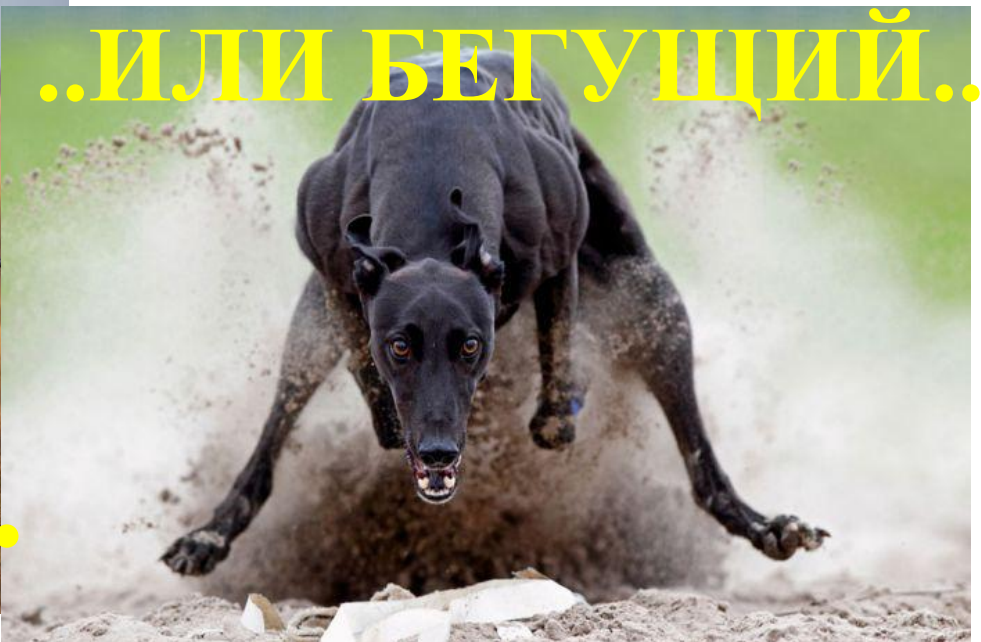




ДОРОГУ
ОСИЛИТ
ИДУЩИЙ...



..ИЛИ БЕГУЩИЙ..



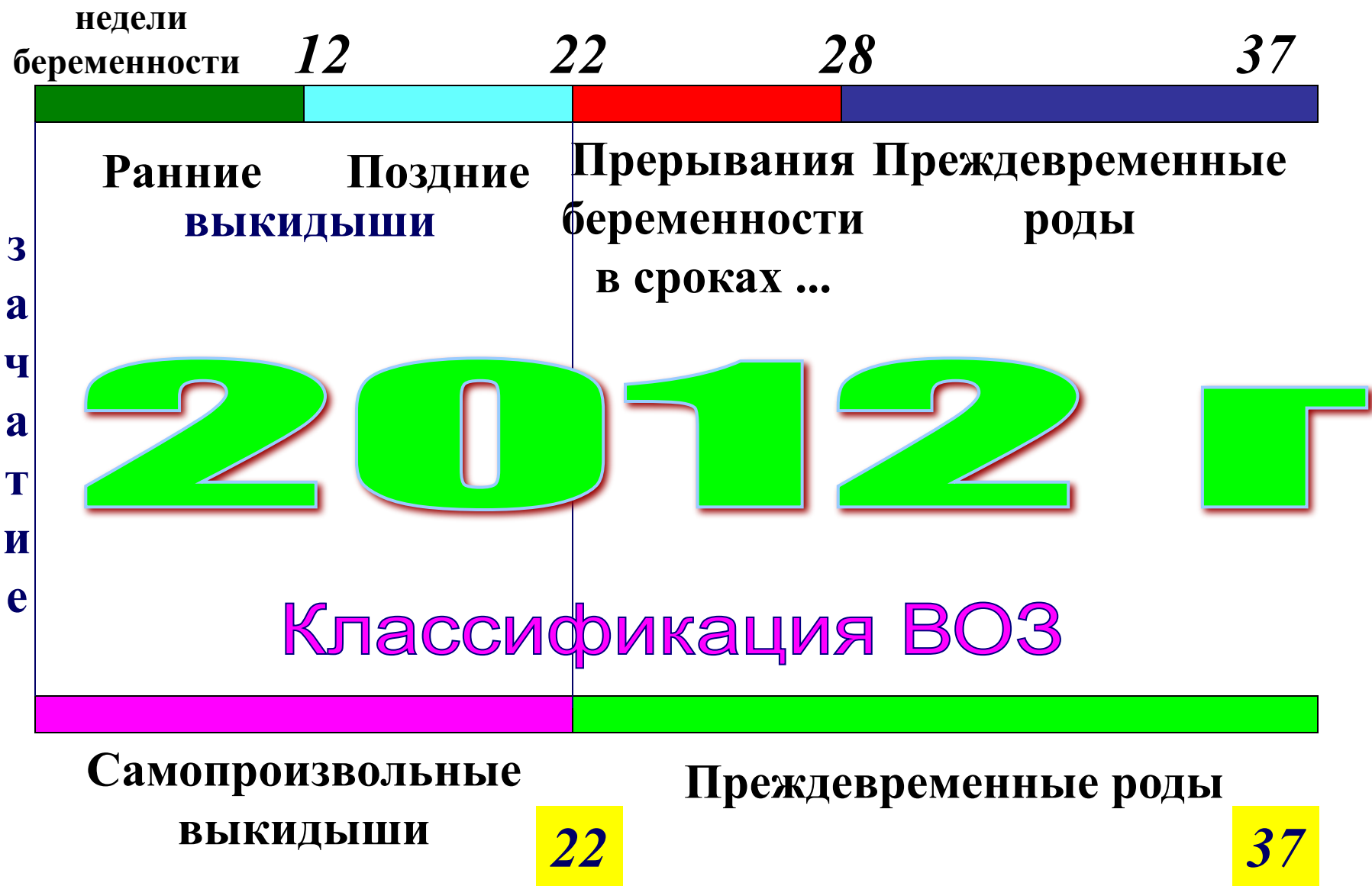
...ИЛИ ЕДУЩИЙ...



ПРОШДЕВРЕМЕНЬЕ РОДЫ

Заведующая кафедрой
акушерства и гинекологии
ФГБОУ ВО ИГМА,
доцент М.В. Семенова,
Ижевск, 2021

Невынашивание беременности



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Частота невынашивания беременности составляет 10-25% всех беременностей, в том числе 5-10% - преждевременные роды. В России этот показатель в 2010 г составил 3,9%, в США - 7,5%, во Франции – 5%, в Австралии – 6%, в Норвегии – 8%, в Шотландии – 6,8%.





Безопасное акушерство - это совокупность научно обоснованных подходов, основанных на достижениях современной науки и практики. Общая цель безопасного акушерства в первую очередь заключается в снижении материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

...**перинатальное акушерство**, особенностью которого является концентрация внимания на обеспечении здоровья плода и новорожденного. Это не означает снижения заботы о здоровье матери. Однако для **перинатального акушерства** необходим должный уровень развития специальности, насыщение практической сети современными методами диагностики и терапии в акушерстве и неонатологии.



Преждевременные роды – роды при сроке беременности от 22 полных до 37 полных недель (36+6) гестации недоношенным новорожденным. С 37 полных недель роды считаются своевременными (срочными)

На долю недоношенных новорожденных приходится
50% мертворождений,
70-80% ранней неонатальной смертности,
60-70% детской смертности



Этиология

ИНФЕКЦИИ

ЭНДОКРИНОПАТИИ



**ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ
ФАКТОРЫ**

**СОЦИАЛЬНЫЕ
БИОЛОГИЧЕСКИЕ
ФАКТОРЫ**

**ТРОМБО-
ФИЛИЧЕСКИЕ
СОСТОЯНИЯ**

**СОЦИАЛЬНЫЕ
БИОЛОГИЧЕСКИЕ
ФАКТОРЫ**

**МАТОЧНЫЕ ФАКТОРЫ, В ТОМ
ЧИСЛЕ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

Динамика преждевременных родов в общем количестве родов в УР



СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ:

- ВОЗРАСТ МОЛОЖЕ 17 И СТАРШЕ 34 ЛЕТ
- НИЗКИЙ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СТАТУС
- НИЗКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ
- ТОКСИЧЕСКИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ
- КУРЕНИЕ
- НЕДОСТАТОЧНОЕ ПИТАНИЕ

МЕДИЦИНСКИЕ,

СУЩЕСТВОВАВШИЕ ДО БЕРЕМЕННОСТИ:

- ПР В АНАМНЕЗЕ
- ОТЯГОЩЕННЫЙ АКУШЕРСКИЙ АНАМНЕЗ
- ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
- НИЗКИЙ (0) ИЛИ ВЫСОКИЙ (БОЛЕЕ 4) ПАРИТЕТ
- ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

МЕДИЦИНСКИЕ, ВОЗНИКШИЕ В ДАННУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ:

- МНОГОПЛОДИЕ
- КРОВОТЕЧЕНИЕ В 1-2 ТРИМЕСТРАХ
- ГЕСТОЗ
- ИЦН
- МНОГО-МАЛОВОДИЕ
- ЧАСТЫЕ РОДЫ
- АНЕМИЯ
- АНОМАЛИИ ПЛОДА
- ИНФЕКЦИИ
- НИЗКАЯ ПРИБАВКА МАССЫ
- ОТСУТСТВИЕ ИЛИ
НЕАДЕКВАТНОЕ
МЕД.НАБЛЮДЕНИЕ

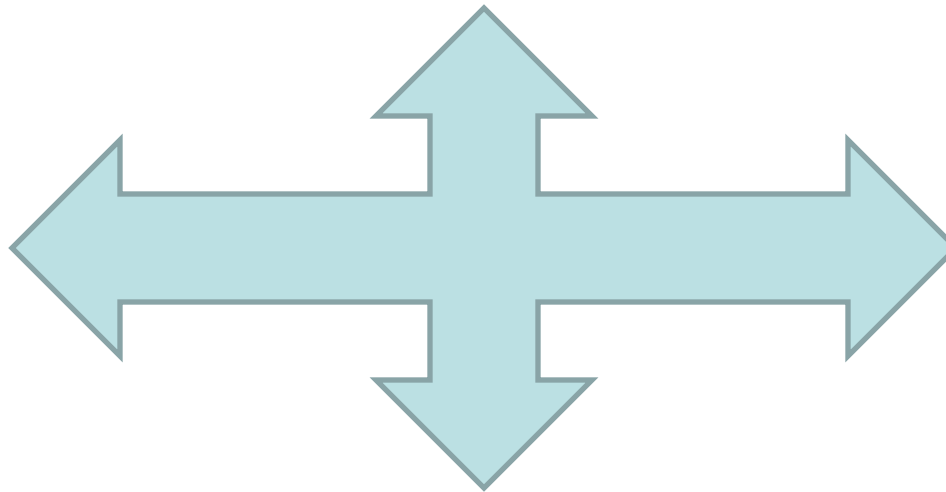
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

(ПО СРОКУ ГЕСТАЦИИ)

ЭКСТРЕМАЛЬНО РАННИЕ ПР

22-27 (+6) н.г.

РАННИЕ ПР:
28 – 30 (+6) н.г.



**Преждевременные
роды**
31-33 (+6) н.г.



ПОЗДНИЕ ПР:
34-36 (+6) н.г.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

СПОНТАННЫЕ (ДО 70%)

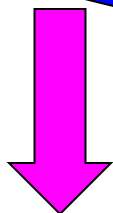
**ИНДУЦИРОВАННЫЕ
(ПО ПОКАЗАНИЯМ) 30%**



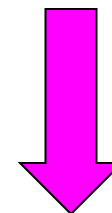
СО СТОРОНЫ МАТЕРИ

СО СТОРОНЫ ПЛОДА

СПОНТАННЫЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ



**Регулярная родовая
деятельность
при целом
плодном пузыре
(40-50%)**



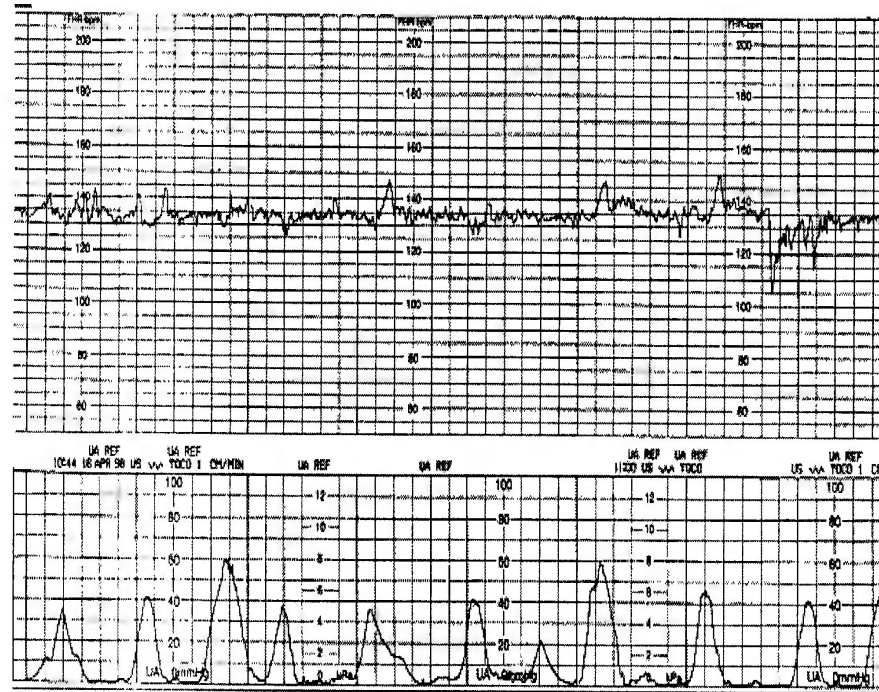
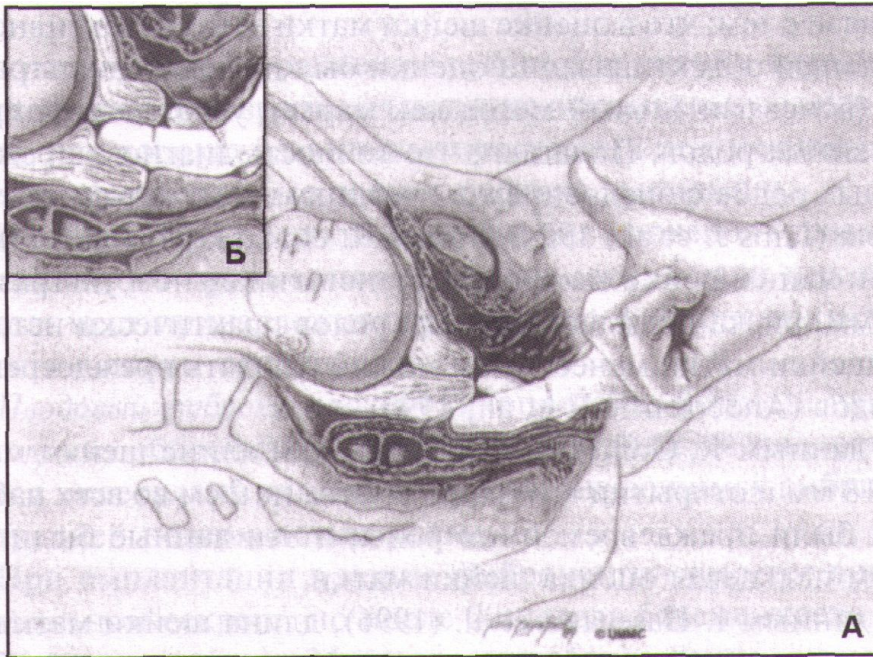
**Преждевременный
разрыв
плодных оболочек
при отсутствии
регулярной родовой
деятельности
(25-40%)**

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

УГРОЖАЮЩИЕ

НАЧАВШИЕСЯ

Я



**ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ
РОДЫ,
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ**

**ДИАГНОСТИКА
УГРОЖАЮЩИХ
И НАЧАВШИХСЯ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ
РОДОВ**

**ПОВЫШЕНИЕ
ЖИЗНЕСПОСОБНОС
ТИ
ПЛОДА**

**ВЫБОР АКУШЕРСКОГО
СТАЦИОНАРА**



**СУБЪЕКТИВНЫЕ
ЖАЛОБЫ**

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДЛИНЫ
ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ
БИМАНУАЛЬНОМ
ИССЛЕДОВАНИИ ИЛИ
ПРИ УЗИ
(МЕНЕЕ 2,5 CM)**

**ДИАГНОСТИКА
УГРОЖАЮЩИХ
ПРЕЖДЕВРЕМЕНН
ЫХ
РОДОВ**

**ТЕСТ АСТИМ – PARTUS
для определения зрелости
шейки матки
(фосфорилированный
протеин-1,
связывающий
инсулиноподобный
фактор роста (ПСИФР-1)
в цервикальном секрете)**

**ВЫЯВЛЕНИЕ
ПЛОДОВОГО
ФИБРОНЕКТИНА
В ШЕЕЧНО-
ВЛАГАЛИЩНОМ
СЕКРЕТЕ**

КОРТИКОТРОПИН РИЛИЗИНГ ГОРМОН,
ЭСТРИОЛ, ХГЧ, ПЛАЦЕНТАРНЫЙ
ЛАКТОГЕН , ЦИТОКИНЫ (ТУМОР-
НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ФАКТОР,
ИНТЕРЛЕЙКИНЫ - 2, 6, 10)

**ДИАГНОСТИКА
НАЧАВШИХСЯ
ПРЕЖДЕВРЕМЕНН
ЫХ
РОДОВ**

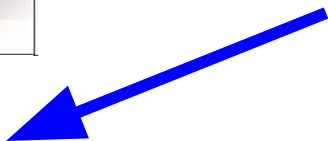
```
graph TD; A([ДИАГНОСТИКА НАЧАВШИХСЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ]) --> B([СУБЪЕКТИВНЫЕ ЖАЛОБЫ (СХВАТКИ)]); A --> C([ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДЛИНЫ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ (УЗИ) - СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ]);
```

**СУБЪЕКТИВНЫЕ
ЖАЛОБЫ
(СХВАТКИ)**

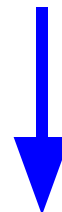
**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДЛИНЫ
ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ
БИМАНУАЛЬНОМ
ИССЛЕДОВАНИИ (УЗИ) -
СТРУКТУРНЫЕ
ИЗМЕНЕНИЯ**



ТОКОЛИТИКИ



**β – АДРЕНОМИМЕТИКИ
(ГИНИПРАЛ, ПАРТУСИСТЕН)**



**АТОЗИБАН (ТРАКТОЦИЛ)
(блокатор рецепторов к окситоцину)**

***НЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ
КАК ТОКОЛИТИКИ***



СУЛЬФАТ МАГНИЯ

**ИНГИБИТОРЫ
ЦИКЛООКСИГЕНАЗЫ –
ИНДОМЕТАЦИН (до 32 н.г.)**

Истмико-цервикальная недостаточность — дилатация цервикального канала и укорочение шейки матки.

- Ключевой фактор формирования цервикальной недостаточности — дефект синтеза коллагена, обеспечивающего до 85% сухого веса шейки матки.
- Исследования обнаружили сниженную концентрацию гидроксипролина .
- Не менее 80% острой цервикальной недостаточности ассоциированы с интраамниальной инфекцией
- Цервикальная недостаточность возникает из-за функционального или структурного дефекта шейки матки вследствие различных этиологических факторов.
- Истинная ИЦН сопровождает 1% беременностей, у женщин с повторяющимися поздними выкидышами — 8%.

Золотой стандарт измерения шейки матки — трансвагинальное УЗИ.

Коррекция ИЦН



Пессарий акушерский тип А5Q (перфорированный)

Размер (внутренний диаметр/высота/внешний диаметр)	Архивал
65/17/32 мм	А5Q 65/17/32
65/17/35 мм	А5Q 65/17/35
65/21/32 мм	А5Q 65/21/32
65/21/35 мм	А5Q 65/21/35
65/25/32 мм	А5Q 65/25/32
65/25/35 мм	А5Q 65/25/35
65/30/35 мм	А5Q 65/30/35
70/17/32 мм	А5Q 70/17/32
70/17/35 мм	А5Q 70/17/35
70/21/32 мм	А5Q 70/21/32
70/21/35 мм	А5Q 70/21/35
70/25/32 мм	А5Q 70/25/32
70/25/35 мм	А5Q 70/25/35

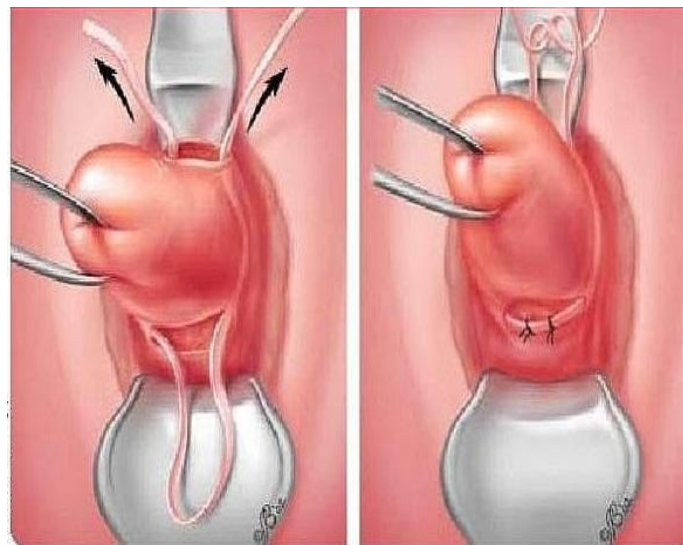
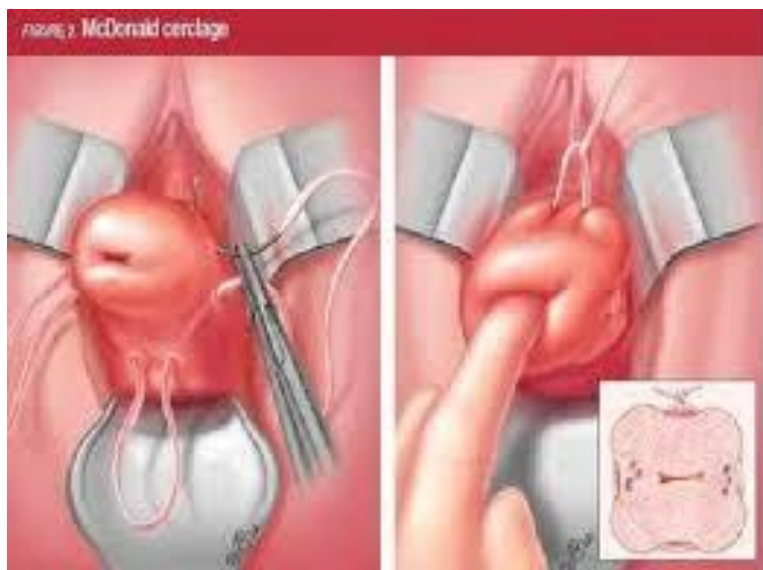
Внутренний диаметр (мм): 32-35
Высота (мм): 17-21
Наружный диаметр (мм): 32-35
65-70
32-35
21
65-70
25
35
30
65

Оптимальное введение – до 26 н.г.



Длина сомкнутой части шейки матки, когда требуется коррекция – 25 мм!!!

Серкляж – шов на шейку матки (до 24 н.г.)



Шов снимается после 37 н.г. или с началом родов в любом сроке.

Прогестерон: с прегравидарной подготовки до 34 н.г.

- Пероральный прием
- Вагинальные формы

Общие противопоказания к проведению токолиза.

- Акушерские:
- - Хориоамнионит.
- - Отслойка нормально или низко расположенной плаценты.
- - Состояния, когда пролонгирование беременности представляет угрозу для матери (тяжёлые формы гестоза, тяжёлая экстрагенитальная патология матери).
- Со стороны плода:
- - Антенатальная гибель плода.
- - Пороки развития плода несовместимые с жизнью.

ПОВЫШЕНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПЛОДА

**ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНОГО
ДИСТРЕСС – СИНДРОМА ПЛОДА
РАЦИОНАЛЬНА В 24-34 н.г.**

**АНТЕНАТАЛЬНАЯ КОРТИКОСТЕРОИДНАЯ
ТЕРАПИЯ (курсовая доза кортикостероидов
должна составить 24 мг за 48 часов)**

**Бетаметазон (дипроспан)
2 дозы по 12 мг
внутримышечно с
интервалом в 24 часа**

**4 дозы дексаметазона по 6 мг
внутримышечно с интервалом
в 12 часов**

**3 дозы дексаметазона
внутримышечно по 8 мг
с интервалом в 8 часов**



Федеральное государственное
учреждение
«Научный центр акушерства,
гинекологии
и перинатологии им. В.И.
Кулакова»
Минздравсоцразвития России



Институт Здоровья Семьи

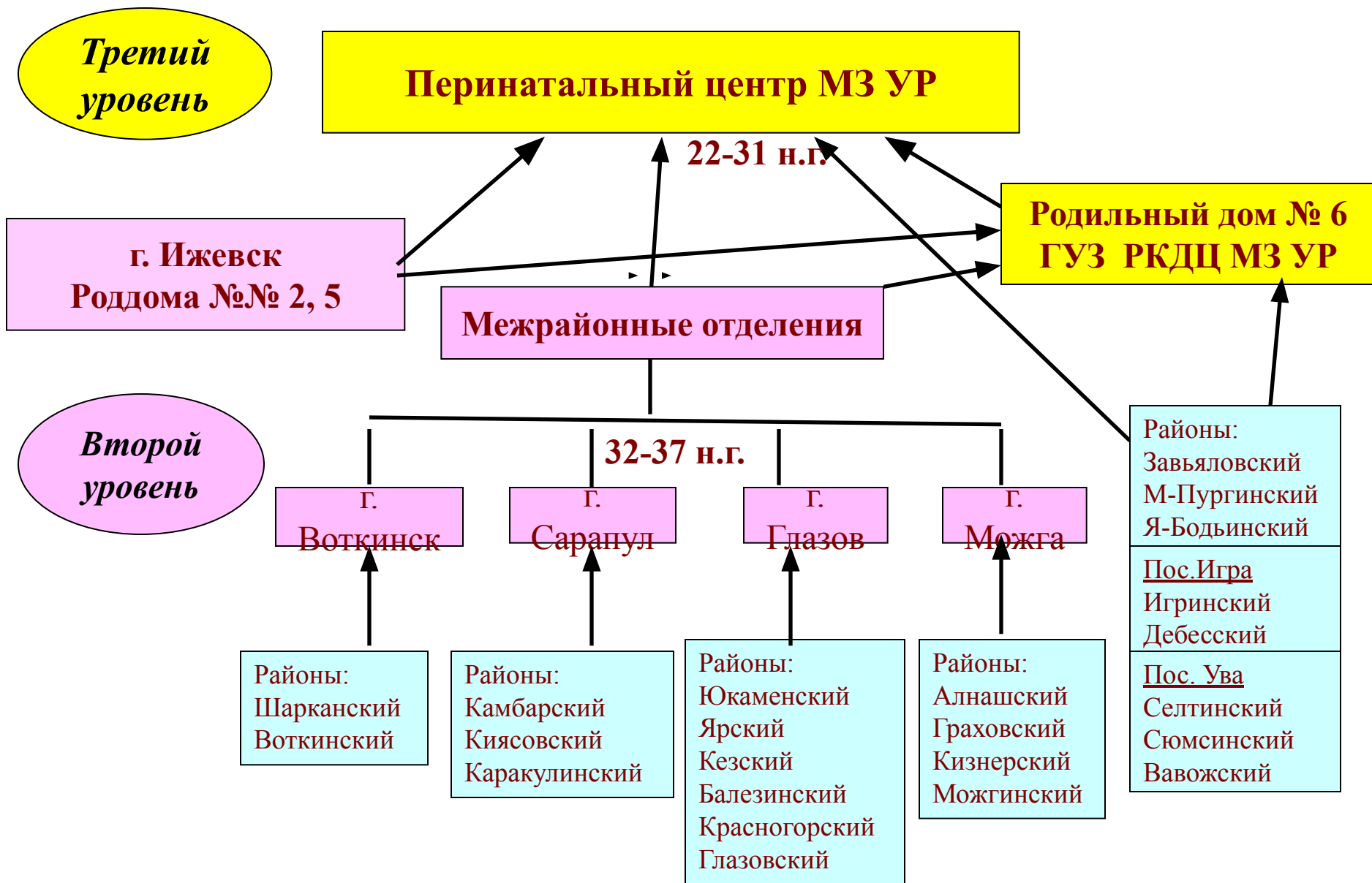
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

Москва - 2013

Лечебно-организационные мероприятия при ПР

Регулярные схватки (4 за 20 мин.) и раскрытие маточного зева	До 33 нед 6 дней беременности	34-37 нед. беременности
< 3 см	<ul style="list-style-type: none"> •перевод в стационар 3-го (2-го) уровня •начать профилактику РДС •начать токолиз 	<ul style="list-style-type: none"> •перевод в стационар 2-го (3-го) уровня •начать токолиз (на время транспортировки)
3 см и >	<ul style="list-style-type: none"> •для стационара 1-го уровня - вызов неонатологической реанимационной бригады перинатального центра •роды 	<ul style="list-style-type: none"> •вызов неонатолога •роды





Перинатальный центр

83% всех сверхранних ПР

40% всех ПР



ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ИЗЛИТИЕ ВОД ПРИ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ



ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДО 34 недель, отсутствии противопоказаний возможна выжидательная тактика.

АНТИБИОТИКИ назначаются сразу после установления факта отхождения вод

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: хориоамнионит, осложнения беременности, требующие досрочного родоразрешения, декомпенсированные состояния матери, декомпенсированные состояния плода.

ТОКОЛИТИКИ могут быть использованы не более 48 часов.

ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ противопоказаны при манифестирующих признаках инфекции

ПРИЗНАКИ ХОРИОАМНИОНИТА – ЛИХОРАДКА МАТЕРИ (БОЛЕЕ 38 *С), ТАХИКАРДИЯ ПЛОДА (БОЛЕЕ 160 уд/мин), ТАХИКАРДИЯ МАТЕРИ (БОЛЕЕ 100 уд/мин), выделения из влагалища с гнилостным запахом, повышение тонуса матки

Наблюдение за пациенткой осуществляется в палате отделения патологии беременности с ведением специального листа наблюдений в истории родов с фиксацией каждые 4 часа:

- температуры тела
- пульс
- ЧСС плода
- Характера выделений из половых путей
- Родовой деятельности



Объем дополнительного обследования:

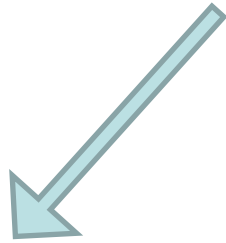
- Посев отделяемого из цервикального канала на β -гемолитический стрептококк, флору и чувствительность к АБ - при первом осмотре в зеркалах
- ОАК – лейкоциты, формула – 1 раз в 2-3 дня при отсутствии клинических признаков инфекции
- Определение С-реактивного белка в крови
- Оценка состояния плода – УЗИ, УЗ-доплерометрия, КТГ регулярно, не реже 1 раза в 2-3 дня

ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ РОДОВ:

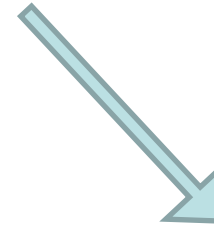
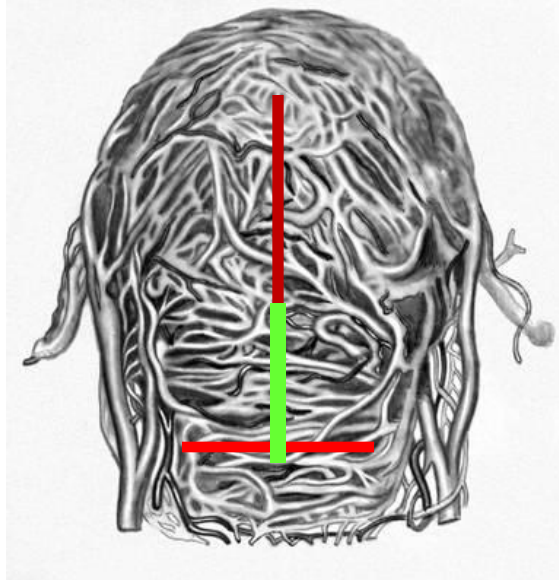
- Наблюдение за родовой деятельностью, профилактика аномалий (стремительных или затяжных)
 - Токолиз в родах
 - Тщательное обезболивание
 - Профилактика дисстресса плода
- Кесарево сечение выполняется по медицинским показаниям
- Извлечение плода при кесаревом сечении производится в плодном пузыре
Или в комплексе с плацентой
- Начавшиеся преждевременные роды, преждевременное излитие околоплодных вод – показания для антибиотикотерапии



Способы родоразрешения



Роды через естественные
родовые пути



Кесарево сечение

По акушерским показаниям
Извлечение в плодном пузыре
Извлечение единым
КОМПЛЕКСОМ
Истмико-корпоральный
разрез на матке

26 недель



Масса тела

500-999 г – экстремально низкая масса тела

1000-1499 г – очень низкая масса тела

1500-1999 г – низкая масса тела

2000-2499 г – маловесные дети



Относительно большая голова с преобладанием
мозгового черепа

Широкие черепные швы и роднички

Кости черепа, ушные раковины мягкие

Пупочное кольцо расположено ближе к симфизу

ПЖК развита слабо

Обильное пушковое оволосение

У мальчиков яички не опущены в мошонку

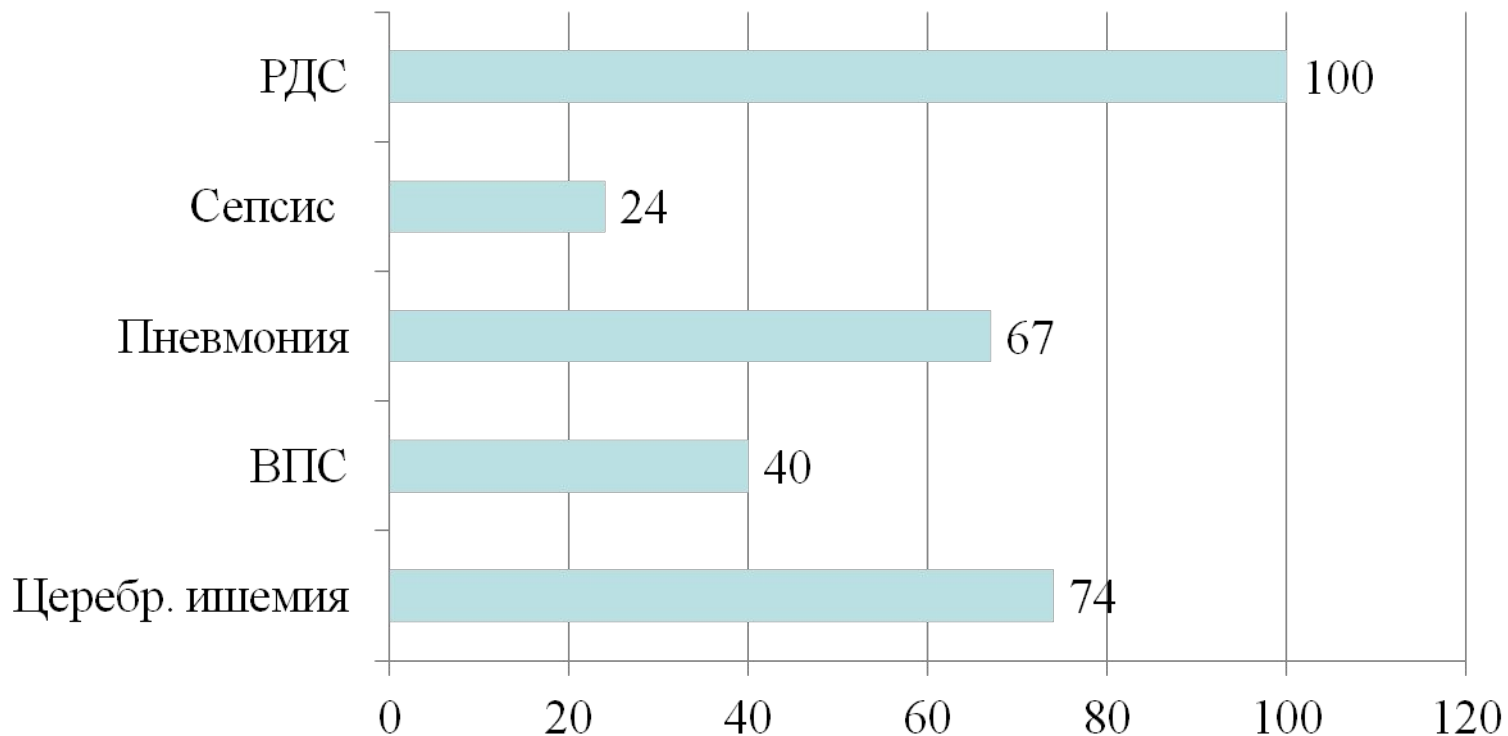
У девочек большие половые губы не прикрывают малые



Преждевременные роды – роды у больной женщины больным ребенком....

В.М. Сидельникова

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ



**Прегра
видарн
ая**

**подгото
вка
и**

**планир
ование
береме
нности**

**Ранняя
диагно
стика**

**угрожа
ющих
прежде**

**времен
ных
родов**

**Выхаж
ивание
недоно
шенны**

**х
новоро
жденн**

ПЕРЕНОШЕННАЯ



БЕРЕМЕННОСТЬ

Переношенная беременность - это беременность, которая продолжается 42 недели и более (294 дня) [Всемирная организация здравоохранения].

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. Возможны как запоздалые роды плодом без признаков перезрелости, так и своевременные роды (*term delivery*) незрелым плодом.

Таким образом, «переношенность» — понятие календарное, а «перезрелость» — понятие, применяемое для оценки физического статуса новорождённого.

Частота переносимой беременности (далее ПБ), по данным различных источников, колеблется от 0,8-4% до 8-10%. Разница зависит от частоты индукции родов и методик определения гестационного срока. Причины перенашивания не выяснены, но существует связь между частотой ПБ и следующими факторами: генетическими, мужским полом плода, высоким ИМТ пациентки до беременности.

Диагностика:

- . Наиболее точный метод – по данным УЗ-фетометрии В первом триместре (8-12 нед.) – по копчико-теменному размеру; в. Во втором триместре – (14-20 нед.) по совокупности нескольких параметров: бипариетальный размер, окружность живота и длина бедра;
- . Менее точный метод – по первому дню последней менструации при регулярном цикле.

Осложнения, связанные с переносимостью:

- ***Во время беременности:***

- ◆ Антенатальная гибель плода;

- ***Во время родов:***

- ◆ Аномалии родовой деятельности;
- ◆ Дистоция плечиков; Клинически узкий таз;
- ◆ Материнский травматизм;

- ***После родов:***

- ◆ Послеродовое кровотечение;
- ◆ Рождение ребенка с низкой оценкой по шкале Апгар;
- ◆ Необходимость перевода в неонатальный ПИТ;
 - ◆ Синдром аспирации мекония
- ◆ Перелом ключицы;
- ◆ Паралич Эрба.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ:

По достижении гестационного срока 40+0 нед.:

- провести консультирование по вопросам переносимости беременности;
- Возможно, предложить влагалищное исследование для оценки шейки матки и отслойки нижнего полюса плодного пузыря, снижающей потребность в последующей индукции.
- ◆ Возможные осложнения отслойки нижнего полюса плодного пузыря: дискомфорт и болезненные ощущения, кровянистые выделения, нерегулярные схватки в течение 24 часов после манипуляции.
- Обсудить дальнейший план наблюдения, включая возможную индукцию родов в 41+0 нед. Проведение индукции родов в сроке 41+0 нед. по сравнению со сроком 42+0 нед. имеет следующие преимущества :
 - Снижение частоты перинатальной смертности (на 70%): ◆ NB. Абсолютный риск смертности чрезвычайно мал;
 - Снижение частоты мекониальной аспирации (на 71%).

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)



*Клинические рекомендации МЗ РФ (2005)
(Российское общество акушеров – гинекологов
и Ассоциация медицинских обществ по качеству РФ);
P. Crowiey Обзор Кохрейновской библиотеки – Oxford (1999)*

Признаки перезрелости новорожденного (синдром Беллентайна – Рунге)

- Отсутствие пушковых волос;
- Отсутствие казеозной смазки;
- Повышенная плотность костей черепа;
- Узость швов и родничков;
- Удлинение ногтей;
- Зеленоватый оттенок кожи;
- Сухая «пергаментная» кожа;
- «Баннные» ладони и стопы;
- Снижение тургора кожи;
- Слабая выраженность слоя подкожно-жировой клетчатки

Новорожденный считается переносенным, если имеется сочетание двух и более признаков.





Благодарю за