

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ. ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ.



Подготовила студентка 2 мед.
факультета 152А группы Собченко А. Г.

НЕВЫНАШИВАНИЕ

- ⦿ **Невынашивание беременности – самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 нед, считая с первого дня последней менструации.**
- ⦿ **От зачатия до 22 нед. - самопроизвольный аборт.**
- ⦿ **28–37 нед. – преждевременные роды.**
- ⦿ **22-28 нед. относят к преждевременным родам, если новорожденный прожил 7 дней после рождения.**



САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ

- ◎ Самопроизвольные выкидыши в I триместре служат проявлением естественного отбора. Подтверждением этого является тот факт, что при исследовании абортного материала находят от 60 до 80 % эмбрионов с хромосомными аномалиями.



ПРИЧИНЫ

Социальные факторы:

Вредные привычки

Вредные производственные факторы

Неустроенность семейной жизни

Тяжелый физический труд

Стрессовые ситуации

Медицинские факторы:

Генетические поломки кариотипа родителей

Эндокринные нарушения

Пороки развития матки

Инфекционные заболевания

Предшествующие аборты

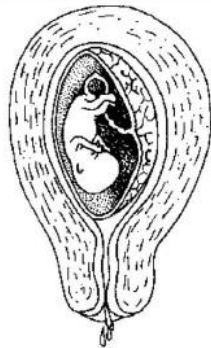
САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ

- В зависимости от клинического течения различают:
- Угрожающий аборт,
- Начавшийся аборт,
- Аборт в ходу,
- Неполный аборт,
- Несостоявшийся аборт,
- Инфицированный аборт,
- Привычный аборт.

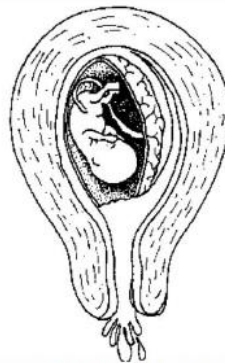


УГРОЖАЮЩИЙ АБОРТ

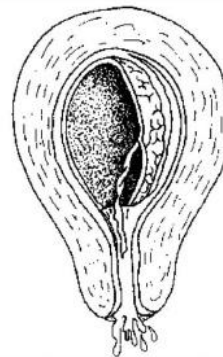
- ⦿ Угрожающий аборт – повышение сократительной активности матки. В этой стадии прерывания беременности плодное яйцо сохраняет связь со стенкой матки.
- ⦿ Клинически угрожающий аборт проявляется ощущением тяжести или несильными тянущими болями внизу живота и в области крестца. При позднем аборте могут отмечаться схваткообразные боли. Кровяные выделения отсутствуют. Шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт, тонус матки повышен. Величина матки соответствует сроку беременности.



Угрожающий аборт



Начавшийся аборт



Неполный аборт

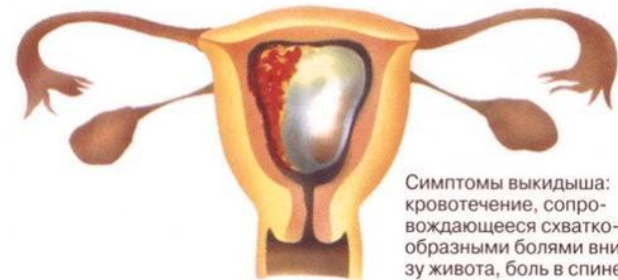
НАЧАВШИЙСЯ АБОРТ

При начавшемся аборте на фоне усилившихся сокращений матки происходит частичная отслойка плодного яйца от ее стенки. При этом усиливаются боли, нередко приобретающие схваткообразный характер, и появляются кровяные выделения из влагалища. Плодное яйцо отслаивается на небольшом участке, поэтому величина матки соответствует сроку беременности. Шейка матки сохранена, канат ее закрыт или слегка приоткрыт. При истмикоцервикальной недостаточности канал шейки матки может быть несколько расширен, болевые ощущения менее выражены или отсутствуют. Возможно подтекание околоплодных вод.

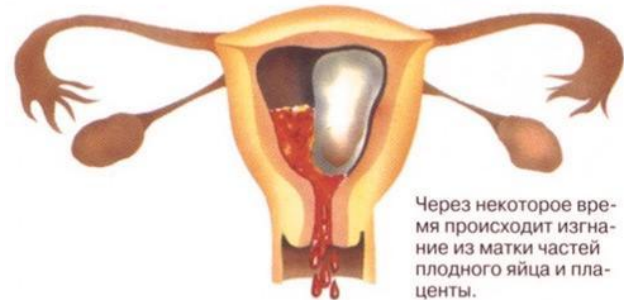


АБОРТ В ХОДУ

- **Аборт в ходу характеризуется тем, что плодное яйцо полностью отслаивается от стенки матки и опускается в ее нижние отделы, в том числе в шейечный канал.**
- **Клинически отмечаются схваткообразные боли внизу живота и выраженное кровотечение. Плодное яйцо находится в канале шейки матки, нижний полюс его может выступать во влагалище. Аборт в ходу может завершиться неполным или полным абортом.**
- **При неполном аборте после изгнания плодного яйца в полости матки находятся его остатки. В матке обычно задерживаются плодные оболочки, плацента или ее части.**



Симптомы выкидыша: кровотечение, сопровождающееся схваткообразными болями внизу живота, боль в спине и желудке.



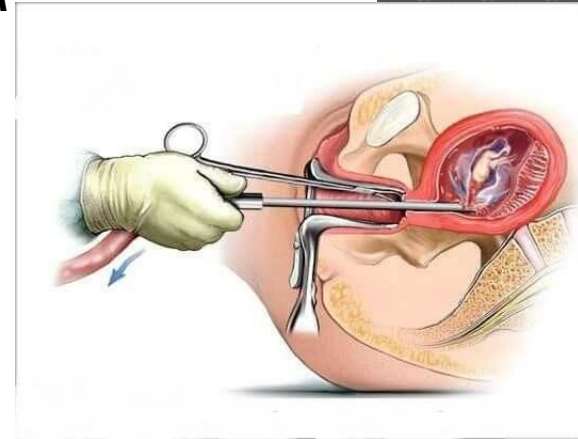
Через некоторое время происходит изгнание из матки частей плодного яйца и плаценты.



При наличии в матке остатков плодного яйца и плаценты показано выскабливание полости матки (абразия).

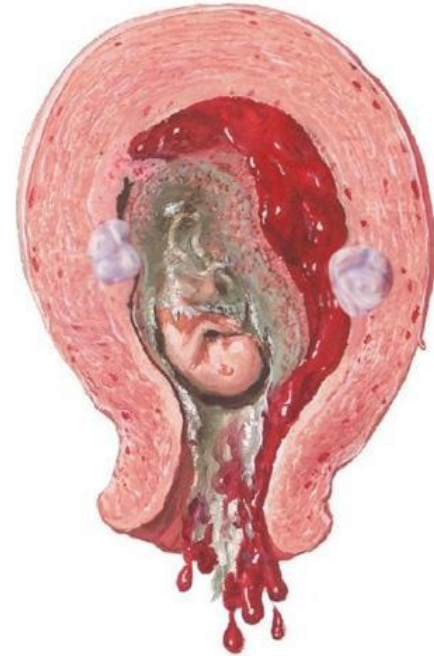
АБОРТ В ХОДУ

- Когда плодное яйцо изгоняется из полости матки, наблюдаются схваткообразные боли внизу живота и кровотечение разной интенсивности. Канал шейки матки свободно пропускает палец. Матка мягкой консистенции. Величина ее меньше, чем должна быть при предполагаемом сроке беременности.
- В связи с тем что неполный аборт нередко сопровождается обильным кровотечением, необходимо оказать беременной неотложную помощь.Abortцангом удаляют остатки плодного яйца, производят вакуум-аспирацию или кюретаж. Одновременно стабилизируют состояние больной, начав внутривенное вливание кровезаменителей. Целесообразно внутривенное введение окситоцина с изотоническим раствором хлорида натрия (30 ЕД окситоцина на 1000 мл раствора)



АБОРТ В ХОДУ

- Полный аборт чаще наблюдается в поздние сроки беременности, когда плодное яйцо выходит из полости матки. Матка полностью сокращается, кровотечение прекращается. При бимануальном исследовании матка хорошо контурируется, размер ее не соответствует сроку гестации, цервикальный канал может быть закрыт.
- При полном аборте, произошедшем в сроки гестации до 14–16 нед, показано инструментальное контрольное выскабливание матки, так как велика вероятность того, что в ее полости остались части плодного яйца. В более поздние сроки при хорошо сократившейся матке выскабливание не производят, целесообразно назначить антибиотики, провести лечение анемии и ввести иммуноглобулин антирезус пациенткам с резус-отрицательной кровью.



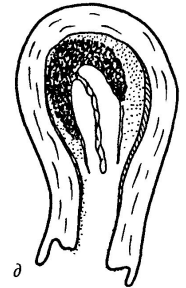
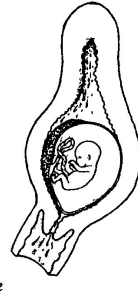
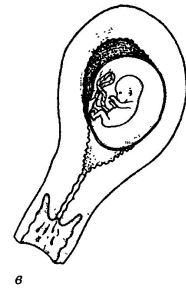
НЕСОСТОЯВШИЙСЯ ВЫКИДЫШ

- При неразвивающейся беременности происходит гибель эмбриона плода, но признаки угрозы прерывания беременности отсутствуют.
- Клинически размер матки меньше, чем должен быть к данному сроку гестации, сердцебиение плода не определяется, уменьшается выраженность субъективных признаков беременности, иногда периодически могут появляться мажущие кровяные выделения из влагалища.
- Погибшее плодное яйцо может находиться в матке в течение длительного времени, иногда больше месяца, подвергаясь некрозу и мацерации, на ранних стадиях иногда наблюдается его аутолиз. В некоторых случаях происходит мумификация и петрификация зародыша или плода. В связи с нарушением нейрогуморальной регуляции половой системы сокращения матки могут отсутствовать. Диагноз подтверждается при УЗИ.



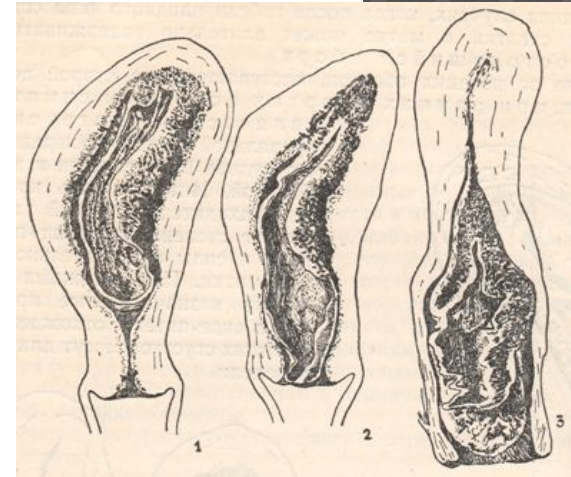
САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ

- При длительном течении самопроизвольного (начавшегося, неполного) аборта возможно проникновение микрофлоры из влагалища в полость матки с последующим развитием хориоамнионита и эндометрита. Инфицированный (лихорадочный) аборт может стать причиной развития генерализованных септических заболеваний, В зависимости от степени распространения инфекции выделяют:
- неосложненный инфицированный (инфекция локализуется в матке),
- осложненный инфицированный (инфекция не выходит за пределы малого таза)
- септический (процесс принимает генерализованный характер) аборт. Клиническое течение инфицированного аборта определяется в основном степенью распространения инфекции



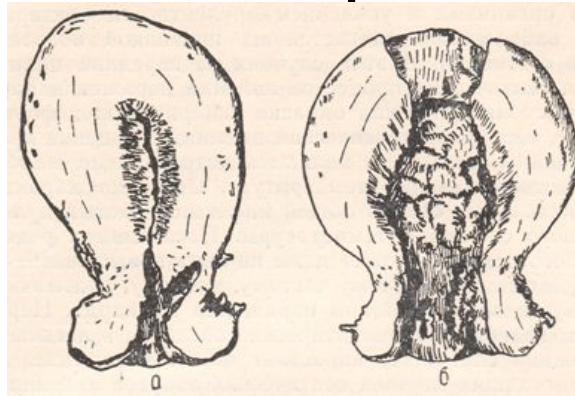
СЕПТИЧЕСКИЙ АБОРТ

- Диагноз септического аборта может быть установлен при наличии симптомов выкидыша и температуре тела выше 38°C , когда другие причины лихорадки исключены.
- В зависимости от степени распространения инфекции симптомы могут быть различными: от болезненности матки с гнойным отделяемым из цервикального канала до тяжелейших проявлений перитонита.



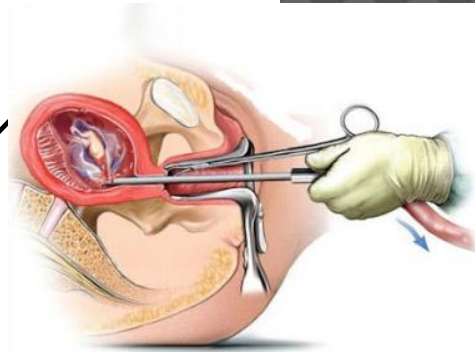
СЕПТИЧЕСКИЙ АБОРТ

- Ведение пациенток определяется тяжестью распространения инфекции. Выделяют 3 стадии распространения инфекции:
- I— в процесс вовлечены эндометрий и миометрий,
- II — помимо матки, в процесс вовлечены придатки,
- III — генерализованный перитонит и сепсис.



СЕПТИЧЕСКИЙ АБОРТ

- При сроке беременности до 12 нед осторожно расширяют шейку матки (если она не раскрыта) и с помощью кюретки или вакуум-аспиратора удаляют содержимое матки.
- После инструментального удаления плодного яйца или его остатков необходимо промыть матку 1 % раствором Диоксидина под малым давлением. Если не удастся полностью опорожнить Матку или сохраняется клиническая картина сепсиса, то производят чревосечение и экстирпацию матки с маточными трубами.
- Проводят интенсивное и комплексное лечение, применяют антибиотики широкого спектра действия (антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, иммунокорригирующая терапия)



ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ

- ◎ Привычный выкидыш – самопроизвольное прерывание беременности 2 раза подряд и более. В популяции он отмечается в 2 % беременностей.
- ◎ Привычное невынашивание – осложнение беременности, в основе которого лежат нарушения функции репродуктивной системы. Наиболее частыми причинами привычного невынашивания являются эндокринные нарушения репродуктивной системы, стертые формы дисфункции надпочечников, поражение рецепторного аппарата эндометрия, хронический эндометрит с персистенцией условно-патогенных микроорганизмов и(или) вирусов; истмико-цервикальная недостаточность, пороки развития матки, внутриматочные синехии, волчаночный антикоагулянт (ВА) и другие аутоиммунные нарушения.

ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ

- ◎ При ИЦН, хроническом эндометрите с персистенцией микроорганизмов в эндометрии вне беременности проводят лечение антибиотиками с учетом чувствительности к ним микрофлоры. Принимая во внимание, что хронический эндометрит чаще всего обусловлен персистенцией микоплазмы, хламидий, анаэробов, назначают доксициклин с трихополом и нистатином с 1-го по 7-й день менструального цикла. После антибиотиков применяют эубиотики (лактобактерин, ацилакт и др.) в течение 10–14 дней.

ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ

- У пациенток с ИЦН и хроническим эндометритом необходим микробиологический мониторинг в процессе беременности, особенно во II триместре и начале III.
- Хирургическую коррекцию ИЦН следует проводить в начале II триместра беременности при появлении клинических признаков ИЦН – размягчения и укорочения шейки матки.



Рис. 9.1. Зашивание шейки матки по методу Широкара (схема)

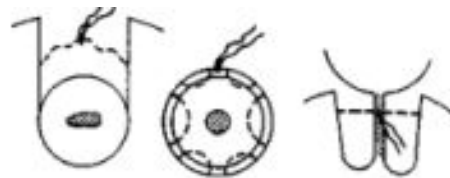


Рис. 9.2. Зашивание шейки матки по методу Мак-Дональда (схема)



Рис. 9.3. Двойной П-образный шов на шейку матки по методу Любимовой—Мамедалиевой (схема).

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

- ⦿ Преждевременными родами считают роды, наступившие при сроке беременности от 28 до 37 нед, при этом масса плода составляет от 1000 до 2500 г
- ⦿ По рекомендации ВОЗ, в том случае, если беременность прерывается при сроке 22 нед и более, масса плода составляет 500 г и более, а новорожденный выживает в течение 7 дней, роды считают преждевременными с экстремально низкой массой плода.



ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

- Масса новорожденных менее 2500 г может быть не только при преждевременных родах. В связи с этим новорожденных с малой массой тела делят на 3 группы:
- 1) новорожденные, скорость внутриутробного роста которых была нормальной до момента рождения (масса тела соответствует гестационному сроку);
- 2) дети, рожденные в срок или переношенные, но имеющие массу тела, недостаточную для данного гестационного срока вследствие замедления внутриутробного развития;
- 3) недоношенные, у которых, кроме того, отмечалось замедление внутриутробного развития, т.е. их масса тела недостаточна в связи как с недоношенностью, так и с нарушением внутриутробного развития



ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

- В связи с особенностями акушерской тактики и разным исходом преждевременных родов для плода целесообразно выделить 3 периода таких родов с учетом сроков гестации:
 - • в 22–27 нед;
 - • в 28–33 нед;
 - • в 34–37 нед.



ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

- Преждевременные роды в 22–27 нед (масса плода от 500 до 1000 г) составляет 5 % их общего количества. Чаще всего они обусловлены истмико-цервикальной недостаточностью, инфицированием нижнего полюса плодного пузыря и его преждевременным разрывом. Легкие плода незрелые, и добиться ускорения их созревания с помощью лекарственных средств, назначаемых матери, не всегда удается. Исход родов для плода в этой группе наиболее неблагоприятный



ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

- **Преждевременные роды при сроке гестации 28–33 нед (масса плода 1000–1800г) обусловлены более разнообразными причинами, чем ранние преждевременные роды. Несмотря на то что легкие плода еще незрелые, с помощью назначения глюкокортикоидов или других медикаментозных средств удастся добиться ускорения их созревания. В связи с этим исход родов для плода при этом сроке гестации более благоприятный, чем в предыдущей группе**



ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

- **Преждевременные роды при сроке гестации 34–37 нед (масса плода 1900–2500г и более) обусловлены еще более разнообразными причинами, процент инфицирования гораздо меньше, чем в предыдущих группах.**



ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

- ◎ Клиническая картина и диагностика . Различают угрожающие, начинающиеся и начавшиеся преждевременные роды.
- ◎ Угрожающие преждевременные роды характеризуются болями в пояснице и в нижней части живота. Возбудимость и тонус матки повышены, что может быть подтверждено результатами гистерографии и тонусометрии. При влагалищном исследовании обнаруживают, что шейка матки сохранена, наружный зев ее закрыт. У повторнородящих он может пропускать кончик пальца. Нередко отмечают подтекание околоплодных вод и повышенная двигательная активность плода.

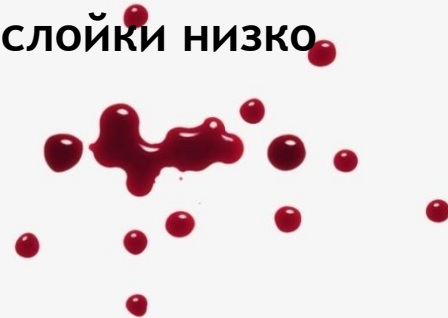
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

- При начинающихся преждевременных родах обычно выражены схваткообразные боли внизу живота или регулярные схватки, что подтверждается результатами гистерографии. При влагалищном исследовании отмечаются изменения шейки матки (укорочение или сглаженность). Часто наблюдается преждевременное излитие околоплодных вод. Для начавшихся преждевременных родов характерны регулярная родовая деятельность и динамика раскрытия шейки матки (более 2–4см)



ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

- Течение преждевременных родов имеет ряд особенностей:
- 1) преждевременное излитие околоплодных вод (около 40%);
- 2) аномалии родовой деятельности: слабость родовой деятельности, дискоординация, чрезмерно сильная родовая деятельность;
- 3) часто быстрые или стремительные роды в связи с развитием истмико-цервикальной недостаточности
- 4) дородовое кровотечение в результате отслойки низко или нормально расположенной плаценты
- 5) инфекционные осложнения в родах
- 6) гипоксия плода.



ЛЕЧЕНИЕ

- ⦿ Для понижения возбудимости матки и подавления ее сократительной деятельности предлагается следующее комплексное лечение.
- ⦿ 1. Постельный режим.
- ⦿ 2. Психотерапия, седативные средства
- ⦿ 3. Спазмолитическая терапия: 0,1 % раствор метацина – 1 мл внутримышечно, баралгин по 2 мл, ношпа по 2 мл внутримышечно 2–4 раза в сутки, 2 % раствор папаверина гидрохлорида по 2 мл внутримышечно 2–3 раза в сутки.



ЛЕЧЕНИЕ

- В том случае, если угроза прерывания беременности проявляется повышенным тонусом матки, с успехом может быть использован индометацин — ингибитор синтеза простагландинов. Индометацин назначают в дозе 200 мг в сутки в таблетках или свечах: в 1-е сутки по 50 мг 4 раза в таблетках
- Терапию, направленную на сохранение беременности, можно проводить, вводя внутривенно капельно 2 % раствор сульфата магния в дозе 200 мл в течение 1 ч 5–7 дней.

ПРОФИЛАКТИКА РДС

- При угрозе преждевременных родов неотъемлемой частью терапии должна быть профилактика респираторного дистресс-синдрома (РДС) у новорожденных путем назначения беременной глюкокортикоидных препаратов.
- Профилактика РДС имеет смысл при сроках гестации 28–35 нед
- Беременным на курс лечения назначают 8–12 мг дексаметазона (по 4 мг 2 раза в день внутримышечно), преднизолон в дозе 60 мг в сутки в течение 2 дней, дексазон в дозе 4 мг в 1 мл внутримышечно 2 раза в день в течение 2 дней

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕДОНОШЕННОГО

много сыровидной смазки
недостаточное развитие
подкожной жировой
клетчатки

пушок на теле

небольшая длина волос на
голове

мягкие ушные и носовые
хрящи

ногти не заходят за
кончики пальцев
пупочное кольцо

расположено ближе к
лобку

у девочек зияет половая
щель

ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

- ◎ **Переношенной считают беременность, продолжительность которой превышает 42 нед (294 дня) и заканчивается рождением ребенка с признаками перезрелости. Роды при переношенной беременности называют запоздалыми. Помимо истинного перенашивания, возможна пролонгированная, физиологически удлиненная беременность, при которой ребенок рождается без признаков перенашивания, при этом отсутствуют выраженные инволютивные процессы в плаценте.**



ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

- Вследствие морфологических изменений в плаценте развивается плацентарная недостаточность, приводящая к гипоксии плода.
- В связи с большей зрелостью центральной нервной системы у переношенных плодов повышена чувствительность их к гипоксии и родовым травмам. Этому способствуют также большие размеры головки и отсутствие способности ее к конфигурации (плотные кости черепа, узкие швы и роднички). Частыми осложнениями у ребенка являются синдром дыхательных расстройств и пневмопатии (внутриутробная аспирация околоплодными водами, разрушение сурфактанта в легких переношенного плода).
- Нарушение проницаемости и защитной функции плаценты нередко сопровождается внутриутробным инфицированием.



ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

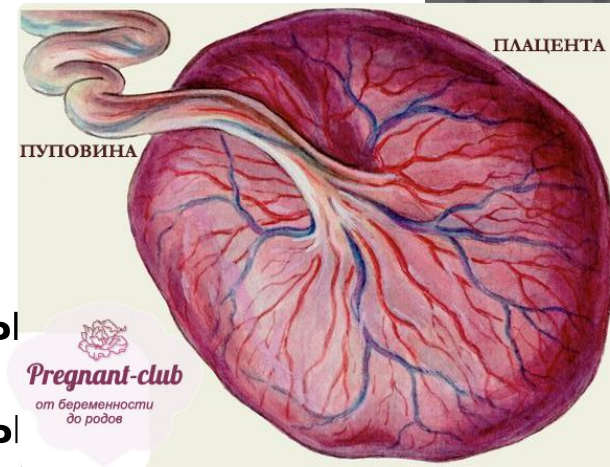
Причины:

- отсутствие своевременного формирования родовой доминанты в ЦНС
- изменения соотношений гонадотропных гормонов, прогестерона, снижение уровня эстрогенов
- нарушения деятельности симпатико-адреналовой системы
- изменения в матке, снижающие ее возбудимость и сократительную активность
- наличие у беременной аутоиммунной патологии, эндокринно-обменных нарушений, эмоциональной напряженности
- запоздалое или диссоциированное созревание плаценты



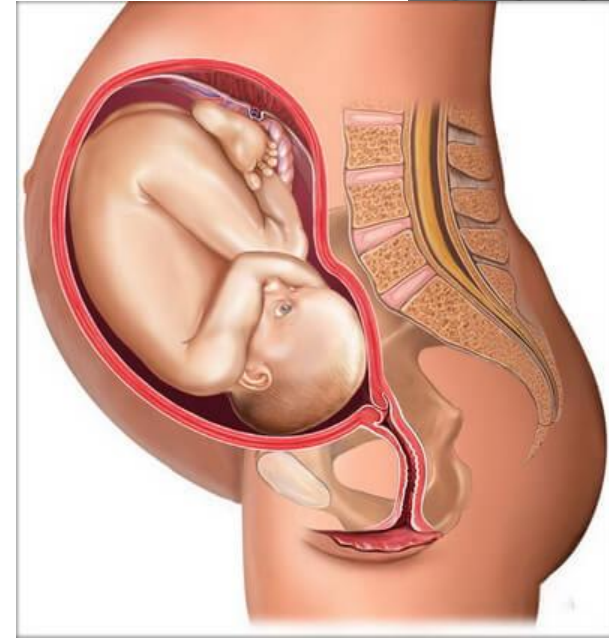
ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

- Патогенез перенашивания в большой мере определяется изменениями в плаценте, которые в последующем отражаются на состоянии плода. Макроскопически наблюдается увеличение массы плаценты при уменьшении ее толщины. Поверхность плаценты суховатая, границы между дольками стертые, нечеткие. Может отмечаться прокрашивание тканей плаценты оболочек, пуповины мекониальными зелеными водами. На поверхности плаценты видны белые инфаркты, кальцификаты, участки жирового перерождения.



ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

- Характерными особенностями переношенной беременности являются уменьшение количества и изменения свойств околоплодных вод. При перенашивании беременности на одну неделю количество околоплодных вод уменьшается в среднем на 100–200 мл, составляя 600–700 мл (в норме 800–900 мл). В 42 нед беременности количество околоплодных вод в 2 раза меньше, чем в норме (350–400), а при перенашивании на 3 нед и более наблюдается резко выраженное маловодие (200–300мл).
- При легких степенях перенашивания беременности воды становятся опалесцирующими, беловатыми вследствие растворения в них сыровидной смазки и поверхностных слоев кожи плода. При гипоксии плода и наличии мекония в околоплодных водах последние имеют зеленую или даже желтую



ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

- При перенашивании беременности плод нередко крупный, размеры головки приближаются к верхней границе нормы или превышают ее. Однако масса переносенного новорожденного может быть и небольшой вследствие развивающейся внутриутробной задержки роста плода. Длина плода при перенашивании превышает нормальные показатели и составляет 54–56см и более.
- Вследствие гипоксии при перенашивании развивается метаболический ацидоз, происходят накопление кислых продуктов обмена в крови плода и нарушение ферментативных процессов, развивается тканевая гипоксия.

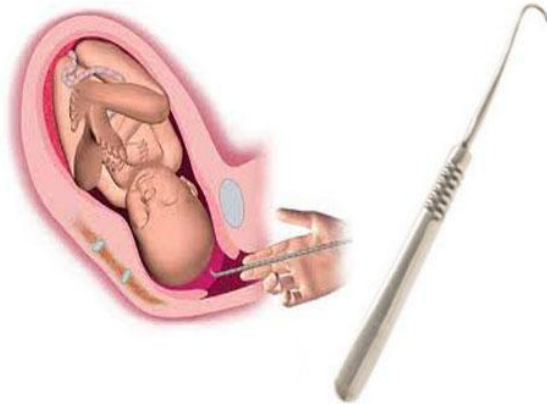
ПРИЗНАКИ ПЕРЕНАШИВАНИЯ

- У матери выявляют следующие признаки перенашивания:
- отсутствие биологической готовности шейки матки при доношенной беременности (38–40нед);
- уменьшение окружности живота после 40-йнедели беременности
- увеличение высоты дна матки
- снижение эстрогенной насыщенности организма



ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

- Для родовозбуждения используют амниотомию, а в отсутствие эффекта через 2–3ч внутривенно капельно вводят окситоцин или простагландин F2a и E2 или их сочетание. При выявлении слабости родовой деятельности применяют соответствующие меры по борьбе с этим осложнением. В случае отсутствия эффекта от стимуляции в течение 3 ч следует ставить вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения.



ПРИЗНАКИ ПЕРЕВЕДЛОСТИ

отсутствие пушковых
волос;

• отсутствие казеозной
• повышенная плотность
смазки,
костей черепа

(затруднение
конфигурации головки в

• узость швов и родничков;

• удлинение ногтей;

• зеленоватый оттенок
кожи;

• сухая "пергаментная"
мацерированная кожа;

• "банные" ладони и стопы;

• снижение тургора кожи;

• слабая выраженность
слоя подкожной жировой

и дермиды;

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

