НЕВЫНАШИВАНИЕ И ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Лектор –

доцент кафедры акушерства и гинекологии №2

Пругло А.К.

- Различают **истинное (биологическое)** перенашивание беременности и **мнимое (хрониологическое)** перенашивание, или **пролонгированную беременность**.
- Истинно переношенная беременность продолжается более 10-14 дней после ожидаемого срока родов (290-294 дня). Ребенок рождается с признаками перезрелости.
- Пролонгированная беременность продолжается более 294 дней и заканчивается рождением доношенного, функционально зрелого ребенка без признаков перезрелости.
- Частота перенашивания составляет 1,4-14%, в

- **Перенашивание беременности** означает несвоевременное (запоздалое) возникновение родовой деятельности, при ее развитии часто наблюдаются нарушения сократительной активности матки, что ведет к увеличению числа оперативных вмешательств, к внутриутробному страданию плода и повышению перинатальной смертности.
- При **пролонгированной беременности** более правильно роды называть своевременными, а при истинном перенашивании – запоздалыми родами перезрелым плодом.

Этиология

Преморбидным фоном для перенашивания беременности могут явиться:

- перенесенные ранее детские инфекционные заболевания (скарлатина, паротит, краснуха и др.),
- экстрагенитальные заболевания,
- половой инфантилизм,
- аборты,
- воспалительные заболевания внутренних органов,
- эндокринные заболевания,
- нарушения жирового обмена,
- психические травмы,
- гестозы второй половины беременности.

У первобеременных (особенно возрастных) перенашивание встречается чаще, чем у повторнородящих.

Имеет значение и наследственный фактор.

Главными патогенетическими моментами, перенашивания беременности, являются:

- Функциональные сдвиги в центральной нервной системе,
- Вегетативные нарушения
- Эндокринные нарушения (нарушение выработки эстрогенов, прогестерона, кортикостероидов, окситоцина, некоторых тканевых гормонов (ацетилхолин, катехоламины, серотонин, кинины, гистамин, простагландины), ферментов, электролитов и витаминов).
- Определенное значение имеет также состояние плаценты и плода.

Клиническая картина:

При истинном перенашивании беременности более 41 недели часто наблюдается:

- Отсутствие нарастания массы тела беременной или ее снижение более
  чем на 1 кг;
- Уменьшение окружности живота на 5-10 см, что обычно связано с уменьшение количества околоплодных вод;
- Снижение тургора кожи;
- Падение массы тела, обусловленное вторичной гипотрофией переношенного плода;
- Маловодие и зеленое окрашивание околоплодных вод;
- Отсутствие болезненности при положении лежа на матке или при надавливании на матку (признак Дольфа);
- Более высокое стояние дна матки;
- Выделение молока, а не молозива из молочных желез;
- Усиление или ослабление движений плода, что указывает на дистресс плода вследствие нарушения маточно-плацентарного кровообращения;
- Изменение частоты, ритма и тембра сердечных тонов плода;
- Незрелость или недостаточная зрелость шейки матки;
- Крупные размеры плода;

Течение родов при переношенной беременности характеризуется многочисленными осложнениями:

- Преждевременным или ранним излитием околоплодных вод;
- Аномалиями родовой деятельности;
- Затяжными родами;
- Гипоксией плода;
- Родовыми травмами.

Внутриутробной гипоксии плода способствуют:

- гипоплазия или дисфункция надпочечников плода,
- чувствительность к кислородной недостаточности во время родов вследствие повышенной зрелости центральной нервной системы,
- пониженная способность головки плода к конфигурации,
- значительные размеры плода,
- частые нарушения сократительной деятельности матки,
- возбуждение или стимуляция родовой деятельности,
- частые оперативные вмешательства во время родов.

Диагностика.

Диагноз переношенной беременности часто ставят на основании анамнеза и данных, полученных при клинических, лабораторных и инструментальных методах исследования.

Следует оценить:

- общее состояние беременной,
- течение данной беременности (гестозы),
- установить срок появления менархе,
- особенности менструального цикла,
- наличие генитального инфантилизма,
- наличие эндокринных заболеваний,
- перенесенные воспалительные заболевания половых органов,
- аборты,
- перенашивание беременности в анамнезе.

Диагностика - продолжение

Дополнительными методами исследования являются:

- амниоскопия, которую проводят, начиная с 6-го дня после предполагаемого срока родов через каждые 2 дня; позволяет своевременно обнаружить типичные для перенашивания изменения: уменьшение количества околоплодных вод и зеленое их окрашивание, небольшое количество или отсутствие хлопьев сыровидной смазки.

- фоно- или электрокардиография плода выявляет монотонность сердечного ритма, повышение вольтажа желудочкового комплекса, расщепление зубца R на верхушке, увеличение длительности комплекса PQ плода;

Диагностика - продолжение

При ультразвуковом исследовании характерны:

- уменьшение количества околоплодных вод или маловодие,
- отсутствие увеличения бипариетального размера головки плода в динамике,
- отсутствие увеличения роста плода в динамике,
- истончение плаценты и III степень ее зрелости,
- патологическое изменение структуры плаценты в виде кальциноза,
- более выраженные контуры костей головки плода.

Диагностика - продолжение

- Для определения функции плаценты и состояния плода: экскреция эстриола в суточной моче беременной (несколько ниже, чем при пролонгированной и доношенной беременности).
- Кольпоцитологическое исследование:
  обнаруживают значительное количество как поверхностных, так и
  парабазальных клеток.
- Безъядерные жировые клетки в амниотической жидкости.
- Биохимическое исследование амниотической жидкости, полученной при помощи амниоцентеза: околоплодные воды
  зеленоватого или интенсивного зеленого цвета со значительным осадком при центрифугировании, с высокой оптической плотностью.
  Иммунохимическое исследование крови: обнаружение

Окончательно диагноз истинного перенашивания ставят после родов при осмотре ребенка и последа.

Для детей характерны признаки перезрелости:

- они более крупные,
- кости черепа более плотные,
- швы и роднички узкие,
- количество сыровидной смазки резко уменьшено или она отсутствует,
- отмечается дряблость, высыхание, мацерация и десквамация кожи, изменение ее цвета на зеленый или желтый,
- повышенная плотность хрящей ушных раковин и носа,
- истончение подкожно-жирового слоя,
- более длинные ногти.

При исследовании плаценты обнаруживают:

- петрификаты, жировые перерождения,
- оболочки зеленого цвета, «тощую» пуповину,
- увеличение массы и размеров плаценты, уменьшение ее толщины,
- выраженные склеротические и дистрофические изменения плаценты,
- участки некроза плаценты,
- снижено содержание гликогена, нейтральных сахаридов, функционально-активных и ряда окислительно-восстановительных ферментов.

Различают 3 степени перезрелости новорожденного:

- 1 степень – новорожденный с кожей нормального цвета кожей, сыровидная смазка почти отсутствует, околоплодные воды светлые, но количество их уменьшено;
- 2 степень - общее состояние плода удовлетворительное; кожные покровы плода, околоплодные воды, пупочный канатик окрашены меконием в зеленый цвет;
- 3 степень – околоплодные воды, кожа и ногти новорожденного имеют желтую окраску, что указывает на более длительную гипоксию плода.

Лечение.

- За женщинами, отнесенными к группе риска с учетом возможного перенашивания беременности, в женской консультации осуществляют интенсивное наблюдение и госпитализируют на 40-41 недел.
- Тактика врача при перенашивании беременности должна определяться не временем перенашивания, а его характером (перенашивание или пролонгирование беременности).
- Госпитализацию беременных с перинашиванием желательно проводить в лечебные учреждения не ниже III уровня аккредитации.

- В родильном отделении проводят уточнение срока беременности, состояния беременной и плода, оценивают результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.
- При удовлетворительном состоянии плода и отсутствии признаков перинашивания беременности рекомендована выжидательная тактика.
- При наличии первых признаков перинашивания беременности показана подготовка родовых путей с дальнейшей индукцией родовой деятельности.

Подготовка шейки матки к индукции родов при ее незрелости в сроке после 40 недель беременности приводится одним из методов:

- Медикаментозный – простогландины Е1 и Е2;
- Немедикаментозный – акушерские ламинарии, используются при оценке степени зрелости шейки матки по шкале Бишопа менее 5 баллов.

Показания и условия к индукции родов:

- срок беременности 42 недели и более;
- состояние плода по результатам биофизического профиля – 7-8 баллов и более;
- зрелость шейки матки не менее 6 баллов по шкале Бишопа;
- соответствие размеров плода и таза матери;
- отсутствие плодного пузыря

Методы индукции родов:

- пальцевое отслаивание нижнего полюса плодного пузыря;
- амниотомия;
- капельное внутривенное введение раствора окситоцина.

- Если в первом периоде родов выявляются признаки страдания плода и особенно если имеются осложнения у роженицы (отсутствие эффекта от родовозбуждения в течение 3-5 часов при вскрывшемся плодном пузыре; аномалии родовой деятельности, не поддающиеся лечению; клинически узкий таз, возраст и др.), следует произвести кесарево сечение.

- Во втором периоде родов из-за слабости родовых сил, гипоксии плода нередко прибегают к вакуум-экстракции плода, наложению акушерских щипцов, извлечению плода за тазовый конец.

- В третьем периоде родов необходимо проведение мероприятий, направленных на профилактику гипотонического кровотечения в связи с частым возникновением гипотонического и атонического маточного кровотечения, обусловленного пониженной сократительной способностью матки, а также

Показанием к кесареву сечению служат:

- анатомически и клинически узкий таз,
- нередко в сочетании с крупным плодом,
- внутриутробная гипоксия плода,
- осложненный акушерский анамнез,
- возраст первородящих старше 30 лет,
- неэффективность родовозбуждения,
- отсутствие готовности организма к родам,
- аномалии родовой деятельности, не поддающиеся лечению.

- Невынашивание беременности – это самопроизвольное прерывание ее в различные сроки от зачатия до 37 недель. Частота этого осложнения варьирует от 10 до 25 % и не имеет тенденции к снижению. Приблизительно 15 % распознанных беременностей заканчиваются невынашиванием беременности.

КЛАССИФИКАЦИЯ (согласно Протокола “Привычное (привычный) выкидыш” от № 624 2008

- 2.поздний спонтанный аборт с 12 до 21 недели + 6 дней;
- 3.преждевременные роды с 22 полных до 36 недель + 6 дней (154 - 259 дней).

ЭТИОЛОГИЯ

- Механизмами прерывания беременности при гормональных расстройствах являются *недостаточная подготовка эндометрия к беременности, неполноценная имплантация плодного яйца, повышенная возбудимость миометрия, первичная плацентарная недостаточность во II триместре и нарушения развития плода.*

- 2.Анатомические причины: истмико - цервикальная недостаточность, развивающаяся в результате травм шейки матки во время родов, абортов или каких - либо вооздействий на шейку матки, является основной причиной невынашивания беременности (до 40 %) во II триместре; в 10 - 15 % случаев причиной невынашивания являются пороки развития матки (внутриматочная перегородка, двурогая, седловидная, однорогая или двойная матка); в 5 - 6 % - опухоли матки и придатков (миома матки,
киста, кистома яичника), послеоперационный рубец на матке.

- 3.Генетические причины играют большую роль при невынашивании беременности. Около 50 % репродуктивных потерь принадлежит хромосомным и геномным мутациям, а эмбрионы с хромосомными аномалиями составляют до 73 % среди абортов ранних сроков. При грубых хромосомных нарушениях (три- и тетраплодия) беременность прерывается в сверхранние и ранние сроки (до 3 - 4 недель). Тем самым осуществляется естественный отбор, более 95 % всех возникающих мутаций заканчивается прерыванием беременности.

- 4.Инфекционные заболевания матери занимают одно из первых мест среди причин невынашивания беременности. К ним относятся латентно и хронически протекающие заболевания мочеполовых органов (хламидиоз и мико - уреаплазмоз, гонорея, трихомониаз, листериоз, токсоплазмоз), вирусные заболевания (грипп и парагрипп, цитомегаловирус, краснуха, вирус простого герпеса) и другие. При этом возможно непосредственное поражение плодного яйца (плаценты, оболочек и эмбриона) трансплацентарно или восходящим путем, тератогенное (до 9-12 недель) воздействие гипертермии и интоксикации матери с последующей гибелью эмбриона.
- 5.В проблеме невынашивания определенную роль играет нарушение иммунных реакциях организма женщины на зародыш и плод. Плод является наполовину чужеродным для матери организмом, потому что половину своих белков он наследует от отца. Созревание зародыша происходит при условии полной гетерозиготности матери и плода по антигенам тканевой совместимости. При беременности возможно развитие сенсибилизации матери к тканевым антигенам плода. Кроме того, в невынашивании беременности может иметь

ЭТИОЛОГИЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Материнские факторы

- Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез
- Осложнения текущей беременности
- Экстрагенитальная патология
- Социально-экономические факторы

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез

- *Аборты, выкидыши*
- *Преждевременные роды*
- *Генитальный инфантилизм*
- *Нарушения менструальной функции*
- *Эндометриты, цервициты Эндометриоз, миома*

Осложнения текущей беременности

- *Предлежание плаценты*
- *Преждевременная отслойка плаценты*
- *Истмико-цервикальная недостаточность*
- *Тяжелый гестоз*
- *Антифосфолипидный синдром*

Экстрагенитальная патология

- *Инфекционные болезни во время беременности*
- *Эндокринные болезни*
- *Тяжелые соматические болезни*

Социально-экономические факторы

- *Стрессовые ситуации*
- *Большие физические нагрузки*
- *Плохие материально-бытовые условия*
- *Слишком молодой или пожилой возраст*
- *Алкоголь, курение, наркотики*

ПЛОДОВЫЕ ФАКТОРЫ

- *Генетические (хромосомные) нарушения*
- *Внутриутробное инфицирование*
- *Резус-конфликт*
- *Многоводие*
- *Многоплодие*
- *Неправильное предлежание*

КЛАССИФИКАЦИЯИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ

Самопроизвольные аборты (спонтанные выкидыши)

Р аннего срока (до 12 недель)

Позднего срока (до 22 недель)

Преждевременные роды (ПР)

О чень ранние ПР (22-27 недель)

Ранние ПР (28-33 недели)

Собственно ПР (34-37 недель)

Невынашивание или выкидыш

(до 21 нед.+ 6 дней)

Недонашивание или преждевременные роды (ПР)

(с 22 до 36 нед.+6 дней)

Преждевременными родами считаются роды в 22 – 36/6 недель беременности, когда рождается ребенок с массой тела от 500 до 2500 г, длиной от 25 до 45 см, с признаками незрелости

СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ НЕДОНОШЕННОСТИ

Степень недоношенности

Недоношенные с экстремальной массой
(500-1000 грамм)

Недоношенные с низкой массой
(1000-1500 грамм)

Просто недоношенные
(более 1500 грамм)

Ребенок с массой менее 2500 г, но рожденный после 37 недель гестации, считается гипотрофичным, но доношенным!

Предрасполагающие факторы

- **экстрагенитальные заболевания** и осложнения беременности, которые приводят к изменениям в плаценте, нарушая ее функцию. социально-экономические факторы, среди которых:- производственные (вибрация, повышенная влажность, тяжелый физический труд, аллергизация) -вредные факторы окружающей среды (радиация, загазованность, наличие высокой концентрации химикатов и другие),- вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания), влияющие на формирование и развитие плодного яйца.

Классификация самопроизвольных абортов в зависимости от стадии развития процесса:

- 1) *угрожающий аборт* (abortus imminens);
- 2) прогрессирующий аборт или *аборт в ходу* (abortus progrediens);
- 3) *неполный аборт* (abortus incompletus);
- 4) *полный аборт* (abortus completus)
- Кроме того выделяют:
- *- Аборт, который не состоялся* (missed abortus) *(замершая беременность, прекращение развития эмбриона/плода);*
- *- Инфицированный аборт.*
- *Привычный аборт (привычный выкидыш) - определяется как как следствие* ***двух или более*** *беременностей, которые закончились самовольным выкидышем.*

Тактика ведения угрожающего аборта

- При наличии клинических признаков угрожающего аборта в сроке беременности менее 8 недель и неблагоприятных признаков прогресса беременности проведение терапии, направленной на сохранение беременности не рекомендуется.
- **Если пациентка настаивает на проведении терапии, направленной на сохранение беременности, она должна быть соответствующим образом проинформирована о:**
- высоком удельном весе хромосомных аномалий на данном сроке беременности, которые являются наиболее достоверной причиной угрозы ее прерывания;
  - низкую эффективность любой терапии.
- Причиной 70% спонтанных абортов, которые происходят на сроке до 12 недель и 30%, которые происходят на сроке после 12 недель, есть хромосомные аномалии (наследственные или приобретенные).
- Максимальное количество хромосомных аномалий элиминтируется путем спонтанного аборта в сроке 4-5 недель.
- *На основе полученной информации пациентка принимает решение относительно целесообразности применения терапии, направленной на сохранение беременности.*

ЧАСТОТА СПОНТАННОГО ВЫКИДЫША В ПОПУЛЯЦИИ

- **Самопроизвольные выкидыши происходят столь часто, что можно считать их частью нормального процесса репродукции**

50% — **Преклинические потери** (подтвержденные только биохимически)

15-35% — **Ранний спонтанный выкидыш**

2% — **Поздний спонтанный выкидыш**

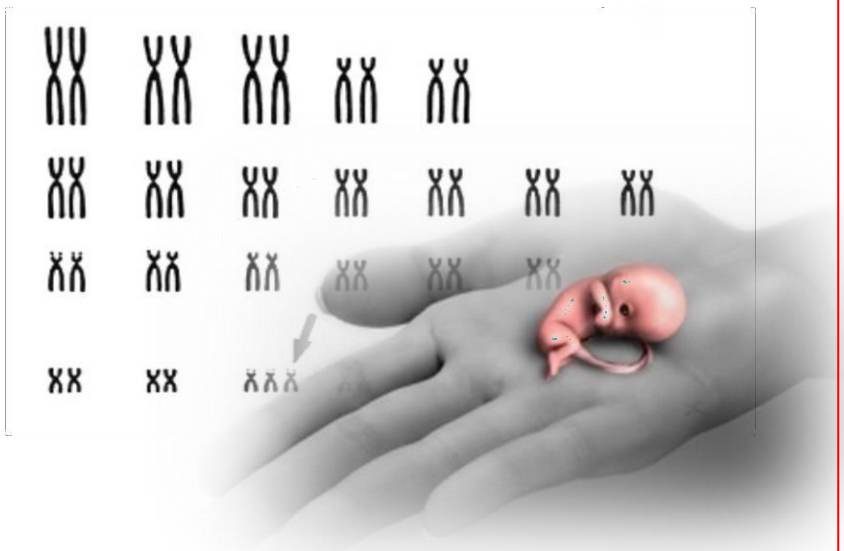
Риск самопроизвольного прерывания беременности уменьшается с увеличением срока гестации

ПРИЧИНЫ, КОТОРЫЕ НЕ ПРЕДУПРЕДИМЫ

Спонтанный выкидыш

70%

ХРОМОСОМНЫЕ АНОМАЛИИ
(наследственные или приобретенные).



Инструмент
естественного генетического отбора

ПРИЧИНЫ, КОТОРЫЕ МОЖНО ПРЕДУПРЕДИТЬ

Спонтанный выкидыш

30%

Другие причины, не связанные с мутациями

- **Иммунологические** (АФС, антигены HLA, гистосовместимость)
- **Инфекционные**
- **Анатомические** (врожденные аномалии, генитальный инфантилизм, внутриматочные синехии, истмико-цервикальная недостаточность)
- **Эндокринные** (дефицит прогестерона)

- *клинический протокол «Невынашивание беременности», приказ МОЗ №624*

Реабилитация и предгравидарная подготовка после первой неудачной беременности

Аборт в ходу –

отделения плодного яйца от стенок матки (до 12 нед) или участка отслойки плаценты (после 12 нед)

Жалобы

1. Тянущие боли в нижних отделах живота, во втором триместре боль может иметь схваткообразный характер.
2. Кровянистые выделения из половых путей по большей части в большом количестве.

Анамнез

1. Длительность боли в нижних отделах живота, с усилением в динамике к интенсивному, может иметь схваткообразный характер.
2. Провоцирующие факторы (травма, падение, физическая нагрузка).

Обследование и установление диагноза аборта в ходу

Осмотр в зеркалах

1. Шейка матки укорочена, наружный зев открыт.
2. Кровянистые выделения в большом количестве.
3. Части плодного яйца в цервикальном канале.
4. Подтекание околоплодных вод (может быть отсутствующим в ране сроки беременности).

Бимануальное влагалищное исследование для определения

1. Тонуса матки.
2. Размера матки.
3. Размеров степени раскрытия цервикального канала

Тактика ведения при аборте в ходу

Срок беременности менее 16 недель

Проводят вакуум-аспирацию или кюретаж стенок полости матки в ургентном порядке под адекватным обезболиванием и мероприятия, направленные на стабилизацию гемодинамики, в зависимости от объема кровопотери. Обязательное патогистологическое исследование удаленной ткани.

Срок беременности больше 16 недель

После спонтанного изгнания плода проводят вакуум-аспирацию или кюретаж стенок полости матки и мероприятия, направленные на стабилизацию гемодинамики в зависимости от

В случае необходимости при аборте в ходу возможно использования утеротоников

Для ускорения изгнания плода в сроке гестации более 16 недель используют окситоцин (в дозе 10 ЕД в/м или в/в капельно в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия (до 40 капель за минуту));

В случае кровотечения после изгнания плода или под время кюретажа для улучшения сокращения матки вводят один из утеротоников:

- окситоцин 10 ЕД в/м или в/в капельно в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия со скоростью до 40 капель за минуту;
- эргометрин 0,2 мг в/м или в/в (в случае необходимости возможно повторить введение указанной дозы, максимальная суточная доза не больше 1 мг);

Неполный аборт –

неполное отделение плодного яйца или плаценты от стенок матки

Жалобы

1. Боль разной интенсивности в нижних отделах живота.
2. Кровянистые выделения из половых путей разной степени выраженности.

Анамнез

1. Тянущая боль в нижних отделах живота, с усилением в динамике к интенсивному, может иметь схваткообразный характер, боль

   постепенно уменьшается.
2. Экспульсия плодного яйца.
3. Провоцирующие факторы (травма, падение, физическая нагрузка).

Обследование и установление диагноза неполного аборта

Осмотр в зеркалах

1. **Шейка матки укорочена, наружный зев открыт.**
2. **Кровянистые выделения разной степени выраженности.**

Бимануальное влагалищное исследование

1. **Матка мягкой консистенции.**
2. **Размеры матки меньше срока гестации.**
3. **Разная степень раскрытия шейки матки.**

УЗИ: ***п*****олость матки расширена > 15 мм, шейка матки раскрытая, плодное яйцо/плод не визуализируется, могут визуализироваться ткани неоднородной эхоструктуры.**

Тактика ведения неполного аборта

- В случае неполного аборта обязательно проводят удаление из матки остатков эмбриональных /плодових тканей со следующим их патогистологическим исследованием.
- *Хирургический метод эвакуации содержимого полости матки* (кюретаж или вакуум-аспирация).

Показания к хирургическому методу:

- интенсивное кровотечение
- расширение полости матки > 50 мм (УЗД)
- повышение температуры тела выше 37,5 С.

- Для медикаментозной эвакуации содержания полости матки используют *Мизопростол* (простагландин Е1) - *800-1200 мкг* однократно интравагинально.

Полный аборт

Жалобы

1. **Тянущие боли в нижних отделах живота разной интенсивности (могут и отсутствовать).**
2. **Незначительные кровянистые выделения из половых путей (могут отсутствовать).**

Анамнез

1. **Тянущие боли в нижних отделах живота, с усилением в динамике к интенсивным, может иметь схваткообразный характер.**
2. **Экспульсия плодного яйца.**
3. **Провоцирующие факторы (травма, падение, физическая нагрузка).**

Обследование и установление диагноза полного аборта

Осмотр в зеркалах

1. **Шейка матки сформирована, наружный зев закрыт.**
2. **Незначительные кровянистые выделения или отсутствуют.**

Бимануальное влагалищное исследование

4. **Матка плотная.**
5. **Размеры матки меньше срока гестации.**
6. **Цервикальный канал закрыт, иногда не полностью.**

УЗИ

Полость матки < 15 мм, цервикальный канал закрыт, плодное яйцо/плод не визуализируется, остатки продукта оплодотворения в полости матки не визуализируются.

Тактика ведения при полном аборте

- **При отсутствии жалоб, кровотечения и ткани в полости матки по данным УЗИ нет необходимости в инструментальной ревизии матки.**
- **Контрольное УЗИ через 1 неделю.**
- **Необходимость профилактического применения антибиотиков, выбор препарата, дозы и длительность использования должны быть определены по индивидуальным показаниям.**

Аборт, который не состоялся (замершая беременность, прекращение развития эмбриона/плода)

Прекращение развития беременности с задержкой плодовых тканей в матке.

Жалобы: исчезновение субъективных признаков беременности. Иногда кровянистые выделение из матки и повышение температуры тела.

Обследование и установление диагноза

Осмотр в зеркалах: шейка матки сформирована, наружный зев закрыт.

Бимануальное влагалищное исследование

1. Размеры матки меньше срока гестации.
2. Цервикальный канал закрыт.

УЗИ признаки замершей беременности

в 5-6 недель: несоответствие размеров плодного яйца сроку гестации, не визуализируется желточный мешок, не визуализируется эмбрион.

в 7-8 недель: отсутствие сердечных сокращений эмбриона, несоответствие размеров матки сроку гестации.

в 9-12 недель (и до 22 недель): отсутствие сердечных сокращений и движений эмбриона, несоответствие размеров матки сроку гестации.

Тактика ведения при замершей беременности

- В случае подтверждения диагноза - срочно провести эвакуацию эмбриональных/плодовых тканей из полости матки хирургическим или медикаментозным путями.

- Нахождение беременности, которая не развивается, в полости матки в течение 4 недель и больше, увеличивает риск коагулопатических осложнений, в связи с чем необходимо быть готовым для борьбы с возможным кровотечением (определить группу крови, резус, коагулограмму).

- Индукция сократительной деятельности при беременности, которая не развивается во втором триместре, осуществляется применением препаратов простагландинов (мизопростол) или утеротонических средств (окситоцин).

Реабилитация репродуктивной функции после непроизвольного аборта

1. Медико-генетическое консультирование.
2. Профилактика инфекционных воспалительных заболеваний, санация очагов хронического воспаления, нормализация биоценоза влагалища, диагностика и лечение TORCH-инфекций.
3. Психологическая реабилитация после перенесенного аборта.
4. Неспецифическая прегравидарная подготовка: антистресовая терапия, за 3 месяца до зачатия назначения фоллиевой кислоты 400 мкг на день, отказ от вредных привычек.

Привычное невынашивание беременности (привычный выкидыш)

- ***Привычный аборт (привычный выкидыш)*** **- определяется как следствие двух или больше беременностей подряд, которые закончились выкидышем.**
- **Если серии этих эпизодов предшествовала нормальная успешная беременность, то такое состояние определяется как "вторичный привычный выкидыш", если нет - употребляется термин "первичный привычный выкидыш".**

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН)

не связанное с сократительной деятельностью матки непроизвольное сглаживание и раскрытие шейки, которое приводит к повторному прерыванию беременности .

Клинические признаки:

Наличие в анамнезе :

1. **двух и больше эпизодов прерывания беременности во втором триместре, которые не являются результатом сократительной деятельности матки или отслоения плаценты;**
2. **случаев непроизвольного безболезненного раскрытия шейки матки до 4-6 см при предыдущих беременностях;**
3. **наличие хирургических вмешательств на шейке матки, разрывов шейки матки в предыдущих родах;**
4. **Инструментального расширения шейки матки во время искусственного прерывания беременности.**

При истмико-цервикальной недостаточности

Обнаруживается:

1. врожденные или приобретенные анатомические дефекты шейки матки;
2. раскрытие шейки матки до 2 см и больше во втором триместре беременности при отсутствии маточных сокращений и отслойки плаценты;
3. пролабирование плодного пузыря из наружного зева шейки матки.

При трансвагинальном УЗИ:

- укорочение шейки матки до 25 мм и больше в сроке 16-24 недели беременности.

Лечение истмико-цервикальной недостаточности

- **Лечение заключается в наложении профилактического или лечебного шва на шейку матки.**
- **Общие условия наложения шва:**

-живой плод без видимых пороков развития;

-целый плодный пузырь;

-отсутствие признаков хорионамнионита;

- отсутствие родовой деятельности и/или кровотечения;

-первая или вторая степень чистоты влагалища.

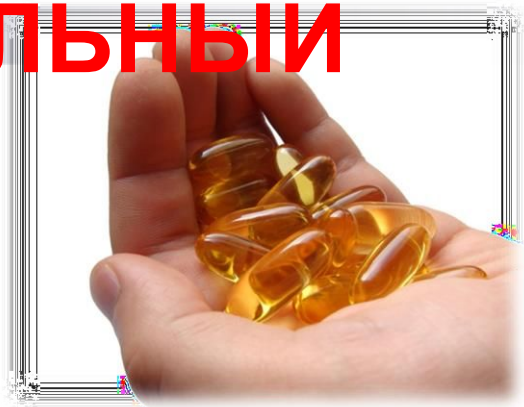
Лечение истмико-цервикальной недостаточности

- **Профилактический шов на шейку матки.**

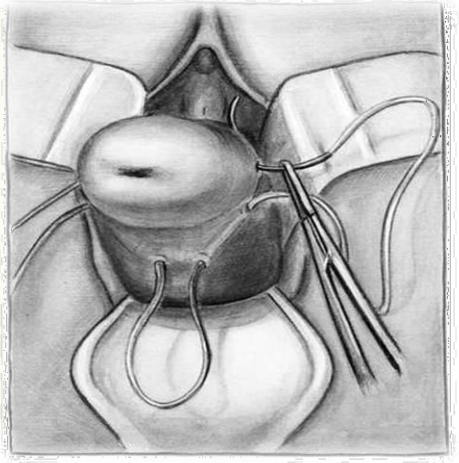
  Показано наложение женщинам группы высокого риска, которые имели в анамнезе два и больше самопроизвольных выкидыша или преждевременные роды во втором триместре беременности. Проводится в сроке 13-16 недель беременности при наличии вышеуказанных условий.

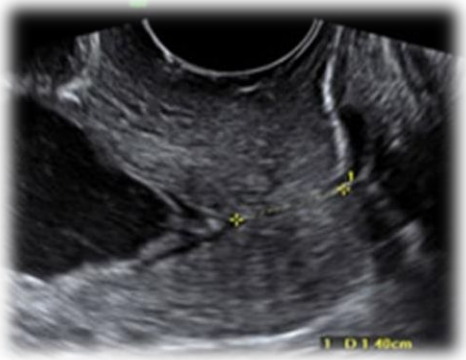
- **Пессарий на шейку матки – показан при короткой шейке матки (менее 2,5 см)**

ПОСТКОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ЭТАП

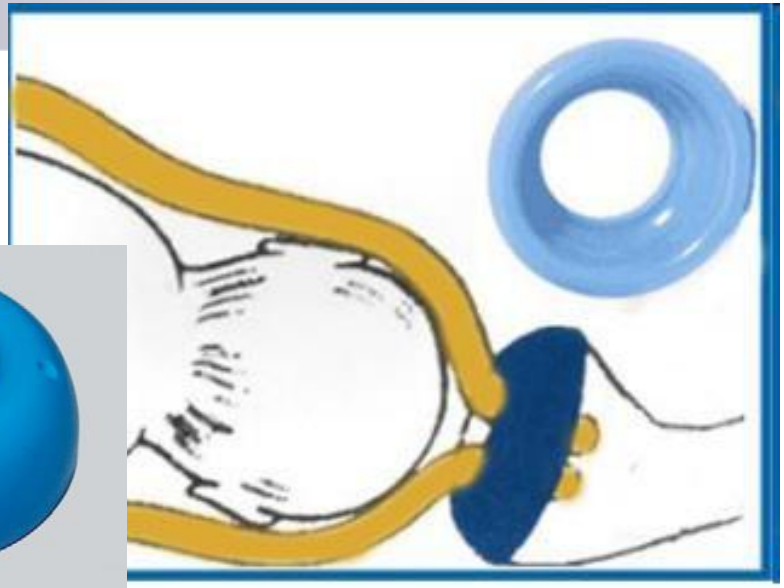


- Дополнительное введение витаминов, микро- нутриентов и компонентов питания (*омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты, аспирин*).
- Трансвагинальная эхоцервикометрия.
- Циркулярный шов на ш/м.
- Вагинальное введение прогестерона.
- Использование шеечного пессария у беременных с укороченной шейкой матки





Силиконовый цервикальный песарий



Рандомизированное контролируемое исследование (Maria Goya, et al., 2012)

385 беременных: 192 - установлен пессарий, остальные - выжидательная тактика.

В группе беременных, которым был установлен пессарий, преждевременные роды в сроке <34 недели случались достоверно реже, чем в контрольной группе (12 [6%] по сравнению с 51 [27%], Отношение шансов, ОШ 0,18, 95% ДИ 0,08-0,37; p <0,0001).

Не было вредного влияния на течение беременности.

Шеечный пессарий может предупреждать преждевременные роды у женщин с короткой шейкой матки во втором триместре беременности [A].

- *При угрозе прерывания беременности в сроке больше 8 недель и при отсутствии признаков неблагоприятного прогноза применяются мероприятия, направленные на сохранение и поддержку развития беременности:*

- *1.**Постельный режим и** воздержание от половой жизни*(по данным разных исследовании эффективность умеренная).
- 2.***Спазмолитическая терапия, Седативная терапия(***Нет доказательств эффективного и безопасного применения с целью предупреждения прерывания беременности).
- 3.*Препараты прогестерона*
- **Показание для применения прогестерона:**
- -Наличие в анамнезе двух и большеспонтанных выкидыше триместре (привычный выкидыш)
- -Доказанная до беременности недостаточность лютеиновой фазы
- -Вылеченное бесплодие
- -Беременность в результате вспомогательных репродуктивных технологий статистически

Гестагены, которые рекомендованы в акушерстве

Натуральные гестагены

Синтетические гестагены

Прогестерон в масляном растворе 2,5%

Для внутимышечного введения

Натуральный микронизированный прогестерон (Утрожестан®)

Вагинально или перорально

Дидрогестерон (Дюфастон ®)

Перорально

Тактика ведения аборта в ЖОПУ

- **Ср ок беременности меньше 16 недель**

- Проводят вакуум аспирацию или кюретаж стенок полости матки в ургентном порядке под адекватным обезболиванием и мероприятия, направленные на стабилизацию гемодинамики, в зависимости от объема кровопотери. Обязательное патогистологическое исследование удаленной ткани.

- Срок беременности больше 16 недель.

- После спонтанного изгнания продукта оплодотворения проводят вакуум-аспирацию или кюретаж стенок полости матки и мероприятия, направленные на стабилизацию гемодинамики в зависимости от объема кровопотери.

- В случае кровотечения под адекватным обезболиванием:

- при наличии условий проводят эвакуацию содержимого матки (не ожидают спонтанного изгнания продукта оплодотворения)и мероприятия, направленные на стабилизацию гемодинамики в зависимости от объема кровопотери;при отсутствии условий - абдоминальное

- **В случае необходимости и при отсутствии противопоказаний возможно использования утеротоников:**

- -окситоцина 10 ЕД в/м или в/в капельно в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия со скоростью до 40 капель в минуту;

- -эргометрина 0,2 мг в/м или в/в (в случае необходимости, возможно, повторить введение указанной дозы, максимальная суточная доза не больше 1 мг);

- -мизопростол 800 мкг ректально.

План обследования женщин, страдающих невынашиванием беременности:

- **1.Изучение анамнеза (менструальная, генеративная функция заболевания)**
- **2.Осмотр специалистов по показаниям (эндокринолога, иммунолога, генетика, нефролога,психотерапевта, ЛОР, терапевта, невролога)**
- **3.Бактериологическое,бактериоскопическое и вирусологическое обследование на урогенитальные и нфекции**
- **4 Тесты функциональной диагностики (базальная т емпература), кольпоцитология**
- **5 Определение гормонов и их метаболитов по показаниям (половые гормоны, гипофиза и**

- 7 Состояние гипофиза (МРТ, RO -графия турецкого седла) по показаниям
- 8 Иммунологическое обследование по показаниям (АВО и Rh антител; антитела к фосфолипидам, кардиолипинам р2 гликопротеида и фетальных антигенов, определения волчкового антикоагулянта)
- 9 Антитела к хорионичному гонадотропину; антиспермальные и антиовариальные антитела по показаниям
- 10 Генетическое обследование (кариотип супругов)
- 11 Пренатальная диагностика
- 12 Гистеросальпингография и гистероскопия по показаниям
- 13 Гемостазиологическое Исследование системы

Профилактика невынашивания беременности

Всех женщин после самопроизвольного аборта и преждевременных родов берут на диспансерное наблюдение, включающее специальное обследование (целенаправленный сбор анамнеза, выяснение особенностей менструальной функции по тестам функциональной диагностики, гистеросальпингография, ультразвуковое сканирование, по показаниям бактериологическое, вирусологическое, иммунологическое и генетическое исследование) и лечение выявленных отклонений. Во время беременности выделяют группу риска по невынашиванию, намечают сроки и способы лечебно -профилактических мероприятий, санации очагов инфекции, создание оптимальных условий для развития беременности. Всех беременных с самопроизвольными выкидышами в анамнезе госпитализируют для обследования и лечения до проявления клинических признаков угрозы прерывания (за 2 недели до сроков предшествующих выкидышей).Следующую беременность можно планировать не ранее, чем через 1 год после выкидыша. Этот промежуток необходимо использовать для обследования и выявления причины выкидыша, лечения и укрепления организма.

Преждевременные роды (partus praematurus) –

это роды со спонтанным началом, прогрессированием родовой деятельности и рождением плода весом более 500 г

в сроки беременности с 22 до 37 недель.

В связи с особенностями акушерской тактики и выхаживанием детей, которые родились при разных сроках беременности целесообразно выделить такие *виды преждевременных родов:*

-очень ранние преждевременные роды - в 22-27 недель;

-ранние преждевременные роды- в 28-33 недели;

- собственно преждевременные роды - в 34-37 недель беременности.

В ЧЕМ ПРОБЛЕМА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ?

- **Высокая интранатальная и постнатальная смертность новорожденных (до 50% всех смертей новорожденных)**
- **Проблемы маловесных новорожденных:**
  - ***респираторный дистресс синдром (РДС),***
  - ***бронхо-легочная дисплазия,***
  - ***мозговое внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК),***
  - ***некротический колит,***
  - ***сепсис***

- **Значительные материальные затраты на выхаживание недоношенных детей**

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

- Стресс
- Вагинальная инфекция
- Преждевременные роды в анамнезе
- Короткая шейка матки (ИЦН)

КЛИНИЧЕСКИЕ ВИДЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Угрожающие преждевременные роды

Начинающиеся преждевременные роды

Начавшиеся преждевременные роды

ПРИЧИНЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Преждевременное начало родовой деятельности

Преждевременное излитие околоплодных вод

Диагностика и подтверждение начала преждевременных родов

- - у беременной после 22 недель появляются схваткообразные боли внизу живота и крестце с появлением слизисто-кровянистых или водянистых (в случае отхождения околоплодных вод) выделений из влагалища;
- - наличие 1 схватки на протяжении 10 минут, которая продолжается 15-20 секунд;
- - изменение формы и расположения шейки матки - прогрессивное укорочение шейки матки и ее сглаживание.
- - постепенное опускание головки плода к малому тазу относительно плоскости входа в малый таз (по данным наружного акушерского исследования) или при внутреннем акушерском исследовании)

Тактика ведения при преждевременных родах

Консервативно-выжидательная тактика

При угрожающих и начинающихся преждевременных родах

Активная тактика

При начавшихся преждевременных родах

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!