планирования и во время беременности.

Обследование перед планированием беременности:

1. осмотры специалистов:

- акушера – гинеколога,
- терапевта,
- иммунолога,
- андролога – уролога,
- психотерапевта,
- генетика (при привычном невынашивании)

- Тщательный сбор анамнеза
- Изучение менструальной функции
- Изучение детородной функции
- Общий осмотр (рост, вес, телосложение, вторичные половые признаки, наличие и характер ожирения, гирсутизм, осмотр молочных желез)
- Гинекологическое обследование

Обследование перед планированием беременности:

2. Гистеросальпингография для исключения ИЦН и пороков развития матки.
3. УЗИ гениталий на 5–7, 9–14 и 21 день менструального цикла.
4. Проведение тестов функциональной диагностики:
 - Кольпоцитология,
 - Базальная температура,
 - Симптом зрачка,
 - Симптом папоротника.
5. гормоны крови (в зависимости от фазы менструального цикла)
 - на 5 день цикла определяют ФСГ, ЛГ, пролактин;
 - на 12 день эстрадиол, ФСГ, ЛГ;
 - на 21 день прогестерон.

Обследование перед планированием беременности:

6. анализ мочи на 17-кетостероиды в суточной моче для исключения гиперандрогении.
7. гемостазиограмма + антитела к хорионическому гонадотропину и волчаночному антигену (для исключения АФС).
8. спермограмма полового партнера.
9. Бак. посев содержимого цервикального канала.
10. вирусологическое обследование и обследование на трансплацентарные инфекции (токсоплазма, трепонема, листерия, вирусы краснухи, цитомегалии, герпеса, кори).
11. Оценка иммунного статуса.

Обследование во время беременности:

1. УЗИ в 10 – 12, 22, 32 недели.

Одним из ранних признаков угрозы прерывания беременности является локальное утолщение миометрия на одной из стенок матки и увеличение диаметра внутреннего зева.

2. Гемостазиограмма 1 раз в месяц при аутоиммунном генезе невынашивания.

3. Бак. посев содержимого из цервикального канала в 1,2,3 триместре.

4. Вирусологическое исследование в 1, 2, 3 триместре.

Обследование во время беременности:

5. Оценка состояния шейки матки с 12 по 24 недели для исключения ИЦН.
Женщинам с риском развития ИЦН вагинальные исследования с конца первого триместра производят один раз в 10 дней.
6. КТГ плода.
7. Допплерометрия с 16 недель беременности.

8. Определение содержания гормонов фетоплацентарного комплекса.

Плацентарные гормоны:

- ✓ Прогестерон,
- ✓ Хорионический гонадотропин (ХГ),
- ✓ Плацентарный лактоген (Пл)

Фетальные гормоны:

- ✓ Эстриол,
- ✓ Альфа-фетопротейн (АФП)

9. Тесты функциональной диагностики

- **Цитология влагалищных мазков свидетельствует о насыщенности организма эстрогенами.**

Кариопикнотический индекс – соотношение клеток с пикнотическими ядрами к общему количеству поверхностных клеток.

КПИ в I триместре – не более 10%; во II триместре – 5%, в III триместре – 3%. При угрозе прерывания беременности КПИ увеличивается до 20 – 50%.

- **Базальная температура при неосложненном течении беременности равна 37,2 – 37,4°C.**

При угрозе прерывания беременности снижение базальной температуры до 37°C свидетельствует о недостатке прогестерона.

Лечение невынашивания

Лечение пациенток с невынашиванием беременности должно быть патогенетически обоснованным и широко сочетаться с симптоматической терапией.

Обязательным условием проведения сохраняющей терапии должно быть:

- согласие матери,
- исключение пороков развития плода,
- исключение экстрагенитальной патологии, являющейся противопоказанием для вынашивания беременности.

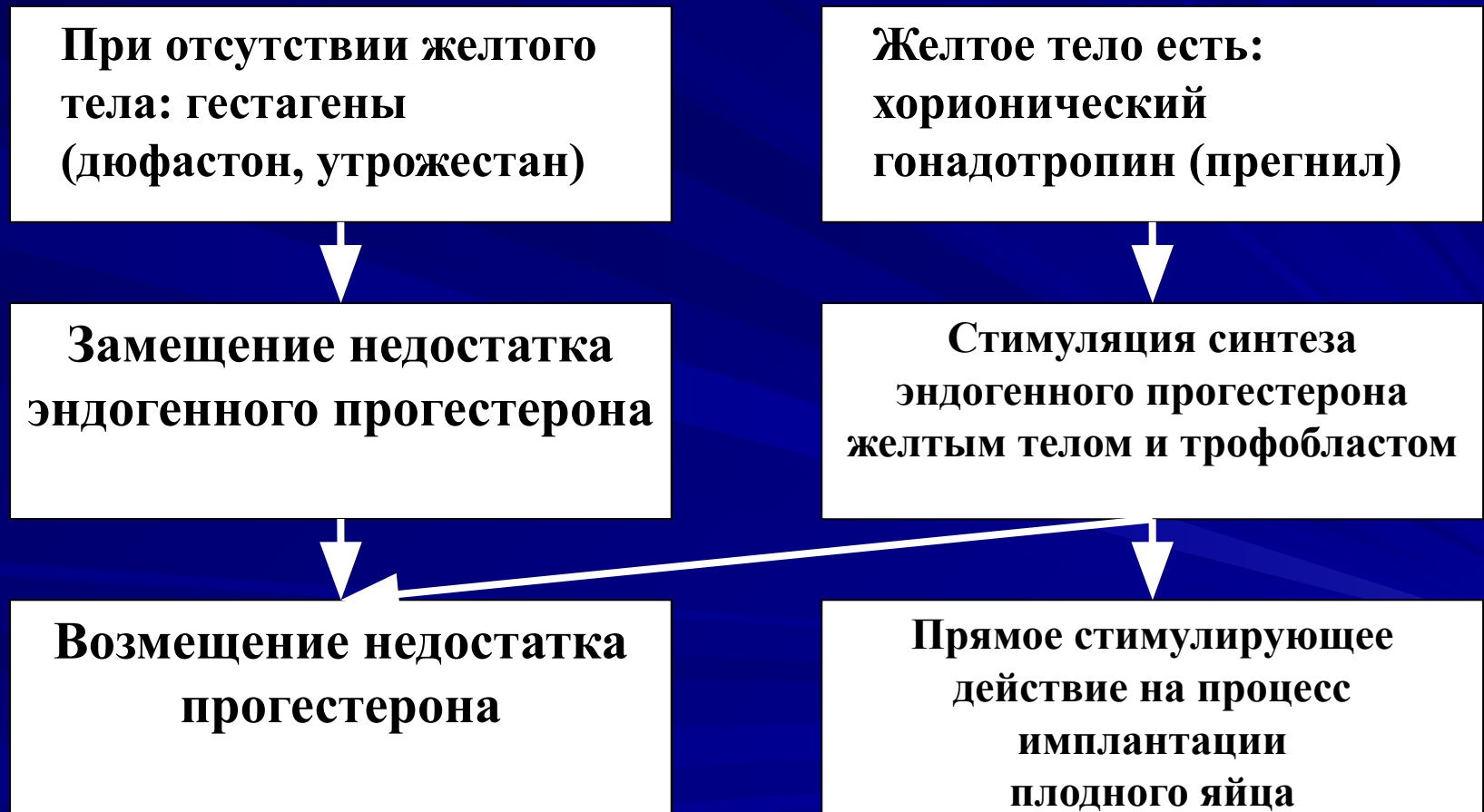
Противопоказания к вынашиванию беременности:

- Сахарный инсулинозависимый диабет с кетоацидозом;
- сахарный диабет + туберкулез;
- гипертоническая болезнь II, III;
- пороки сердца с нарушением кровообращения;
- эпилепсия с деградацией личности;
- тяжелые заболевания крови.

Лечение угрозы прерывания беременности в I триместре:

- Постельный покой.
- Седативные средства (пустырник, триоксазин, нозепам, седуксен, димедрол), психотерапия.
- Спазмолитики (папаверин, но-шпа).
- Гормональная терапия.
- Профилактика ФПН.
- Метаболическая терапия.

Гормональная терапия невынашивания в ранние сроки беременности



Гормональная терапия невынашивания в ранние сроки беременности

- **При отсутствии желтого тела в яичнике** (гормональное обследование и УЗИ) назначаются гестагены (замещение недостатка эндогенного прогестерона).
 - а) дюфастон: угрожающий аборт - 40 мг одномоментно, затем по 10 мг каждые 8 часов до исчезновения симптомов; привычный аборт - 10 мг дважды в день до 20 недель беременности.
 - б) утрожестан: угрожающий аборт или в целях профилактики привычных абортов, возникающих на фоне недостаточности прогестерона: 2-4 капсулы ежедневно в два приема до 12 недель беременности (вагинально).
- **При наличии желтого тела в яичнике** - хорионический гонадотропин (стимуляция синтеза эндогенного прогестерона желтым телом и трофобластом, прямое стимулирующее действие ХГ на процесс имплантации плодного яйца)
 - а) прегнил: Начальная доза – 10 000 МЕ- однократно (не позднее 8 недель беременности), затем по 5 000 МЕ два раза в неделю до 14 недель беременности.

Лечение угрозы прерывания беременности во II и III триместрах:

1. постельный покой,
2. β -адреномиметики (токолитики),
3. блокаторы кальциевых каналов,
3. гормональная поддержка: 17-ОПК (оксипрогестерон капронат),
4. магниезальная терапия,
5. ингибиторы синтеза простагландинов (индометацин)
6. спазмолитики,
7. седативные препараты,
8. профилактика гипоксии плода,
9. профилактика плацентарной недостаточности.

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН).

Это неполноценность циркулярной мускулатуры в области внутреннего маточного зева, которая способствует развитию недостаточности перешейка и шейки матки. Частота ИЦН 7 – 13%.

- Различают органическую и функциональную ИЦН.
- **Органическая ИЦН** развивается в результате травматических повреждений истмического отдела шейки матки при искусственном аборте, родах крупным плодом, оперативных родах (акушерские щипцы).
- **Функциональная ИЦН** обусловлена гормональной недостаточностью, как правило, развивается во время беременности и наблюдается чаще, чем органическая.

Пролабирование плодного пузыря при ИЦН



Диагностика ИЦН:

Жалоб нет, матка в нормальном тоне.

При исследовании в зеркалах: зияющий наружный зев с вялыми краями, пролабирование плодного пузыря.

При влагалищном исследовании: укорочение шейки матки, цервикальный канал пропускает палец за область внутреннего зева.

УЗИ области внутреннего зева: длина шейки матки менее 2 см – абсолютный УЗИ-признак ИЦН и показание к наложению шва на шейку матки.

Оптимальный срок для наложения шва на шейку матки – 14 – 16 недель, максимум до 22 – 24 недель.

Шов снимается в 37 недель, или в любой срок при появлении родовой деятельности.

Лечебные мероприятия при беременности пациенток с инфекционным генезом невынашивания

| Минимальный уровень терапии | Оптимальный уровень терапии |
|--|---|
| Метаболическая терапия | Индивидуально подобранная метаболическая терапия |
| Санация влагалища лактобактерин | Санация влагалища Лактобактерин |
| При коррекции ИЦН Амоксиклав 2 гр в сутки 5-7 дней флуконазол 150 мг однократно | При коррекции ИЦН Антибактериальная терапия с учетом чувствительности к антибиотикам |
| Комплексный иммуноглобулиновый препарат в свечах 2 свечи 2 раза в день – 5 дней 3 курса за беременность | Иммуноглобулин внутривенно капельно 25,0 3 раза 3 курса за беременность |
| адаптогены | Иммуцитотерапия В 1 триместре беременности |
| | Виферон в свечах Курс лечения 7 дней 2-3 раза за беременность |
| | Вобэнзим 3 драже 3 раза в день в течение месяца со 2 триместра беременности |

Лечебные мероприятия при беременности пациенток с гормональным генезом невынашивания

| Минимальный уровень терапии | Оптимальный уровень терапии |
|--|--|
| Индивидуально подобранная гормональная терапия | Индивидуально подобранная гормональная терапия |
| Дексаметазон Дюфастон Утрожестан ХГ | Дексаметазон Препараты гестагенного действия (прогестерон, дюфастон, утрожестан, 17-опк) |
| | Иммуноцитотерапия |
| | Профилактика плацентарной недостаточности |

Лечебные мероприятия при беременности пациенток с аутоиммунным генезом невынашивания

| Минимальный уровень терапии | Оптимальный уровень терапии |
|--|--|
| Преднизолон 10-15 мг | Преднизолон от 5 до 15 мг Индивидуальный подбор терапии |
| Антиагреганты Курантил от 3 до 9 таблеток Или Аспирин 100 мг со 2 триместра беременности | Антиагреганты Курантил, трентал или аспирин, Индивидуальный подбор |
| | Антикоагулянты Гепарин от 10 тыс ЕД до 20 тыс ЕД п/к НМГ гепарины (клексан) 20-40 мг |
| | Реополиглюкин 400,0 с гепарином или без №3 по показаниям |
| | Профилактика плацентарной недостаточности |
| | Иммуноглобулин внутривенно капельно 25,0 3 раза |

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ



Преждевременными родами (ПР)

Называют роды, наступившие в сроке от 28 до 37 недель.

При прерывании беременности в сроке от 22 до 27 недель проводится антропометрия и реанимационная помощь новорожденному.

Если вес новорожденного 1000 г и он прожил более 7 дней, эта клиническая ситуация называется родами.

ПР делятся на три группы:

ПР в 22 – 27 недель;

ПР в 28 – 33 недели;

ПР в 34 – 36 недель.

Разделение на группы связано с особенностями акушерской тактики и разным исходом родов для плода.

Группы риска по ПР (медицинские факторы):

- Внутриутробная инфекция (хориоамнионит)
- Преждевременное излитие околоплодных вод
- Истмико-цервикальная недостаточность
- Отслойка N- или низко расположенной плаценты
- Перерастяжение матки (многоводие, многоплодие, макросомия)
- Аномалии развития матки, миома матки
- Инфекция почек (пиелонефрит, бактериурия)
- Хирургические операции во время беременности
- Травмы
- Наркомания, интенсивное курение (более 10 сигарет в день)

Группы риска по ПР (социальные и анамнестические факторы):

- Возраст младше 18 и старше 30 лет
- Неблагоприятные условия труда
- Курение и наркомания (особенно кокаин)
- Наличие ПР в анамнезе (одних – риск выше в 4 раза, двух – в 6 раз)

Классификация ПР

- Угрожающие
- Начинающиеся (до 3 - 4 см открытия ЦК)
- Начавшиеся
- Индуцированные ПР
- Самопроизвольные ПР
- СПР, начинающиеся с родовой деятельности (40-50%)
- СПР, начинающиеся с излития околоплодных вод (30-40%)

Диагностика угрожающих преждевременных родов:

- Тянущие, ноющие боли внизу живота и в пояснице
- Ощущения давления, распираания в области влагалища, промежности, прямой кишки
- Возможно учащенное болезненное мочеиспускание
- Повышение возбудимости и тонуса матки
- Изменения в шейке матки (длина 2 – 2,5 см, цервикальный канал расширен не более 1 см).

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)

Медикаментозное лечение при угрожающих ПР



Блокаторами ПР являются:

- **Бета-миметики** (партусистен, гинипрал, ритодрин, тербуталин, сальбутамол, гексопреналин, фенотерол и др.);
- **Ингибиторы синтеза простагландинов** (индометацин);
- **Препараты магния** (сульфат магния, магне Б-6)
- **Блокаторы кальциевых канальцев** (нифедипин, верапамил, изоптин)

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 начинающихся ПР

- 4 – 6 г магния сульфата разводят в 100 мл раствора глюкозы и вводят в/в в течение 20 – 30 мин в качестве нагрузочной дозы;
- 40 г магния сульфата разводят в 1000 мл раствора 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

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

Эффективность токолиза 70 - 90%. и

*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)*

Медикаментозное лечение при угрожающих ПР

Блокаторами ПР являются:

- **Бета-миметики** (партусистен, гинипрал)
- **Ингибиторы синтеза простагландинов** (индометацин);
- **Препараты магния** (сульфат магния, Магне Б-6)
- **Блокаторы кальциевых каналов** (нифедипин)

Схема применение партусистена при угрожающих и начинающихся ПР

- 0,5 партусистена в 250 -400 мл р – ра 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)*

Ведение начавшихся преждевременных родов

- зависит от выраженности клинической картины этого осложнения,
- целостности околоплодных вод,
- срока беременности.

Ведение ПР при целом плодном пузыре:

- **Срок беременности 22 - 27 недели** (масса плода 500 — 1000 г):
- Попытаться снять родовую деятельность назначением β -адреномиметиков при отсутствии противопоказаний к вынашиванию беременности.
- При наличии ИЦН – наложить шов на шейку. Проводить курсами метаболическую терапию. По возможности выявить причину невынашивания и провести коррекцию.

Ведение ПР при целом плодном пузыре:

Срок беременности 28 — 33 недели
(масса плода 1000—1800 г):

- назначение β -адреномиметиков,
- профилактика РДС плода

Исход для плода более благоприятен, чем в предыдущей группе.

Ведение ПР при целом плодном пузыре:

Срок беременности 34 — 37 недель
(масса плода 1900 — 2500 г и более):

в связи с тем, что легкие плода практически зрелые, пролонгирования беременности не требуется.

Ведение ПР при дородовом излитии околоплодных вод:

- Тактика зависит от наличия инфицирования и срока беременности.
- Выжидательная тактика является предпочтительней, так как при удлинении времени безводного промежутка отмечается ускоренное созревание сурфактанта легких плода и, соответственно, снижение частоты болезни гиалиновых мембран у новорожденного.

Ведение ПР при дородовом излитии околоплодных вод:

- **При сроке беременности 22 — 27 недель** легкие плода незрелые и добиться их созревания за короткий промежуток времени не удастся. Прогноз для плода в большинстве случаев неблагоприятный. Пролонгирование беременности нецелесообразно.
- Если родовая деятельность есть, останавливать ее не следует.
- Если родовой деятельности нет — нужно приступить к родовозбуждению.

Ведение ПР при дородовом излитии околоплодных вод:

При сроке беременности 28 — 33 недели

- Пациентку госпитализируют в родовой блок,
- Производят ежедневную смену белья, а смену стерильных подкладных 3 раза в день.
- Назначают постельный режим.
- Строго контролируют состояние здоровья матери и плода: измеряют окружность живота и высоту дна матки, следят за количеством и качеством подтекающих вод, измеряют частоту пульса, температуру тела, каждые 4 часа — частоту сердцебиений плода, определяют содержание лейкоцитов в крови каждые 12 часов. Посев из цервикального канала шейки матки — каждые 5 дней.
- Токолитическую терапию начинают в случае, если есть родовая деятельность или структурные изменения в шейке матки.
- Одновременно проводят профилактику РДС плода кортикостероидами

Ведение ПР при дородовом излитии околоплодных вод:

При сроке беременности 34 — 37 недель легкие плода почти достигли физиологической зрелости.

Однако, тактика ведения родов предпочтительнее выжидательная, так как некоторое продление безводного промежутка позволяет снизить частоту респираторных осложнений у плода.

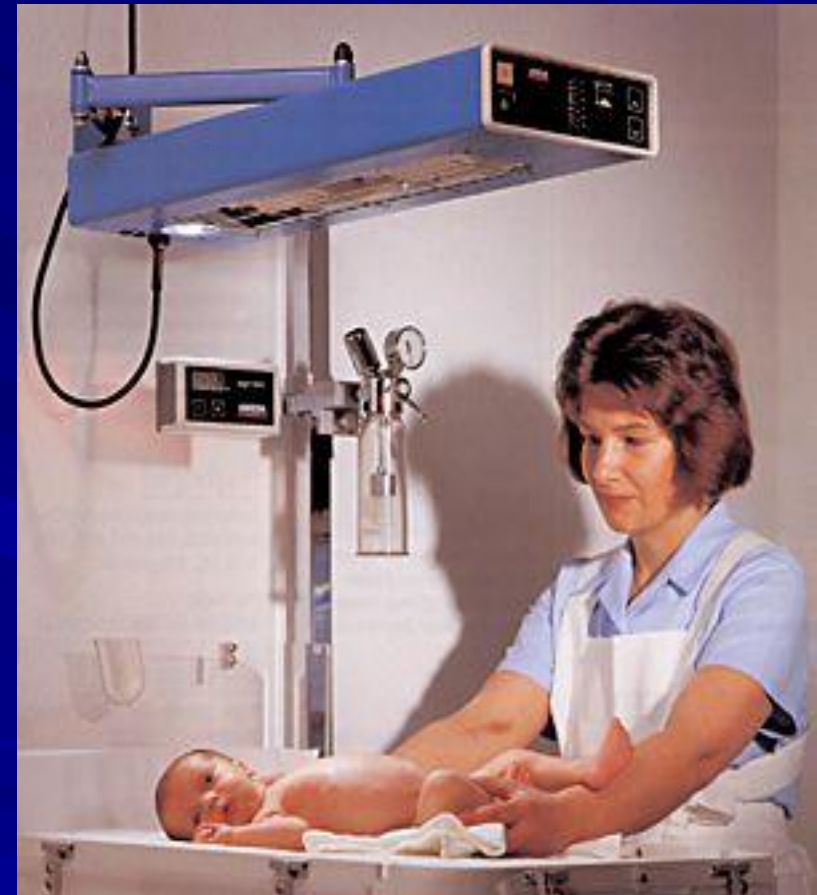
Профилактика РДС у новорожденных при ПР:

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

Профилактика РДС у новорожденных при ПР

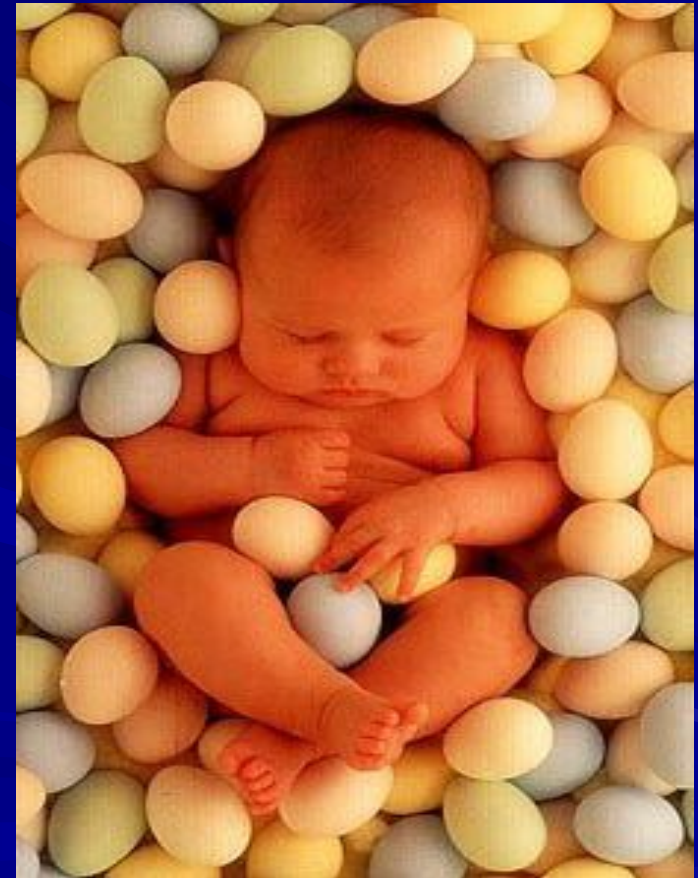
- Схема 1: 4 дозы по 6 мг дексаметазона в/м через 12 часов;
- Схема 2: 4 мг дексаметазона в/м через 8 часов.

Оптимальная длительность профилактики РДС 48 часов.



Акушерская тактика при ПР

- Кардиоманиторное 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



Рекомендуемая литература:

- Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. – М.: ТриадаХ, 2000;
- Акушерство: Учебник для студентов мед. вузов /под ред. Г.М. Савельевой, В.И. Кулакова, А.Н. Стрижакова и др. – М.: Медицина, 2000;
- Кулаков В.И., Мурашко Л.Е. Преждевременные роды. – М.: Медицина, 2002;
- Абрамченко В.В. Фармакотерапия преждевременных родов. – М.:ИнтелТел, 2003;
- Акушерство и гинекология (клинические рекомендации)/под ред. В.И. Кулакова. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2005;
- Акушерство и гинекология /С.Вockmann, F. Ling, V. Barzansky et al. – М.:Мед. лит., 2004;
- М.Энкин и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / (пер. с англ.) – СПб.: Петрополис, 2003

- Частота перенашивания колеблется от 1,4 до 14%.

Классификация:

- Перенашивание 1-й степени – 41-42 недели.
- Перенашивание II-й степени – 42-43 недели.
- Перенашивание III-й степени – 44 недели.

Различают:

- истинное биологическое перенашивание – запоздалые роды, ребенок с признаками перезрелости,
- мнимое физиологическое перенашивание – пролонгированная беременность, роды запоздалые, ребенок зрелый.

Причины перенашивания

- перенесенные детские инфекции
- Эндокринопатии
- психические травмы
- инфантилизм, как половой, так и общий.

- Перенашивание беременности – это запоздалое наступление родовой деятельности.

Патогенез перенашивания

- нарушению функционального состояния ЦНС (гипоталамуса, гипофиза и лимбических структур) приводит к нарушению нейро-гуморальной регуляции и отсутствию формирования родовой доминанты.
- патология матки, как рецепторного эффекта, со снижением активности и уменьшения количества эстрогенных рецепторов миометрия, «первичная инертность матки»,

- гормональные нарушения:
 - уменьшение эстрогенов
 - снижение уровня прогестерона
 - нарушение соотношения прогестерона к эстрогенам 41:1 (норма 10:1)
 - недостаточная концентрация окситоцина в результате повышения активности окситоциназы, либо низкой продукции окситоцина.
- снижение биологически активных (катехоламинов, серотонина, кининов, простагландинов)

- изменение уровня ферментов, играющих важную роль в энергетических клеточных процессах (щелочная фосфатаза и лактатдегидрогеназа)
- нарушения электролитного состава, не обеспечивающего деполяризацию клеточных мембран, что задерживает развитие схваток (дефицит калия)
- роль наследственных и иммунологических факторов
- «преждевременное старение» плаценты с уменьшением содержания липидов, гликогена, мукополисахаридов. Эти изменения оказывают влияние на стероидогенез и на возникновение родовой деятельности.
- нарушением функции гипофизарно-надпочечниковой системы плода, при ВПРП, особенно нервной системы.

Диагностика и клиника:

- по сроку беременности
- данные акушерского исследования:
- уменьшение ОЖ
- задержка нарастания массы тела беременной с последующим резким падением до 1 кг и более
- снижение тургора кожи
- выделение молока вместо молозива
- ограничение подвижности плода, либо усиление как проявление гипоксии
- изменения ритма, частоты, звучности сердцебиения плода (хотя этот симптом патологичен для гипоксии плода, обусловленной ПН)

- значительные размеры плода
- при влагалищном исследовании:
 - наличие «незрелости» шейки матки по Голубевой до 6 баллов
 - плотные кости черепа плода
 - узость швов и родничков
 - плоский плодный пузырь
 - отсутствие отслаиваемости оболочек

Диагноз перенашиваемости подтверждается при осмотре плода после его рождения и последа.

- **Перезрелый плод** (синдром Беллентайна-Рунге) - темно-зеленая окраска кожных покровов, мацерация кожи, «баннные» стопы и ладоши, уменьшение подкожно-жировой клетчатки и складок, отсутствие сыровидной смазки, «старческий» вид ребенка, длинные ногти пальцев и т.п.

Наличие хотя бы 2-3-х вышеуказанных признаков свидетельствует о перезрелости плода.

- **Послед** – плоские оболочки, пуповина зеленого цвета, петрификаты по плаценте, участки ее жирового перерождения.

Специальные инструментальные методы обследования:

- ЭКГ, ФКГ плода, КТГ – позволяют судить о состоянии плода.
- Аминоскопия (1 раз в 3 дня) в динамике:
 - - воды с примесью мекония, затем зеленые
 - - опалесцирующие, за счет слушивающегося эпидермиса кожи
 - - постоянное уменьшение количества вод (на 150 мл в неделю).

- Амниоцентез. Изменение состава околоплодных вод отражает метаболизм плода, его функционального состояния, позволяют судить о зрелости плода.
- - «пенный» тест
- - определение осмотического давления амниотической жидкости
- - креатинина
- - мочевины
- - общего белка
- - соотношение лицитин к сфингомиелину
- - продукты углеводного обмена (глюкозу, лактатдегидрогеназу, молочную кислоту)
- - ферментов

- Гормональные исследования.
- Эстриол, прогестерон, плацентарный лактоген, АФП.
- Мазок на кольпоцитологию
- Цитологическим признаком пренашивания беременности следует считать прологирование III типа мазка.
- УЗИ.
- - отсутствие нарастания бипариетального размера головки, крупные размеры плода, изменения количества околоплодных вод с тенденцией к маловодию, а также уменьшение толщины плаценты, кальциноз.

Течение беременности.

- Анемия
- поздний гестоз с явлениями ФПН
- внутриутробная гипоксия плода, антенатальная гибель.

За счет замедления плацентарного кровотока, снижение минутного объема крови в межворсинчатом пространстве

Течение родов.

В родах наблюдается большее число осложнений, чем при срочных родах:

- несвоевременное излитие вод - 36%
- Слабость родовой деятельности - 34,9%
- оперативное родоразрешение - 27%
- внутриутробная гипоксия плода до 78%
- гипотонические кровотечения от 6,8% до 18,9%
- интранатальная гибель плода в 2,7 раза выше, чем при срочных родах.

Тактика врача при перенашивании беременности

- Госпитализация беременных, угрожаемых по перенашиванию в ОПБ в 39 недель.
- В 41- 42 нед. уточняется срок беременности.
- При пролонгированной беременности и хорошем состоянии плода тактика активно-выжидательная.
- При перенашивании – активная тактика ведения.
- При зрелой шейке матки - проведение окситоцинового теста и в случае повышения тонуса матки на введение окситоцина в первые 3 минуты - родовозбуждение.
- При истинном перенашивании - оценка акушерской ситуации с расширением показаний к операции кесарева сечения.

- Индуцированные роды – это искусственно вызванные роды, обусловленные показаниями со стороны матери или плода, или их сочетаниями.
- Частота индуцированных родов составляет 10-20%
- Условиями для индукции родов является готовность женского организма к родам - наличие «зрелой» шейки матки.
- **Ответственным моментом является принятие решения о целесообразности индукции.**

Методы подготовки шейки матки к родам :

- Простагландин E2 (ПГЕ2) в виде геля (Prepidil), содержащего 0,5 мг динопростона в 2,5 мл шприце вводят в цервикальный канал или в задний свод влагалища;
- F2 α (ПГ F2 α) 5 мг, разведенного в 50 мл 0,9% раствора натрия хлорида при помощи инфузомата со скоростью 3,2 мл/час;
- Ламинарии, способствуют эндогенному выделению простагландина и окситоцина, которые усиливают сократительную активность матки, что приводит к созреванию шейки матки;
- Мефипристон (мифегин), назначают по 200 мг перорально в течение 2 дней;
- Отслаивание нижнего полюса плодного пузыря.

При наличии показаний и готовности организма беременной к родам при целом плодном пузыре используют:

- Амниотомию;
- Амниотомию + внутривенное введение окситоцина (5 ЕД) или ПГ F2 α (5 мг);
- Амниотомию + внутривенное введение окситоцина (2,5 ЕД) с ПГ F2 α (2,5 мг);
- Амниотомию + пероральное введение окситоцина (25 ЕД) или ПГ F2 α (0,5 мг).
- При удовлетворительном состоянии плода, зрелой шейке матки, умеренном количестве околоплодных вод родовозбуждение следует начинать при целом плодном пузыре путем комбинированного введения 2,5 ЕД окситоцина + 2,5 мг ПГF2 α на 50 мл 0,9% раствора натрия хлорида с помощью инфузомата и скоростью от 3,2 до 15,2 мл/час, под кардиотокографическим контролем. При отсутствии эффекта на следующий день производят амниотомию.
- После амниотомии в течение 2-3 часов необходимо выжидание, при отсутствии регулярной родовой деятельности следует приступить к введению окситоцина и/или ПГF2 α .

Основной недостаток метода – необходимость закончить роды любым путем.

Ведение родов при перенашивании

- Функциональная оценка таза во II-м периоде родов.
- Профилактика и своевременная коррекция слабости родовой деятельности, с учетом имеющейся ФПН осторожное использование тономоторных средств.
- Широкое использование спазмолитиков.
- Интранальная охрана плода.
- Профилактика кровотечения в родах.
- Хирургическая защита промежности.
- Быть готовым к реанимации новорожденного

Осложнения в раннем неонатальном периоде:

- Аспирации
- приступам цианоза
- Пневмопатии
- Энцефалопатии

Указанные проблемы исчезают к 3-10 дню после рождения, прикладывание ребенка к груди индивидуально и самое раннее через 3-е суток после родов.

- Травма новорожденных.

Перинатальная смертность при перенашивании в 2-3 раза выше, чем при доношенной беременности и возрастает по мере увеличения длительности перенашивания

- Контрольный вопрос
- Какие роды относят к преждевременным?