

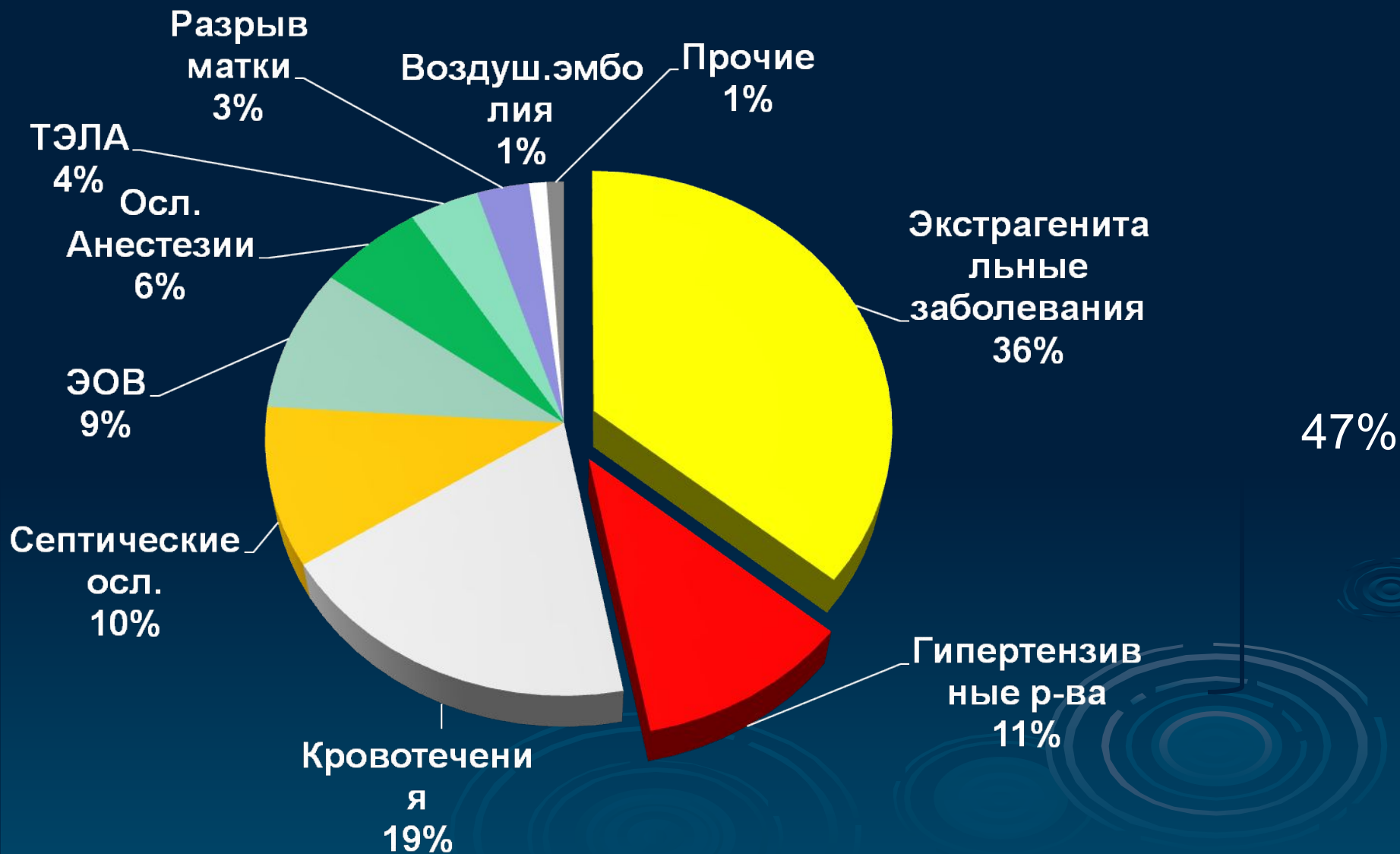
Дифференцированные подходы к терапии ФТН при экстрагенитальных заболеваниях

В. А. Петрухин

д.м.н., профессор,

руководитель I акушерской клиники МОНИИАГ

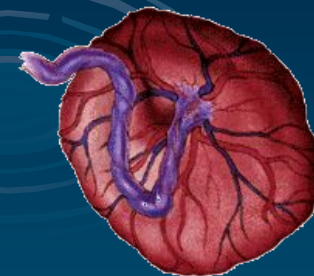
Частота основных экстрагенитальных заболеваний у беременных в РФ от 71 до 75%



Частота ФТН – от 22 до 31%

Угроза прерывания	85-100%
Гестоз	30%
Артериальная гипертензия	45%
Анемия	32%
Миома матки	46%
Сахарный диабет	50-100%
Заболевания ЩЖ	96%
Ожирение	24%

Перинатальная смертность – до 40%
Перинатальная заболеваемость – 738-802‰



Последствия ФТН для новорожденного

- ☞ СЗРП до 23%
- ☞ Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС – 50%
- ☞ Дыхательные нарушения – 11%
- ☞ Реанимация необходима в 15%

Заболееваемость новорожденных увеличилась в 4-5 раз



Факторы риска развития ФПН

- ☠ Ранние или поздние репродуктивные потери в анамнезе
- ☠ Экстрагенитальные заболевания
- ☠ Гинекологическая патология
- ☠ Генетические нарушения
- ☠ Возраст женщины <18 лет и > 35 лет
- ☠ Вредные привычки
- ☠ Многоплодная беременность
- ☠ Экологические факторы

Меры профилактики



Оздоровление населения

Планирование беременности

Максимальная компенсация экстрагенитальных заболеваний (всесторонняя)

Перевод пациенток на безопасные и/или минимальные терапевтические дозы препаратов

Профилактика ФПН с первых дней беременности

Мониторинг за состоянием ФПК

Выбор оптимального срока и метода родоразрешения

Заболеваемость новорожденных в раннем неонатальном периоде при йоддефицитных заболеваниях матери



Профилактика йодного дефицита у беременных

 Йодомарин 200-250 мкг в сутки.



Противопоказания для проведения йодной профилактики



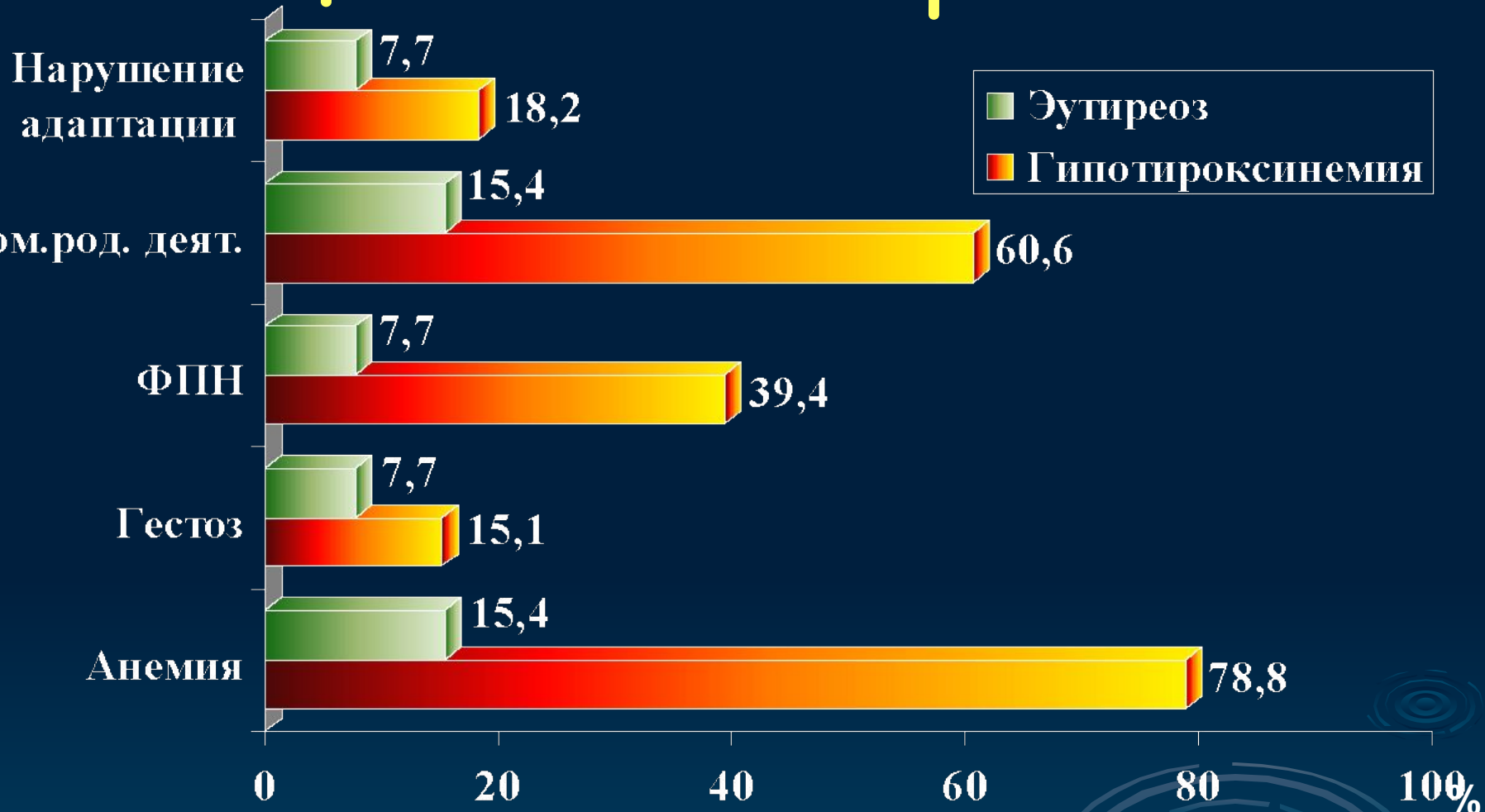
Диффузный токсический зоб.



Индивидуальная непереносимость йода.

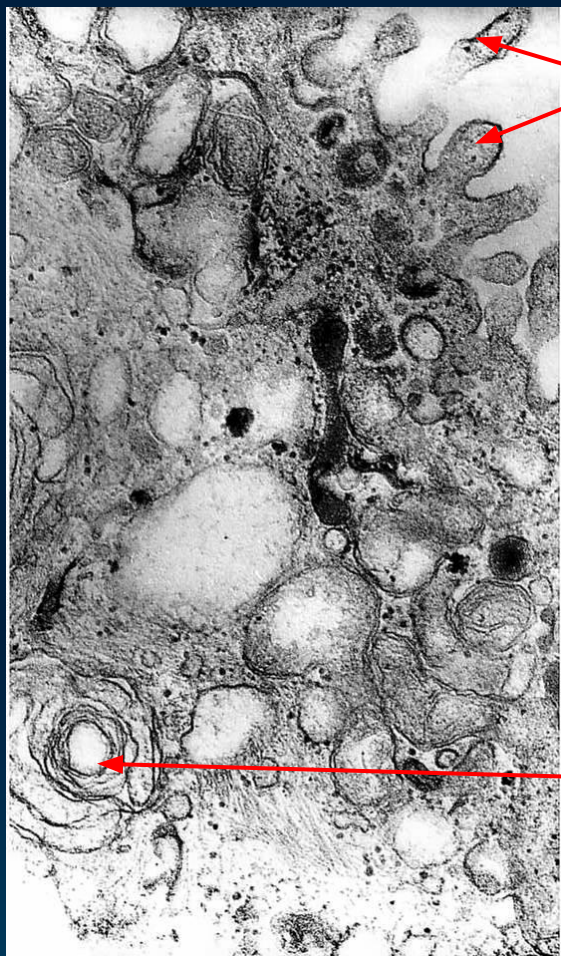
Носительство АТ-ТПО не является противопоказанием для проведения йодной профилактики (под контролем функции ЩЖ 1 раз в триместр)

Осложнения беременности при гестационной гипотироксинемии



Назначение препаратов йода в дозе 200 мкг/сут с 3 недель беременности не нормализует функцию гипофизарно-тиреоидной системы.

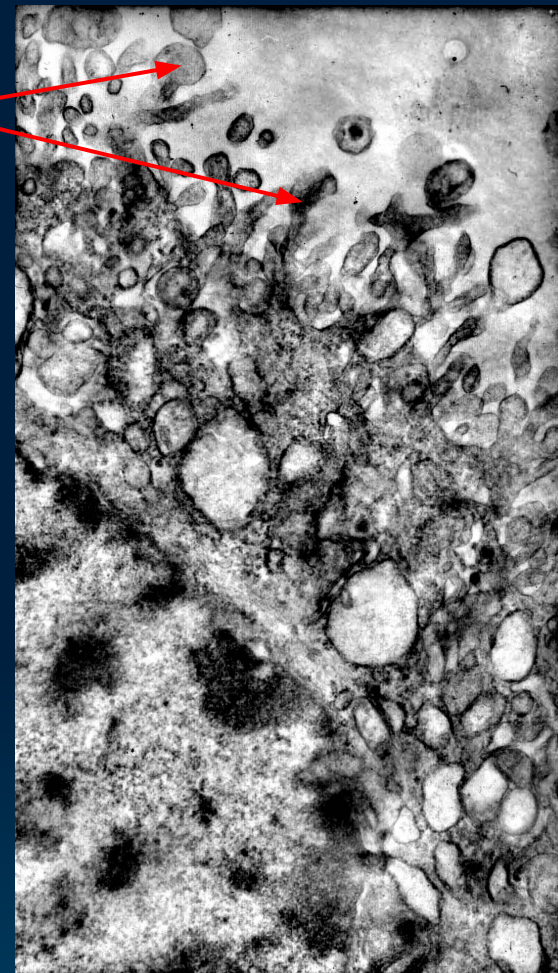
Микроскопия плацент при ЖДА легкой степени (ТЭМ. ув. $\times 40000$)



Беременная с ЖДА

Микроворсинки

«миелиноподобные»
фигуры



Беременная группы
сравнения

Меры профилактики



👍 **Оздоровление населения**

👍 **Планирование беременности**

👍 **Максимальная компенсация экстрагенитальных заболеваний (всесторонняя)**

👍 **Перевод пациенток на безопасные и/или минимальные терапевтические дозы препаратов**

👍 **Профилактика ФПН с первых дней беременности**

👍 **Мониторинг за состоянием ФПК**


👍 **Выбор оптимального срока и метода родоразрешения**

Плацентарная недостаточность формируется в тех случаях, когда имеется неблагоприятный фон для наступления беременности, обусловленный гормональной недостаточностью, функциональной или структурной неполноценностью эндометрия, хроническим эндометритом, аутоиммунными и другими нарушениями в репродуктивной системе женщины

*Краснопольский В.И и соавт.
«Компенсаторные механизмы развития плода в условиях
плацентарной недостаточности», 2008*

При гестозе перинатальная смертность 150‰ (Московская область)

Ошибки на до госпитальном этапе:

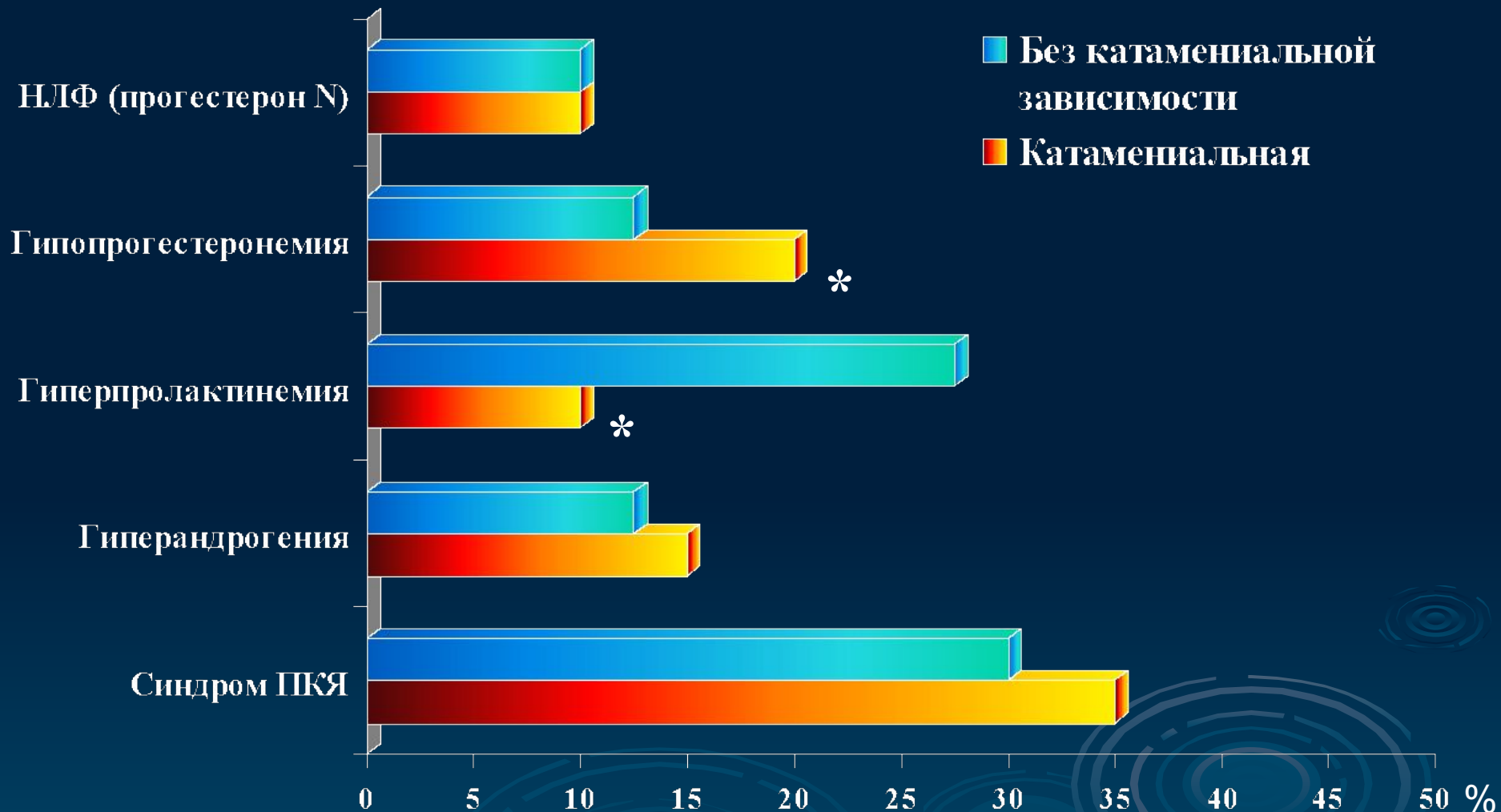
 У 58% экстрагенитальные заболевания, послужившие фоном для развития гестоза, были выявлены во время беременности.

 Отсутствие предгравидарной подготовки и наступление беременности на фоне декомпенсации заболевания

 Недооценка тяжести состояния больной и гестоза – поздняя госпитализация

 Выписка из стационара недообследованных беременных, вместо перевода в специализированный стационар

Гормональные нарушения у женщин с эпилепсией



Инфекция, как причина:

- невынашивания беременности
- хронической гипоксии
- СЗРП
- анте- и интранатальной гибели плода
- аномалий и пороков развития новорожденных
- нарушения адаптации новорожденных

**По данным вскрытия внутриутробная инфекция
явилась причиной гибели 26% плодов**

Необходимо проведение предгравидарного обследования, с целью выявления нарушений углеводного обмена

- Любые нарушения углеводного обмена в анамнезе**
- Если планируется ВРТ**
- Прегравидарный ИМТ пациентки $>26,6$ кг/м²**
- Глюкозурия в предыдущую беременность**
- Все предыдущего ребенка при рождении >90 перцентиля по шкале Г.М.Деменьтьевой**
- В анамнезе – привычное невынашивание, необъяснимая гибель плода или врожденные аномалии его развития**
- Тяжелые формы гестоза в анамнезе и/или наличие АГ**
- Патологические состояния при которых развивается инсулинорезистентность.**

Женщины с тяжелой соматической патологией

Этап планирования беременности

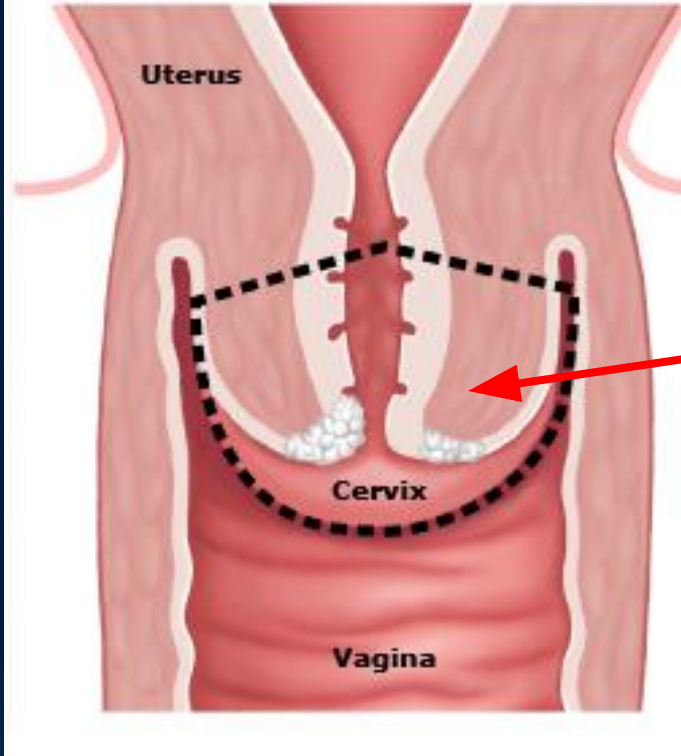
- Решение вопроса о возможности вынашивания беременности
- Компенсация соматического заболевания
- Исключение врожденных тромбофилий, гипергомоцистеинемии
- Регуляция менструального цикла, гормональная поддержка 2 фазы
- Коррекция гипертензивных осложнений
- Выявление и санация возможных очагов инфекции
- Исключение возможных тератогенных факторов, токсических воздействий

Устранение причин препятствующих нормальному течению беременности

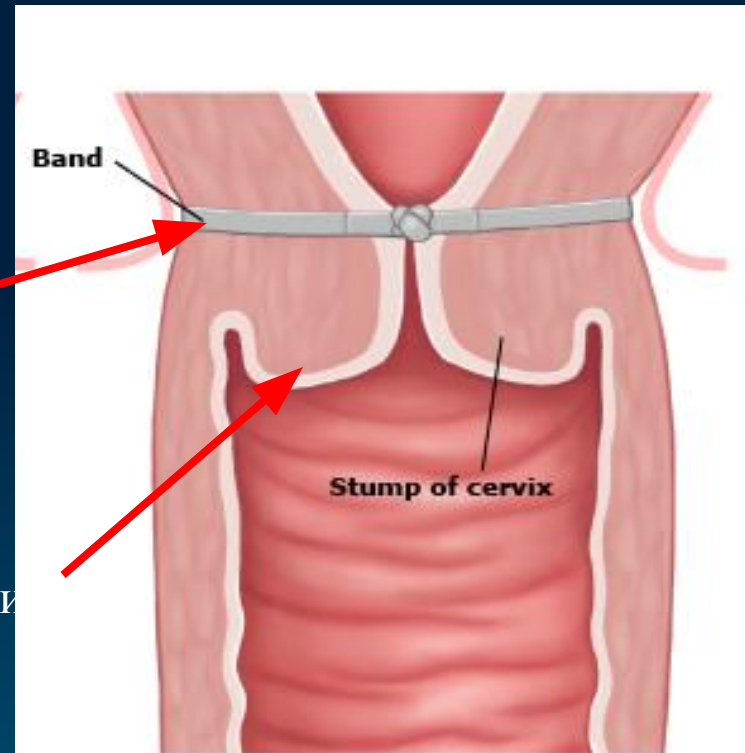
- Уточнения тяжести ЭГЗ
- Достижение максимальной компенсации ЭГЗ
- Перевод на безопасные препараты в минимальных терапевтических дозировках
- Оперативное лечение пороков сердца, постановка кардиостимулятора.
- Консервативная миомэктомия, удаление опухолей яичников.
- Удаление щитовидной железы, опухолей надпочечников и т.д.
- Коррекция ИЦН (профилактическая)



Влияние на функцию «вынашивания» беременности

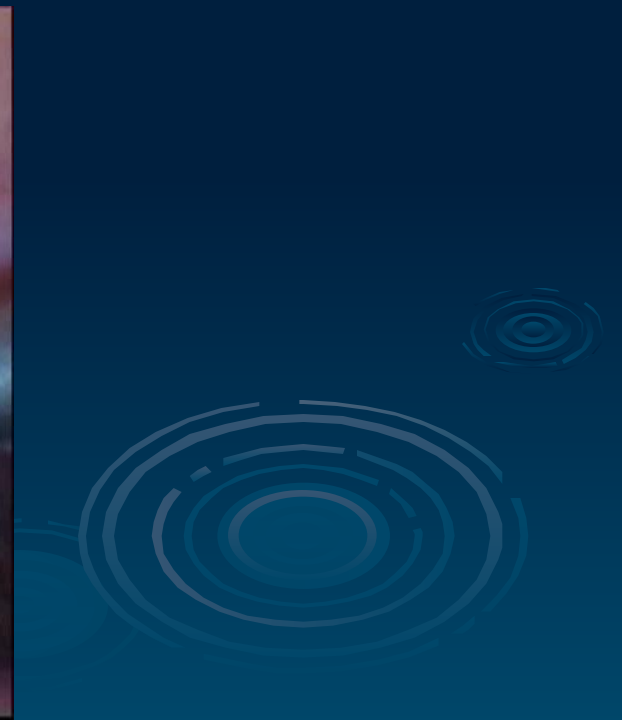
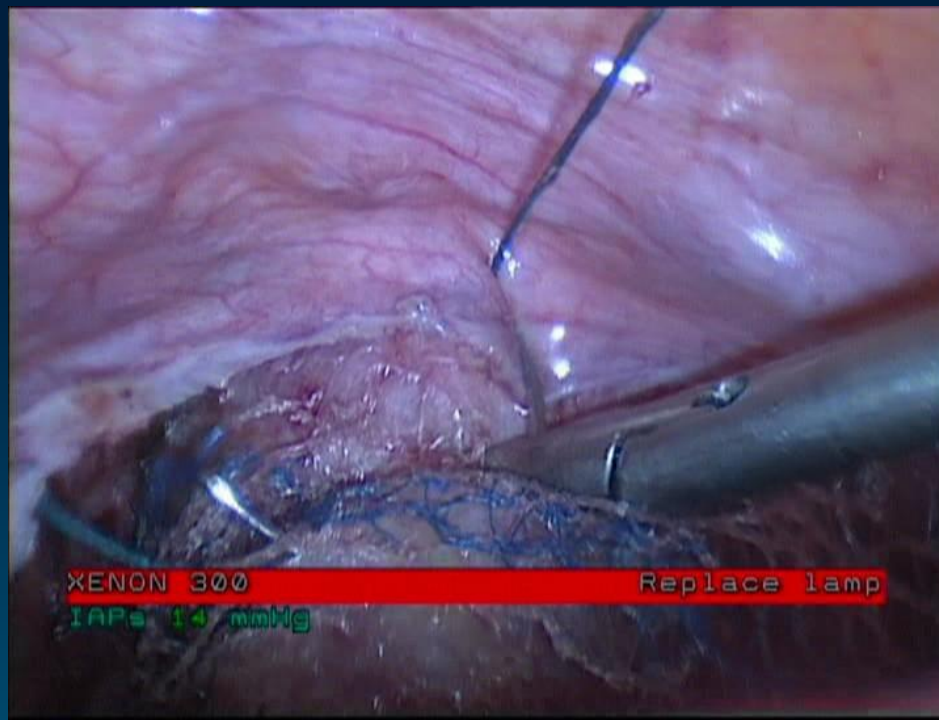
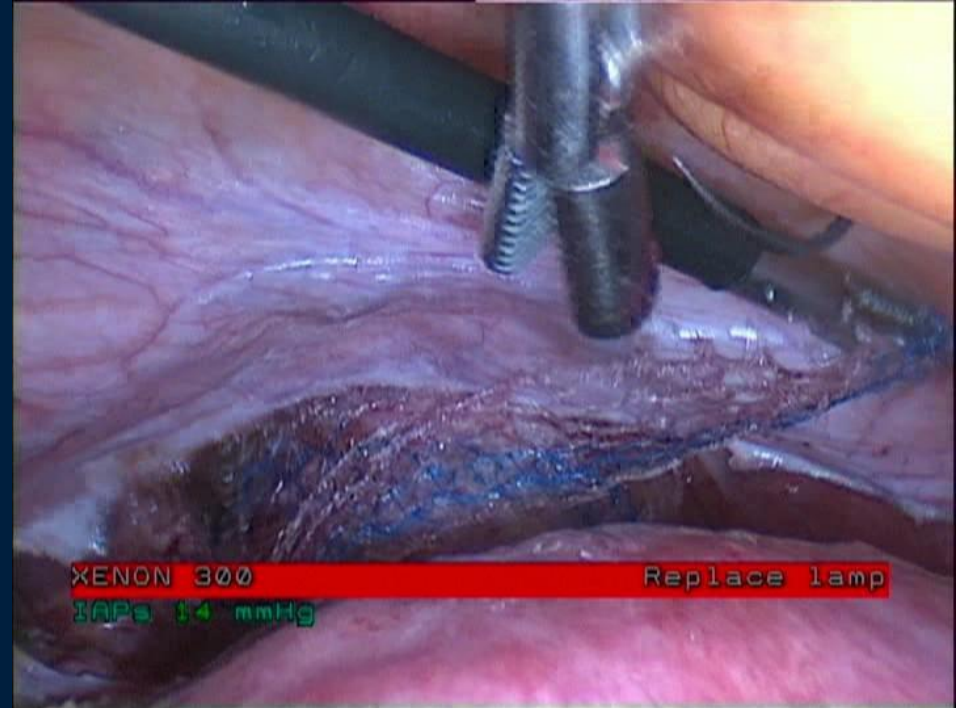
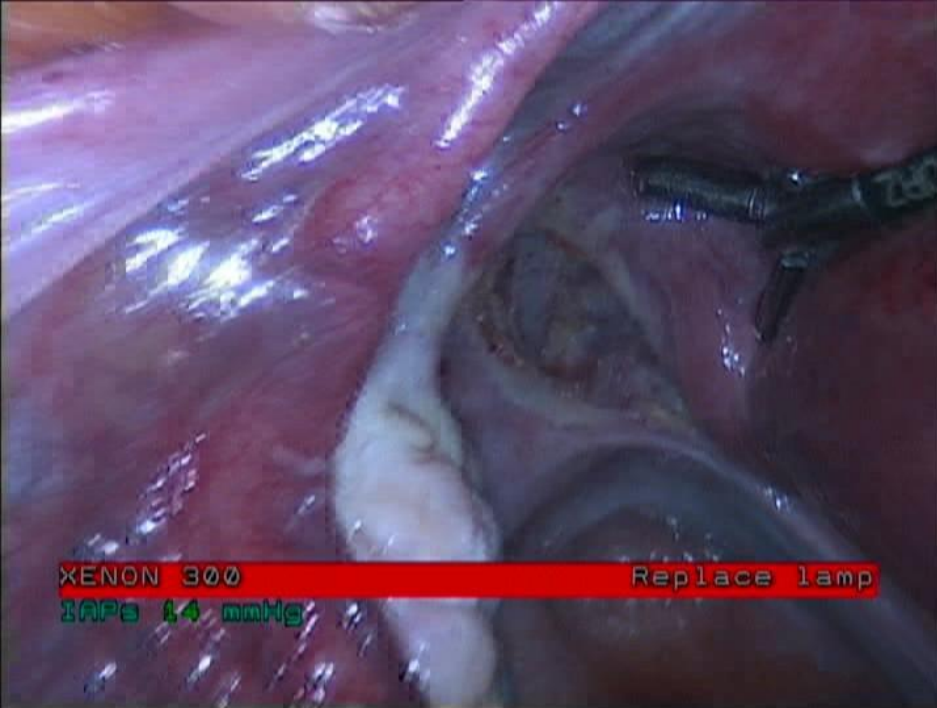


Удаляемая часть шейки матки



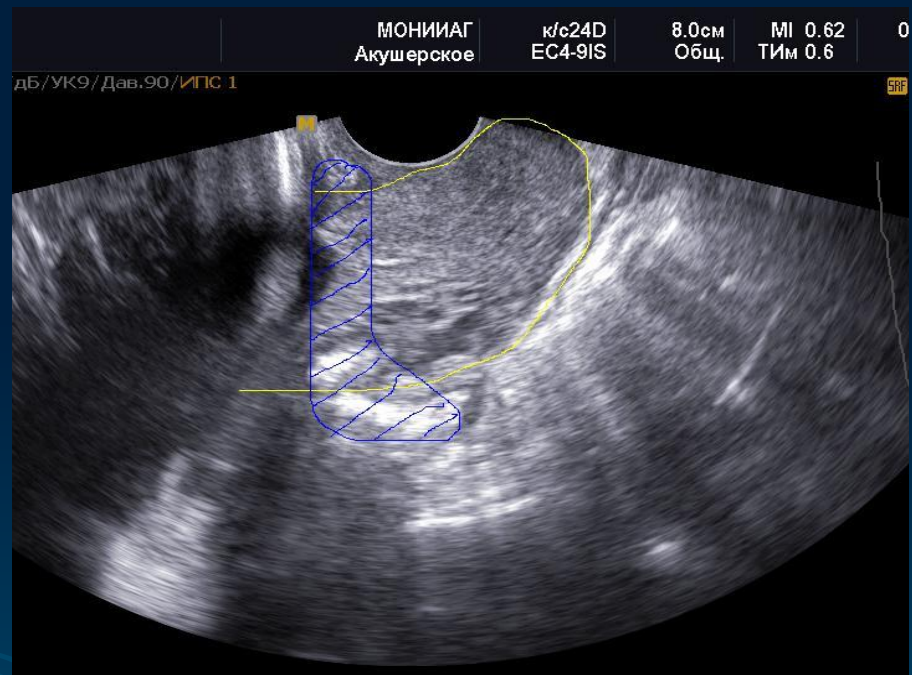
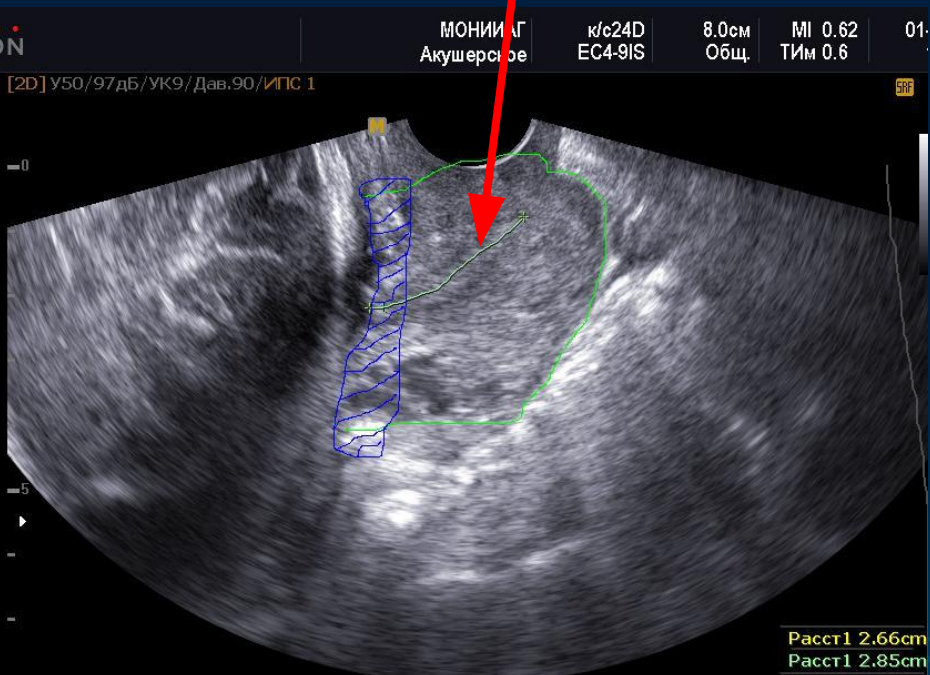
церкляж

культия шейки матки



31 неделя беременности после высокой ампутации шейки матки,
лапароскопического церкляжа

Длина цервикального канала 2,7см.



Меры профилактики



👍 Оздоровление населения

👍 Планирование беременности

👍 Максимальная компенсация
экстрагенитальных заболеваний
(всесторонняя и своевременная)

👍 Перевод пациенток на безопасные и/или минимальные терапевтические дозы препаратов

👍 Профилактика ФПН с первых дней беременности

👍 Мониторинг за состоянием ФПК

👍 Выбор оптимального срока и метода родоразрешения

Показатели АД (по данным СМАД) при различном исходе для плода (у 520 беременных проведено 982 исследований)

**Хороший исход
(357 случаев)**



**Сист.АД 119 (112-126)
Диаст. АД 70 (64-76)**

**Неудовлетворительный
исход (163 случая)**



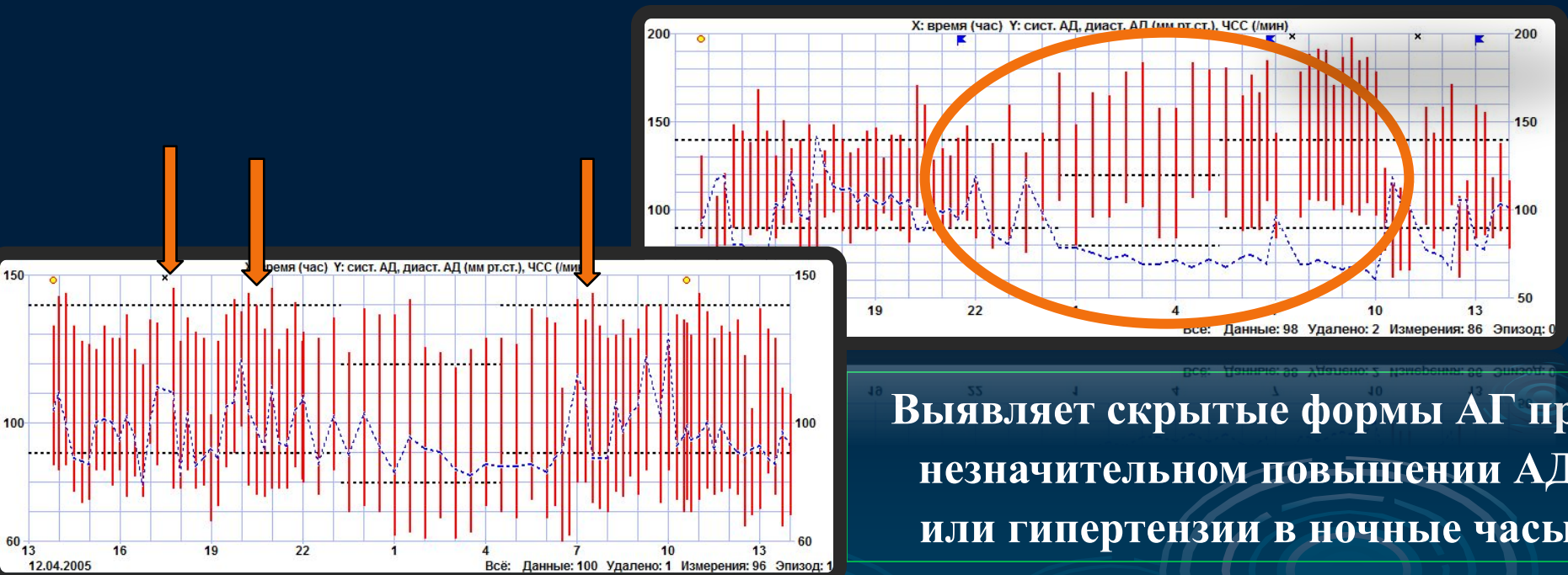
**Сист.АД 125 (118-134)
Диаст.АД 76 (68-84)**

P=0,0002

СМАД

1812 беременных

(ожирение, патология почек, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, АФС, гестоз, пороки сердца, СВД и т.д.)



Выявляет скрытые формы АГ при незначительном повышении АД или гипертензии в ночные часы

СМАД подтверждает наличие АГ у беременных

Диагноз при первом обращении в МОНИИАГ	Диагноз не подтвержден
Гипертоническая б-нь 1-2 ст.	23,5%
Артериальная гипертензия	25,4%
ВСД по гипертоническому типу	53,8%



Позволило избежать гипердиагностики АГ и отменить необоснованно назначенные лекарственные препараты

Дефицит инсулина

Гипергликемия, дислипидемия, диспротеинемия,
дисэлектролитемия.
Кетоацидоз, активация ПОЛ, гиперосмолярность.
Нарушения аутоиммунитета, гормонального фона

Гипоксия тканей
Нарушения микроциркуляции
Мембранная патология

Гестоз
(до 79%)

В 75-100% плацентарная
недостаточность

Невынашивание (59%), аномалии родовой деятельности
(50%); родовой травматизм (37%); ДФП (94%);
аномалии (9%); асфиксия при рождении (81%); РДС (46%)

Перинатальная смертность – 2 до 500‰

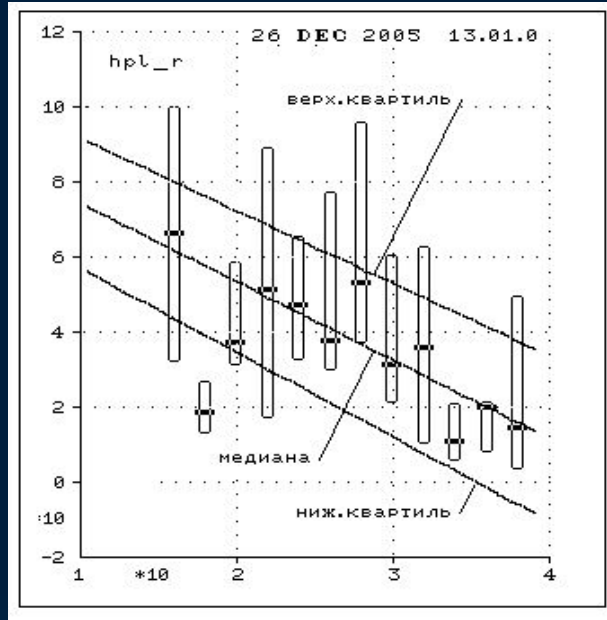
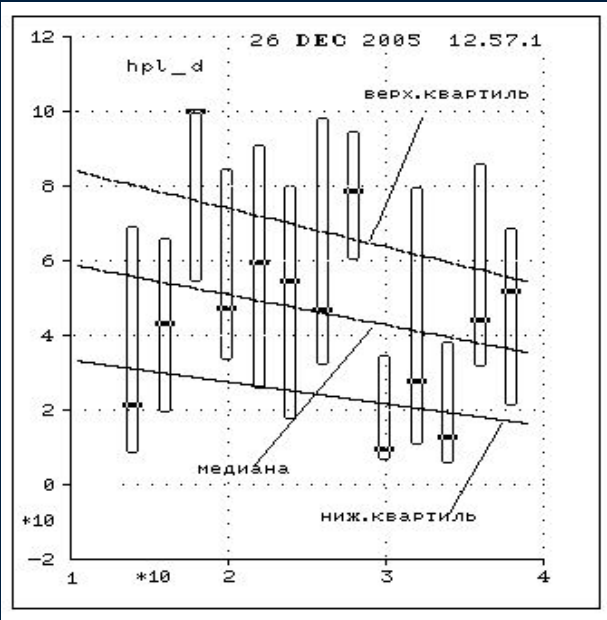
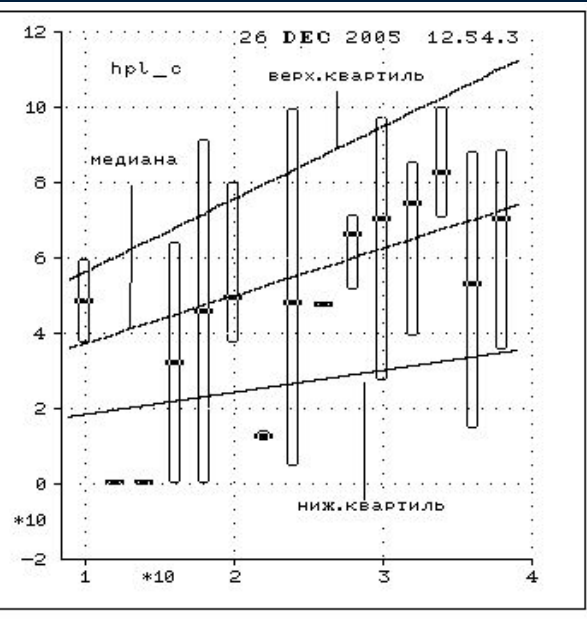
Инсулинорезистентность

Плацентарные
гормоны

Исходы предыдущих беременностей, протекавших на фоне декомпенсации ДТЗ



Динамика содержания ПЛ у беременных с ДТЗ (n=92)



Компенсация ДТЗ

Декомпенсация ДТЗ

Рецидив ДТЗ



ЗВУР I ст	5%	3,3%	25%
ЗВУР II ст	0	13,3%	10%
ЗВУР III ст	0	0	7,5%

Меры профилактики



👍 Оздоровление населения

👍 Планирование беременности

👍 Максимальная компенсация экстрагенитальных заболеваний (всесторонняя)

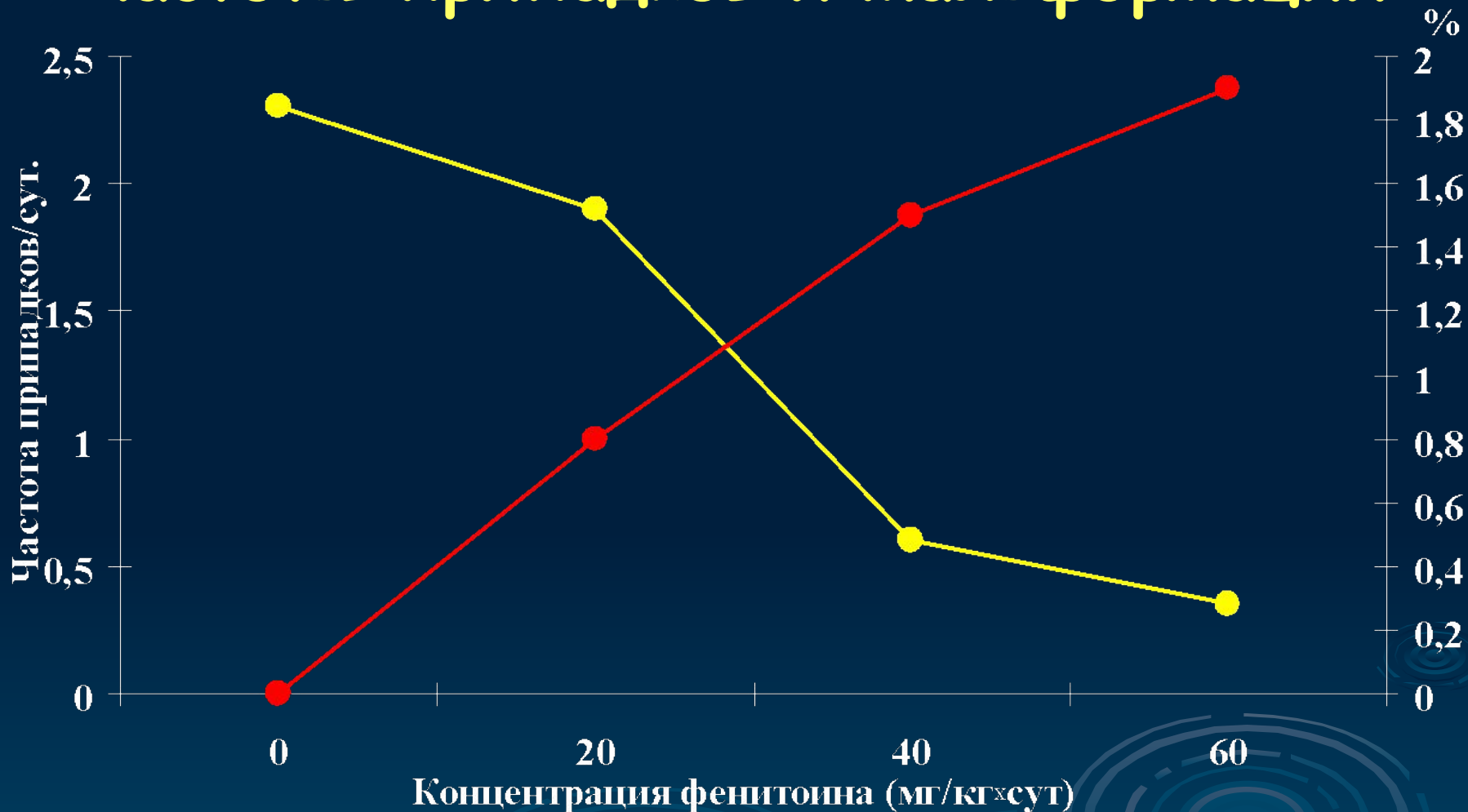
👍 Перевод пациенток на безопасные и/или минимальные терапевтические дозы препаратов

👍 Профилактика ФПН с первых дней беременности

👍 Мониторинг за состоянием ФПК

👍 Выбор оптимального срока и метода родоразрешения

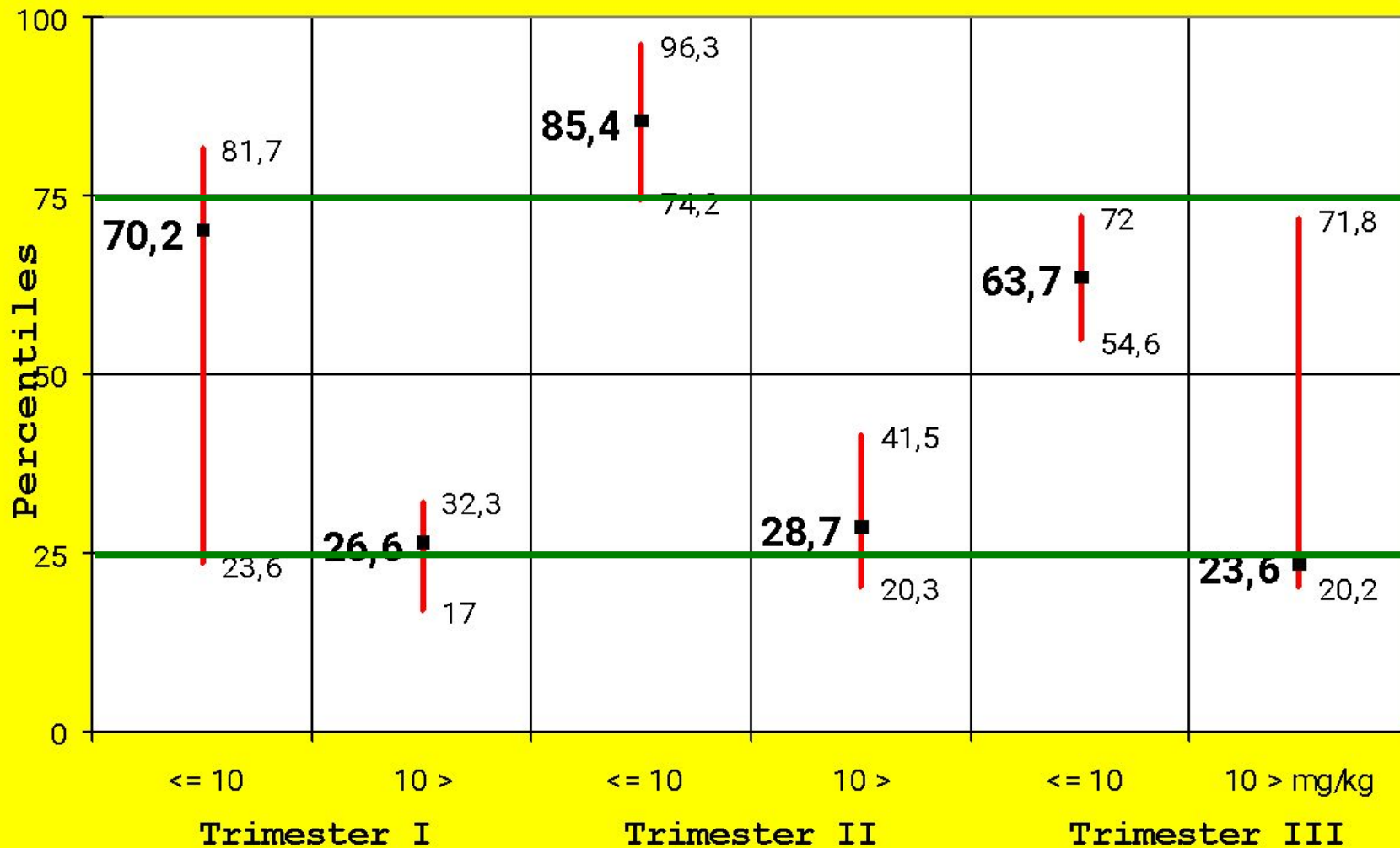
Соотношение концентрации фенитоина, частоты припадков и мальформаций



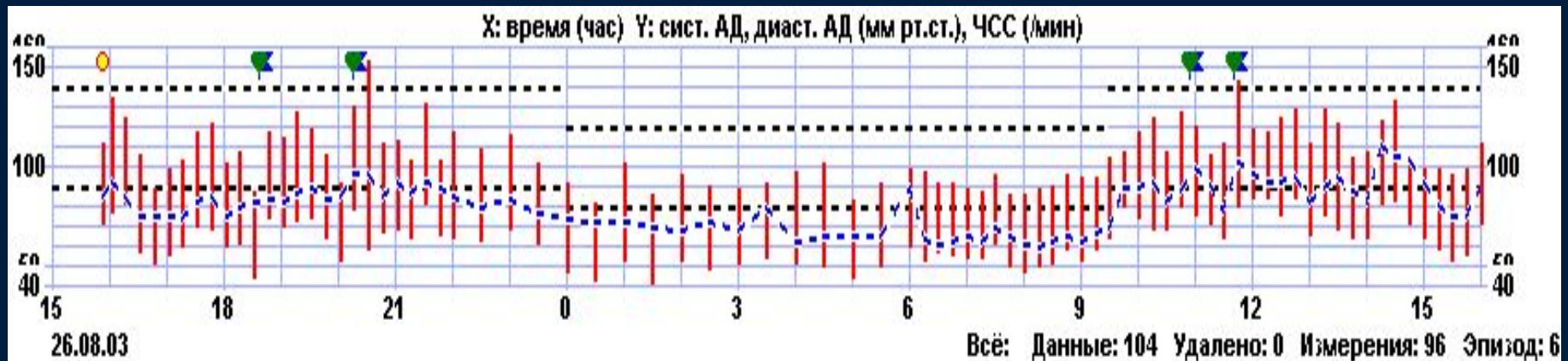
● Частота припадков

● Частота мальформаций

Соотношение суточной дозировки карбамазепина и уровня ТЛ в плазме крови



1-й тип кривой АД и ЧСС у беременных (до 40%)



- Систолическое АД - не повышено;
- Диастолическое АД – снижено;
- Пульсовое АД – увеличено;
- Кривая ЧСС приближается к кривой систолического АД.

**Показатели ЦГД (гиперкинетический тип):
Тахикардия; ОПСС – снижено; Ударный выброс – норма.**

□ Пациентки с ХАГ носители генотипа 389RR гена ADRB1 при лечении бисопрололом более чувствительны к нормализации автономной регуляции ритма сердца, чем носители генотипов 389RG+GG гена ADRB1, а у пациенток с генотипами 825СТ и 825ТТ гена GNB3 лечение ХАГ препаратом метилдопы связано с улучшением вазомоторной функции эндотелия значительно снизив частоту присоединения ПЭ и необходимости досрочного родоразрешения.

Редьков О.В. «Молекулярно-генетические аспекты патогенеза, клиники, профилактики и лечения артериальной гипертензии у беременных» -2012

Женщины с тяжелой соматической патологией (1 триместр)

- Оценка степени риска и целесообразности пролонгирования беременности
- Своевременное прерывание беременности
- Компенсация основного заболевания
- Назначение гестагенов независимо от клинического течения беременности (обеспечивает полноценную инвазию трофобласта)
- Гестагенная поддержка периода 1 и 2-й волны инвазии трофобласта (до 18-19 недель гестации)
- Коррекция гипертензивных осложнений
- По показаниям – назначение прямых антикоагулянтов
- Исключение возможных тератогенных факторов и

Меры профилактики



👍 Оздоровление населения

👍 Планирование беременности

👍 Максимальная компенсация экстрагенитальных заболеваний (всесторонняя)

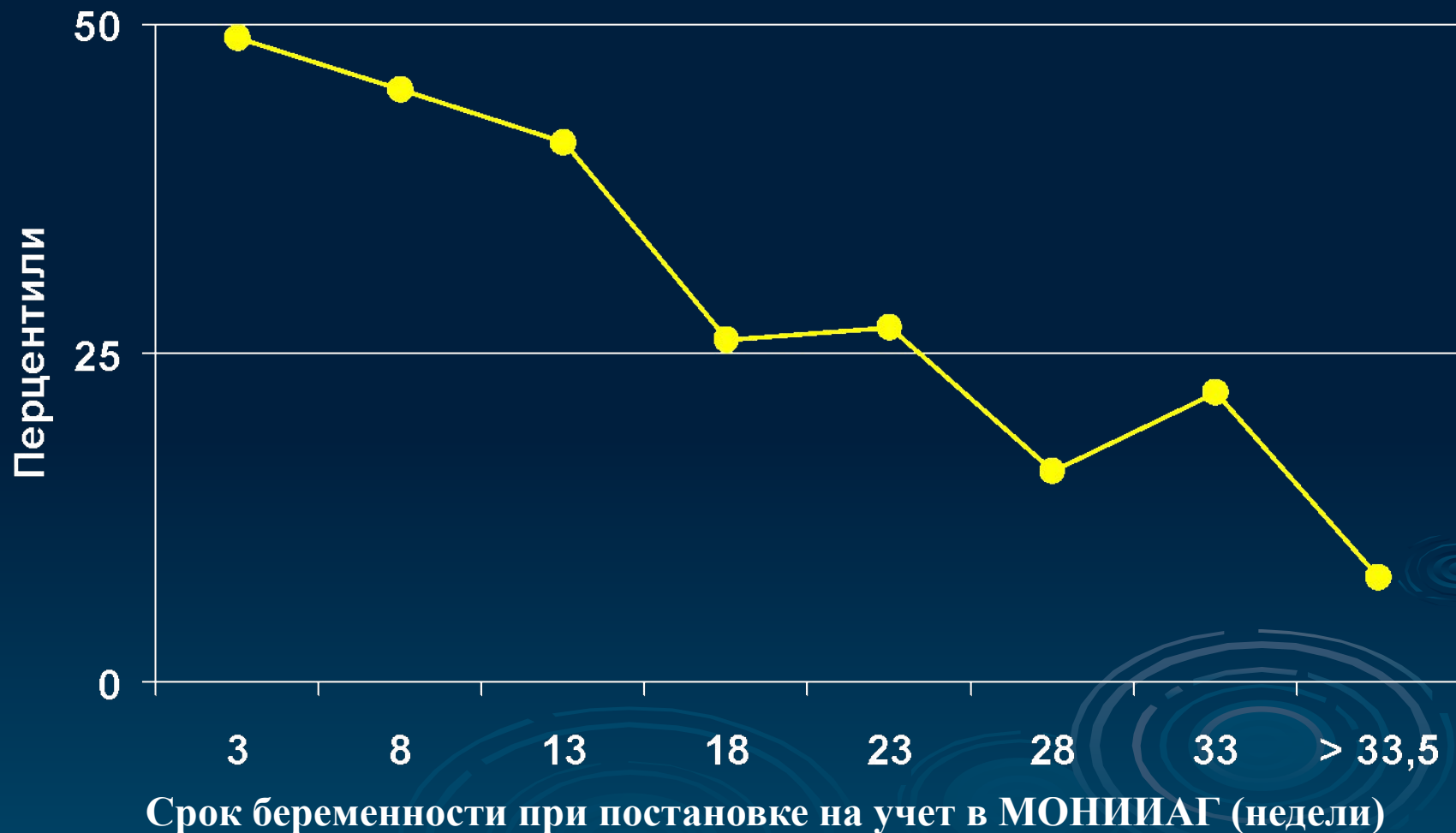
👍 Перевод пациенток на безопасные и/или минимальные терапевтические дозы препаратов

👍 Профилактика ФПН с первых дней беременности

👍 Мониторинг за состоянием ФПК

👍 Выбор оптимального срока и метода родоразрешения

Зависимость массы тела новорожденного от времени начала наблюдения за беременной с ДТЗ



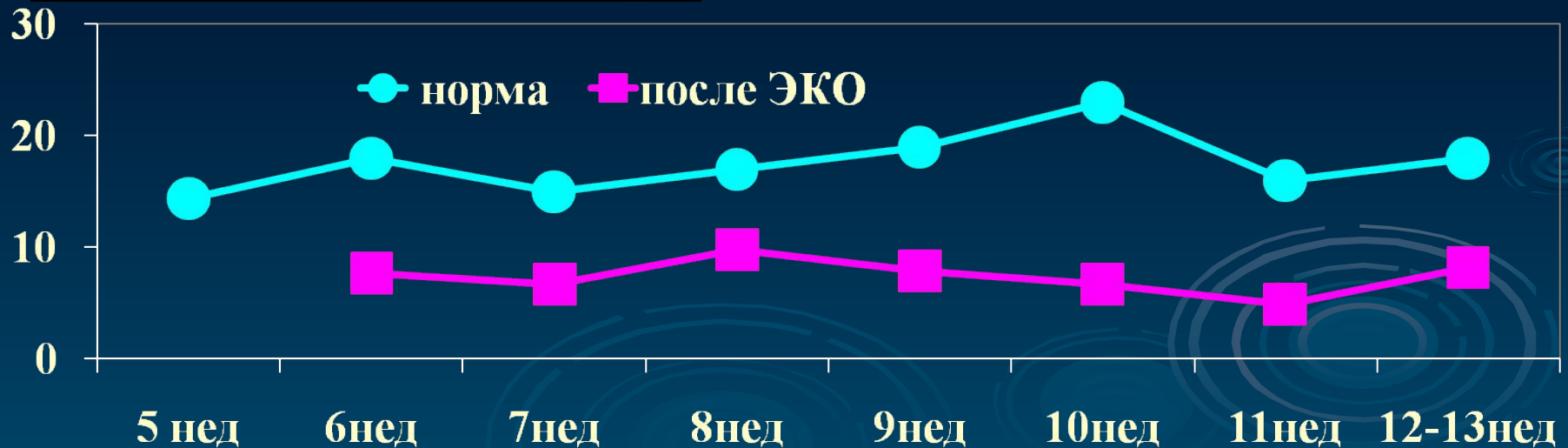
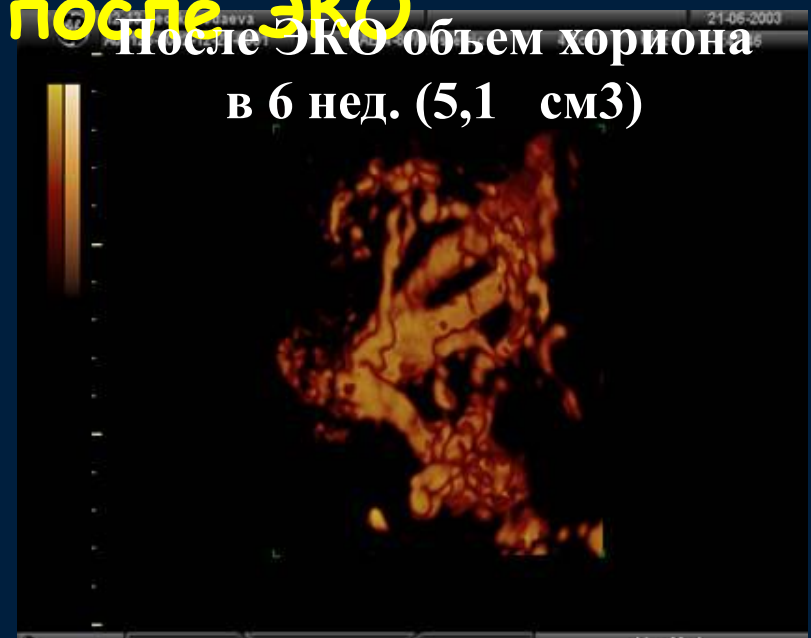
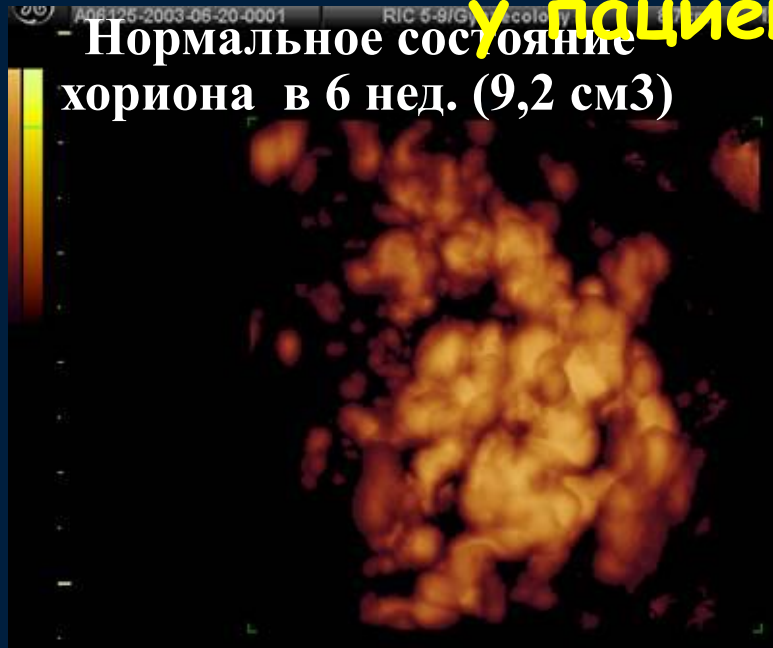


Объем хориона у пациенток после ЭКО (см³)






Объем и индекс васкуляризации хориона

у пациенток после ЭКО

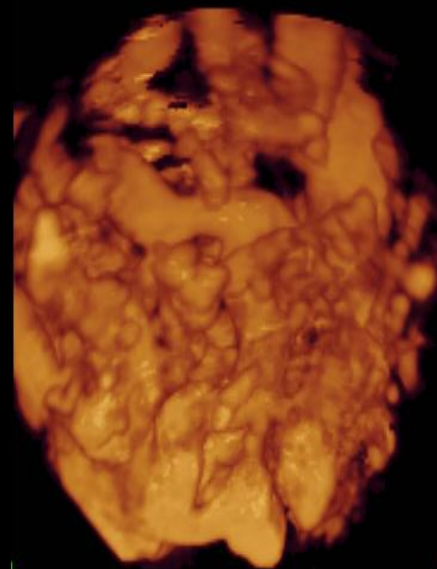


Диагностические и прогностические критерии ФПН

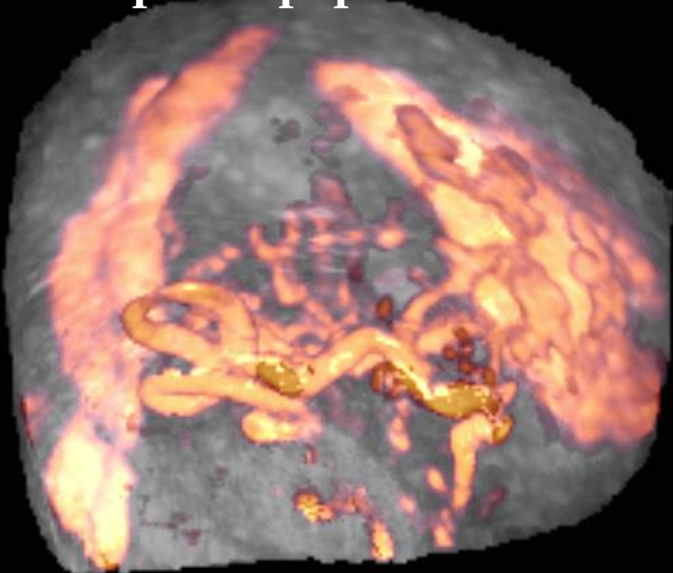
-  Снижение объема хориона, как правило, сопровождается признаками угрозы прерывания беременности, и развитием ФПН
-  Снижение объема хориона более, чем на 45% не поддается полноценной медикаментозной коррекции и во всех случаях ведет к патологическому течению беременности.
-  Уменьшение его объема более, чем на 70%, при индекс васкуляризации – на 80% - ранние репродуктивные потери

Желтое тело

Норма



Угроза прерывания



Динамика концентрации прогестерона в сыворотке крови беременных с сахарным диабетом



Профилактика ПР во II триместре беременности у пациенток с потерями беременности в анамнезе

- Снижение уровня прогестерона ниже 25 П
- Изменение кровотока в сосудах пуповины, аорте плода на 25% от нормы,
- Изменении внутриплацентарного кровотока



Гестагены

Схема дозирования при угрозе прерывания беременности, сопровождающейся кровомазанием¹



Дюфастон® – показания при беременности

- **Прегравидарная подготовка при ОАГА**
 - 10 мг 2 раза в день во вторую фазу цикла 2-3 мес.
 - Продолжение терапии с момента положительного теста на беременность
- **Угрожающий выкидыш**
 - 40 мг однократно, затем по 10 мг каждые 8 часов до исчезновения симптомов
- **Привычное невынашивание беременности**
 - 10 мг 2 раза в день до 20-й недели беременности с последующим постепенным снижением дозы

Меры профилактики



👍 Оздоровление населения

👍 Планирование беременности

👍 Максимальная компенсация экстрагенитальных заболеваний (всесторонняя)

👍 Перевод пациенток на безопасные и/или минимальные терапевтические дозы препаратов

👍 Профилактика ФПН с первых дней беременности

👍 Мониторинг состояния ФПК

👍 Дифференцированный подход к терапии

👍 Выбор оптимального срока и метода родоразрешения

Мониторинг беременных с риском развития ФТН

- Динамическая оценка высоты стояния дна матки
- Гормональный скрининг функции ФПК
- Биохимические исследования
- УЗИ скрининг
- Кардиотокография
- Инвазивные методы исследования
(по показаниям)

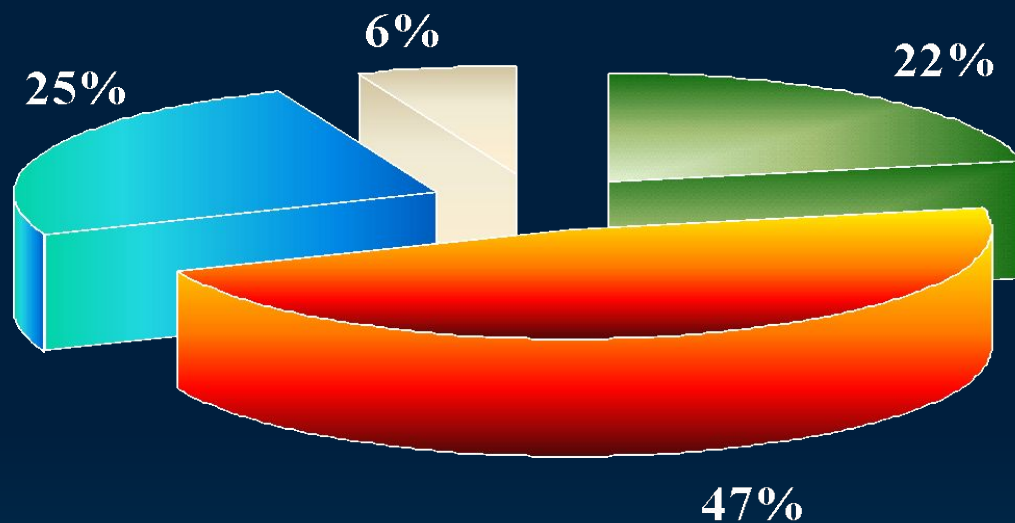


Особенности диагностики ФТН при патологии ЦЖ у матери

Нарушение процессов адаптации в раннем неонатальном периоде – 94% новорожденных.
Отклонения в развитии до 2 лет жизни – 84% детей.

- ◆ УЗ методы + КТГ плода – 60%
- ◆ Гормональные методы – 83%
- ◆ Световая и электронная микроскопия плаценты (83 наблюдения) – 96%

Гормональная адаптация ФПК при смешанных УГИ



- Нормальный тип
- Напряжение
- Неустойчивый
- Истощение

Риск срыва адаптации ФПК

- в 12 - 14 недель
- в 22 недели
- в 34 недели

Меры профилактики



👍 Оздоровление населения

👍 Планирование беременности

👍 Максимальная компенсация экстрагенитальных заболеваний (всесторонняя)

👍 Перевод пациенток на безопасные и/или минимальные терапевтические дозы препаратов

👍 Профилактика ФПН с первых дней беременности

👍 Мониторинг состояния ФПК

👍 Дифференцированный подход к терапии

👍 Выбор оптимального срока и метода родоразрешения

Принципы терапии ФТН

- Улучшение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотоков
- Интенсификация газообмена
- Коррекция реологических свойств крови
- Устранение гиповолемии и гипопротеинемии
- Нормализация сосудистого тонуса
- Нормализация сократительной активности матки
- Оптимизацию метаболических и обменных процессов
- Усиление антиоксидантной защиты
- Оценка эффективности терапии

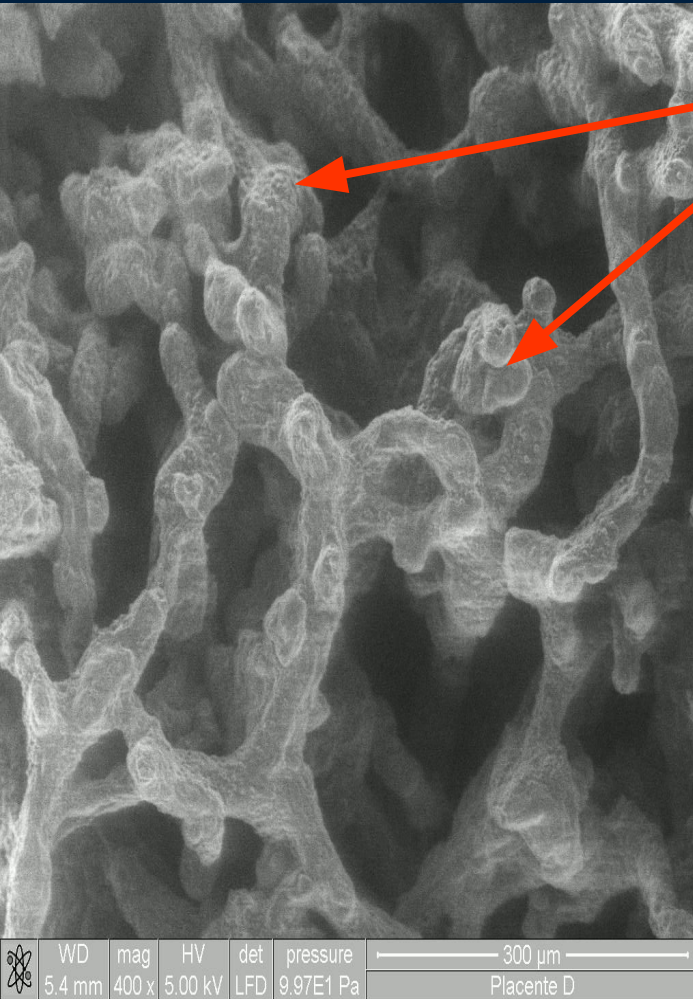


Морфофункциональные формы плацентарной

недостаточности

- Гемодинамическая – нарушения в маточно-плацентарном и плодово-плацентарном бассейнах.
- Плацентарно-мембранная – снижается способность плацентарной мембраны к транспорту метаболитов.
- Клеточно-паренхиматозная – нарушения клеточной активности трофобласта и плаценты

Сканирующая и трансмиссионная ЭМ плацент беременных с гестационным СД



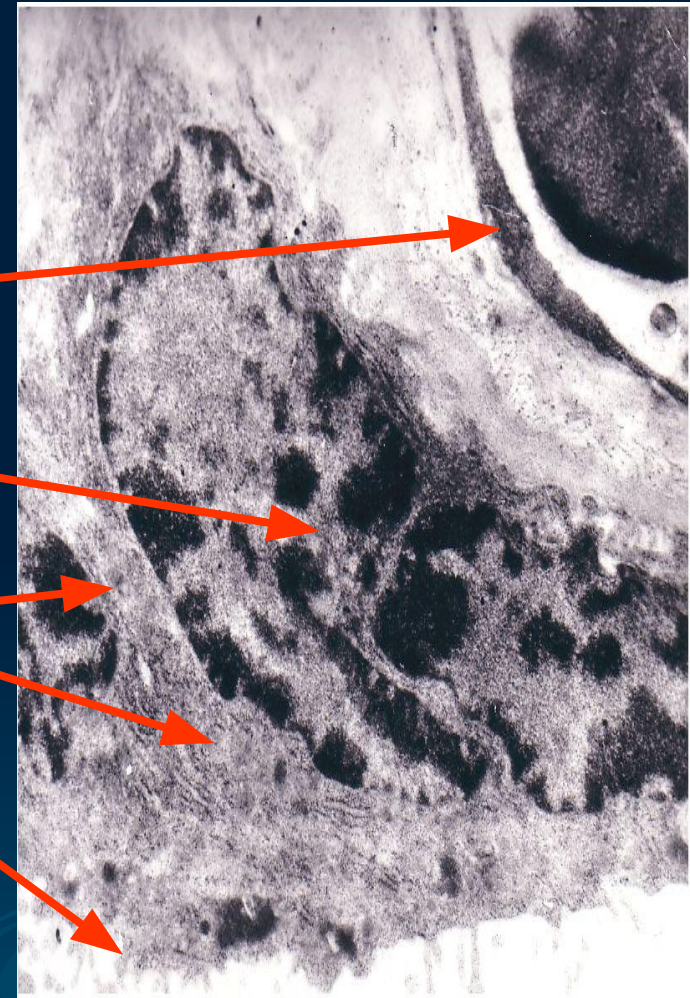
Терминальные ворсинки
(сниженное содержание, склероз)

Эндотелиоцит
(деструкция)

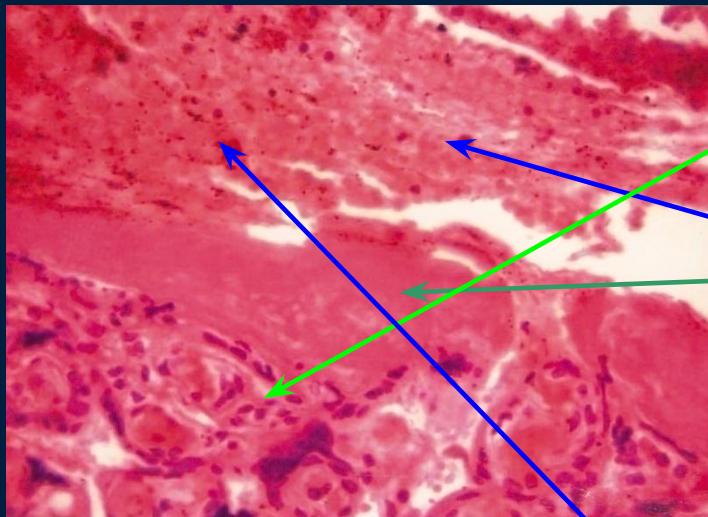
Ядро
(кариопикноз и кариорексис)

Вакуоли

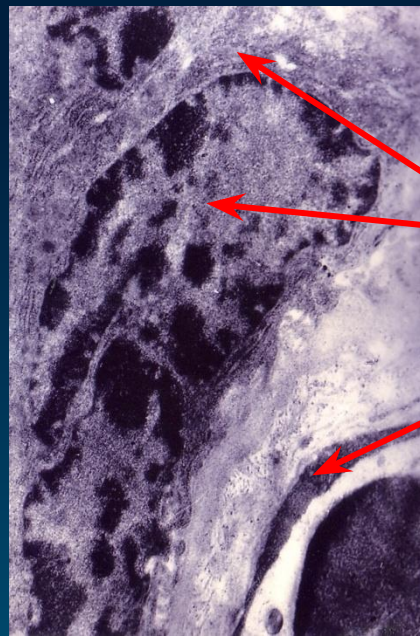
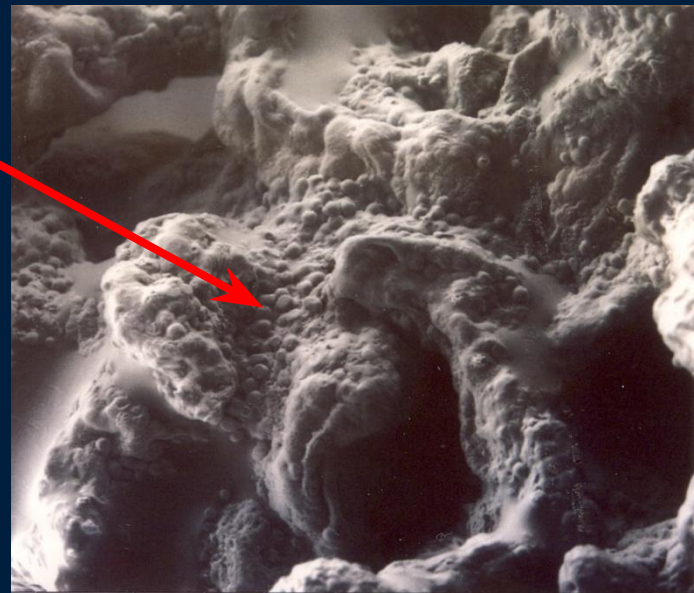
Микроворсинки



Световая и электронная микроскопия плацент беременных с СД 1 типа, осложненного гестозом



Деструкция ворсинчатого дерева, кровоизлияния и фибриноид в межворсинчатом пространстве



Гемолиз эритроцитов

Деструкция ультраструктур



Особенности плацентарной недостаточности при сахарном диабете

Тип СД	Преобладающая морфологическая характеристика	Частота ПН	Предпочтительный вид терапии
СД 1 типа без гестоза	Выраженные метаболитические изменения; умеренные нарушения микроциркуляции	75%	Эссенциальные фосфолипиды, антиоксиданты, ноотропы
СД 1 типа с гестозом	Возрастающие метаболитические нарушения; выраженные нарушения микроциркуляции	100%	Антитромбиновые и антиагрегационные препараты, эссенциальные фосфолипиды, антиоксиданты
ГСД без гестоза	Выраженные ишемические изменения; умеренные метаболитические нарушения	50%	Спазмолитики, токолитики, артериолодилататоры
ГСД с гестозом	Выраженные метаболитические и микроциркуляторные нарушения	85%	Антитромбиновые и антиагрегационные препараты, эссенциальные фосфолипиды, антиоксиданты

Коррекция обменных нарушений



Витаминотерапия:

витамины группы В, витамин Е, А, С, РР.



Липотропные препараты:

метионин 1500 мг/сут, липоевая к-та 75 мг/сут.



Гиполипидемические средства:

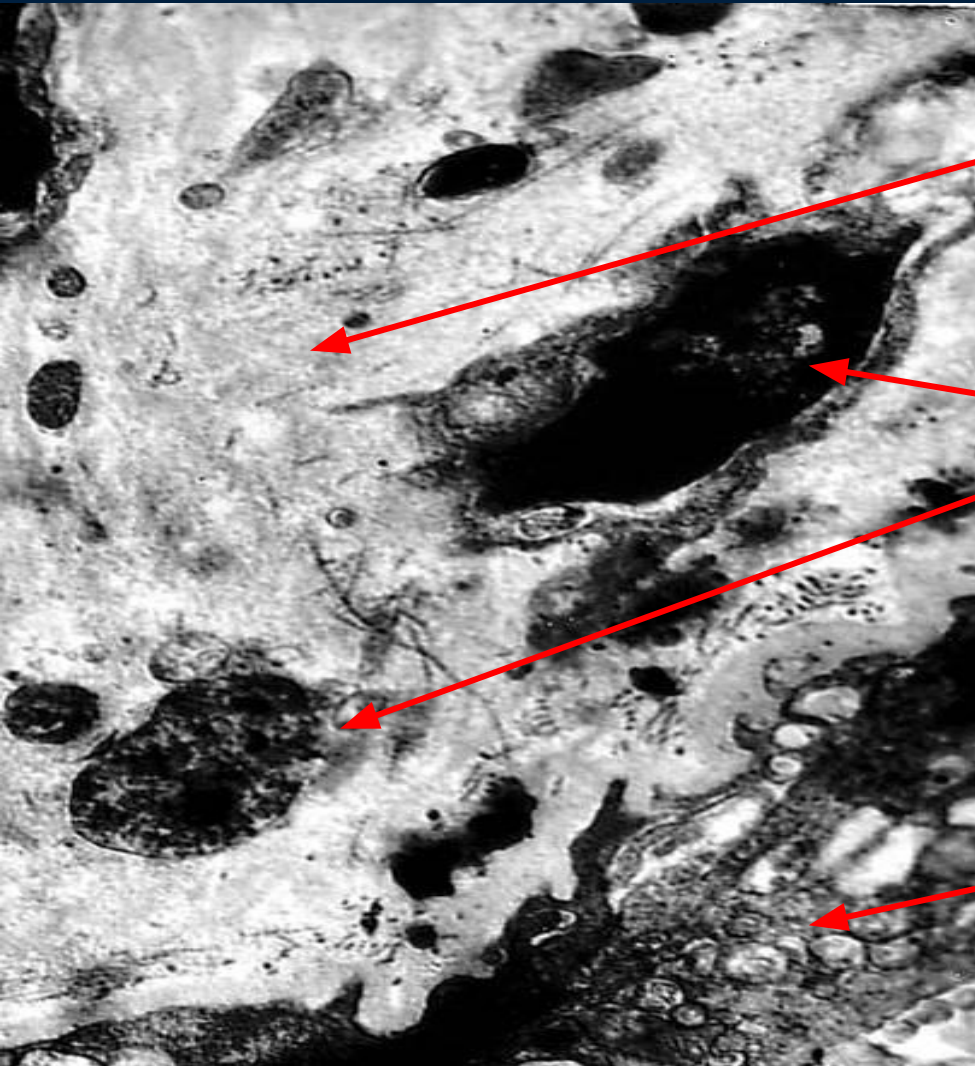
липамид 1500 мг/сут, эссенциале 6 капс./сут



Препараты комплексного действия

хофитол 2 таб 3 раза в день, актовегин 600 мг/сут

Микроскопия плацент беременных с гипотиреозом (ТЭМx8000)



Большое количество
коллагена

Некротические изменения
ядер

Выраженный склероз
микроворсин

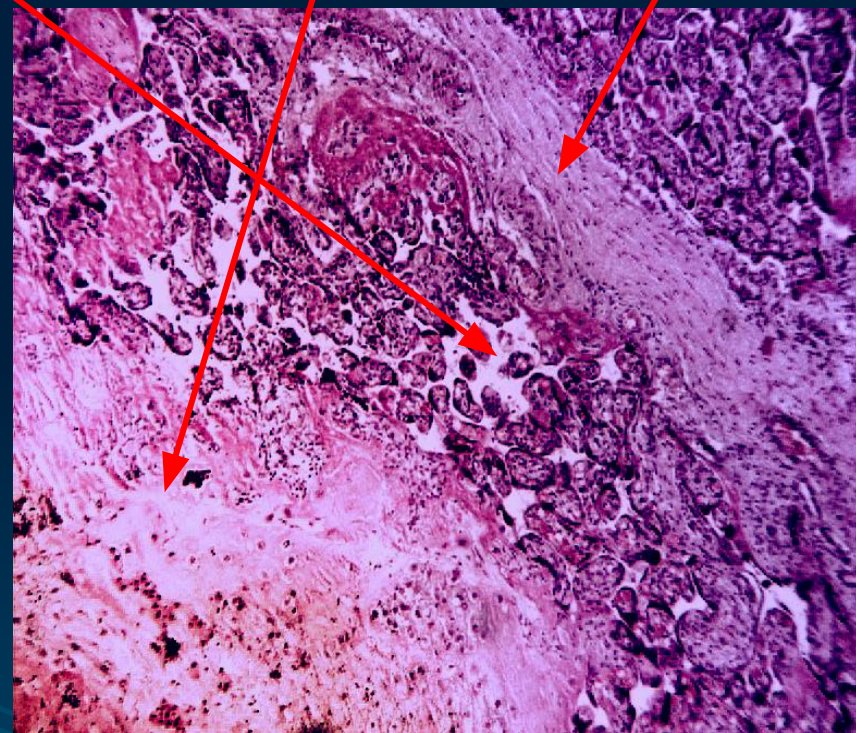
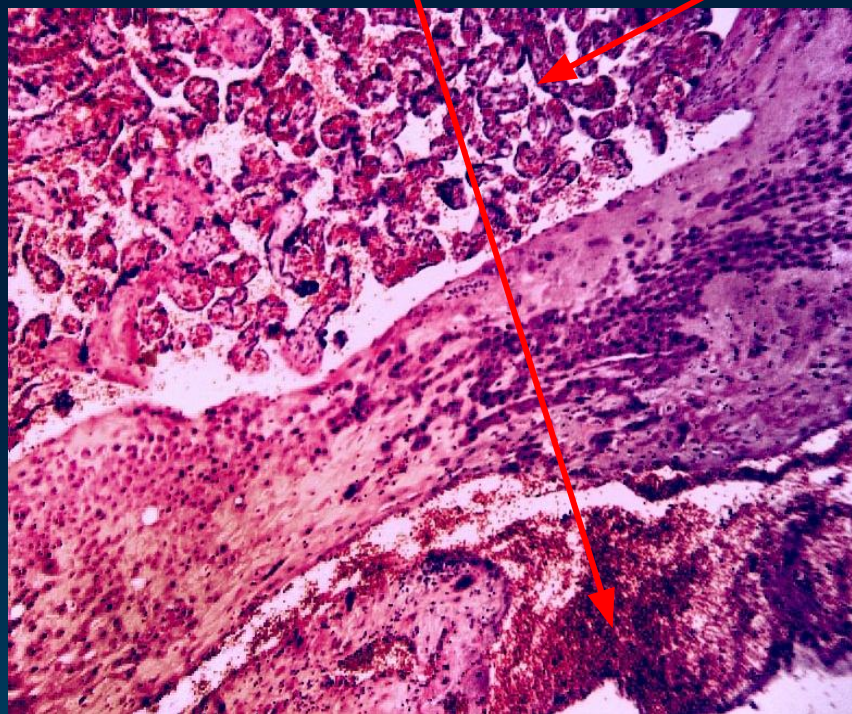
Микроскопия плацент у беременных с ДТЗ

Скопление эритроцитов

Терминальные ворсины

Некроз

Фибрин



Воздействие на сосудистую стенку, микроциркуляцию и реологические свойства крови

- **Антикоагулянты** (гепарин)
- **Антиагреганты** (аспирин, курантил, ксантинола никотинат, трентал?)
- **Венотоники** (детралекс, флебодия 600)
- **Ангиопротекторы** (рутин, аскорбиновая кислота, эскузан)
- **Плазмаферез**

Активная профилактика гепарином показана:

- **Беременным с тромбозами;**
- **С сочетанной тромбофилией + осложненным акушерским анамнезом;**
- **Со снижением активности АТ-III(< 70%)**
- **Антифосфолипидным синдромом;**
- **Беременным, получающим антикоагулянтную терапию и имеющим эпизоды тромбозов, показана контролируемая гепаринотерапия НМГ или НФГ;**
- **У пациенток с тромбофилией без клинических проявлений возможно:**
 - **Клиническое наблюдение;**
 - **Профилактическое применение НМГ;**
 - **Применение мини-доз НФГ;**

Целевые уровни лечения гепарином

- НМГ:

Профилактическое – 0,3-0,5 активности анти Ха ф-ра;

Лечебное – 0,51-1,2 активности анти Ха ф-ра;

- НФГ:

АЧТВ в 1,5-2 раза выше чем норма

На 4, 8 и 15 дни лечения
контроль числа тромбоцитов

Исследованиями последних лет показано, что

- **Применение ингибиторов фосфодиэстеразы-5 улучшает чувствительность к брадикинину миометриальных сосудов от женщин с гестозом. Применение в клинике должно снижать спазм периферических сосудов, спазм плацентарных сосудов, улучшать маточно-плацентарный кровоток и может позволить пролонгировать беременность при гестозе**

- Wareing M, Myers JE, O'hara. Effects of a phosphodiesterase-5 (PDE5) inhibitor on endothelium-dependent relaxation of myometrial small arteries//Am journal Obstet Gynecol. 2004
- Downing JW, Ramasubramanian R, Johnson RF. Hypothesis: selective phosphodiesterase-5 inhibition improves outcome in preeclampsia//Med Hypotheses. 2004



**Оказывает
антиагрегационное,
ангиопротективное,
иммуномоделирующее
действие. Влияет на
способность тромбоцитов к
агрегации и адгезии.
Блокирует фосфодиэстеразу**

Гемореологические эффекты Курантила® N



На плацентарном уровне

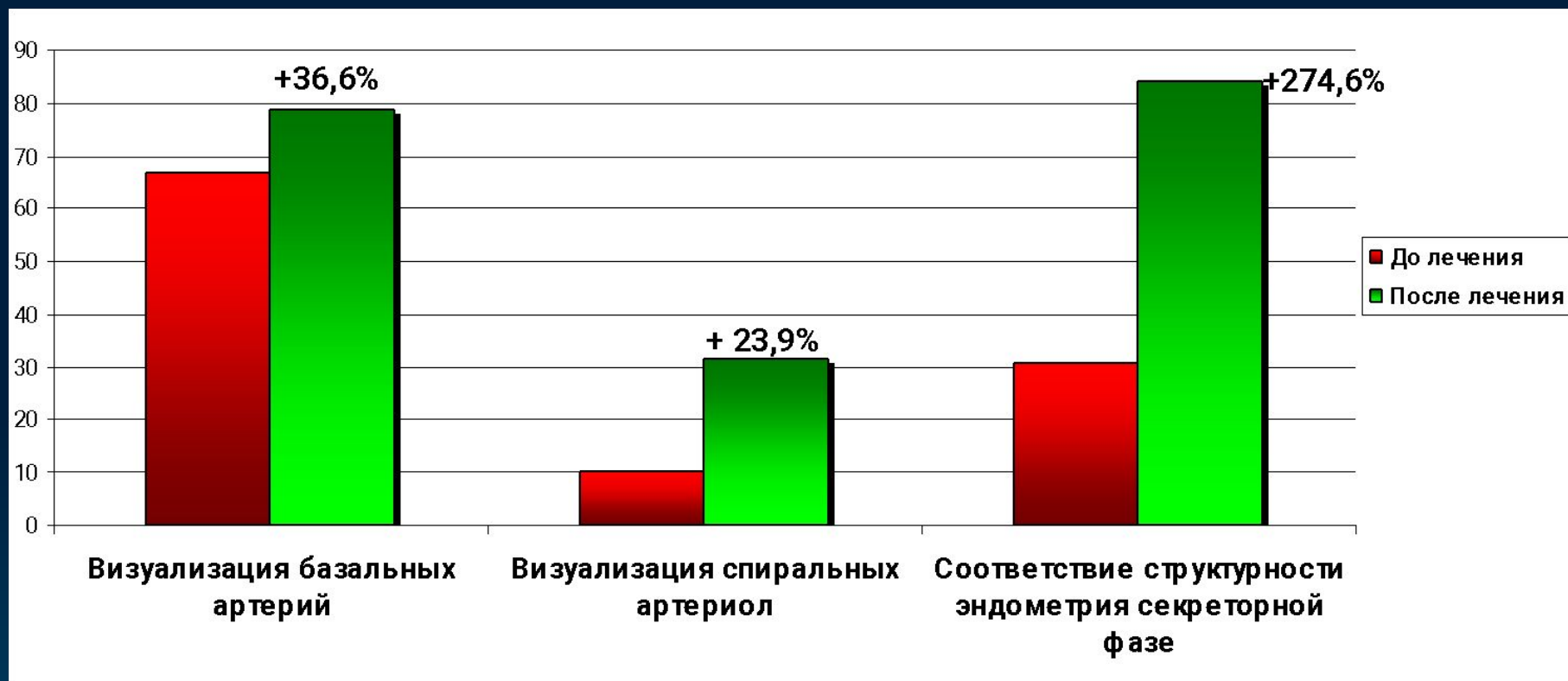
- повышает маточно-плацентарное и фетоплацентарное кровообращение
- нормализует венозный отток из межворсинчатого пространства
- уменьшает выраженность морфофункциональных изменений в плаценте

На системном уровне

- снижает общее периферическое сопротивление
- тормозит тромбообразование
- улучшает мозговой, почечный, коронарный, печеночный кровоток
- увеличивает число активно функционирующих капилляров и скорость кровотока

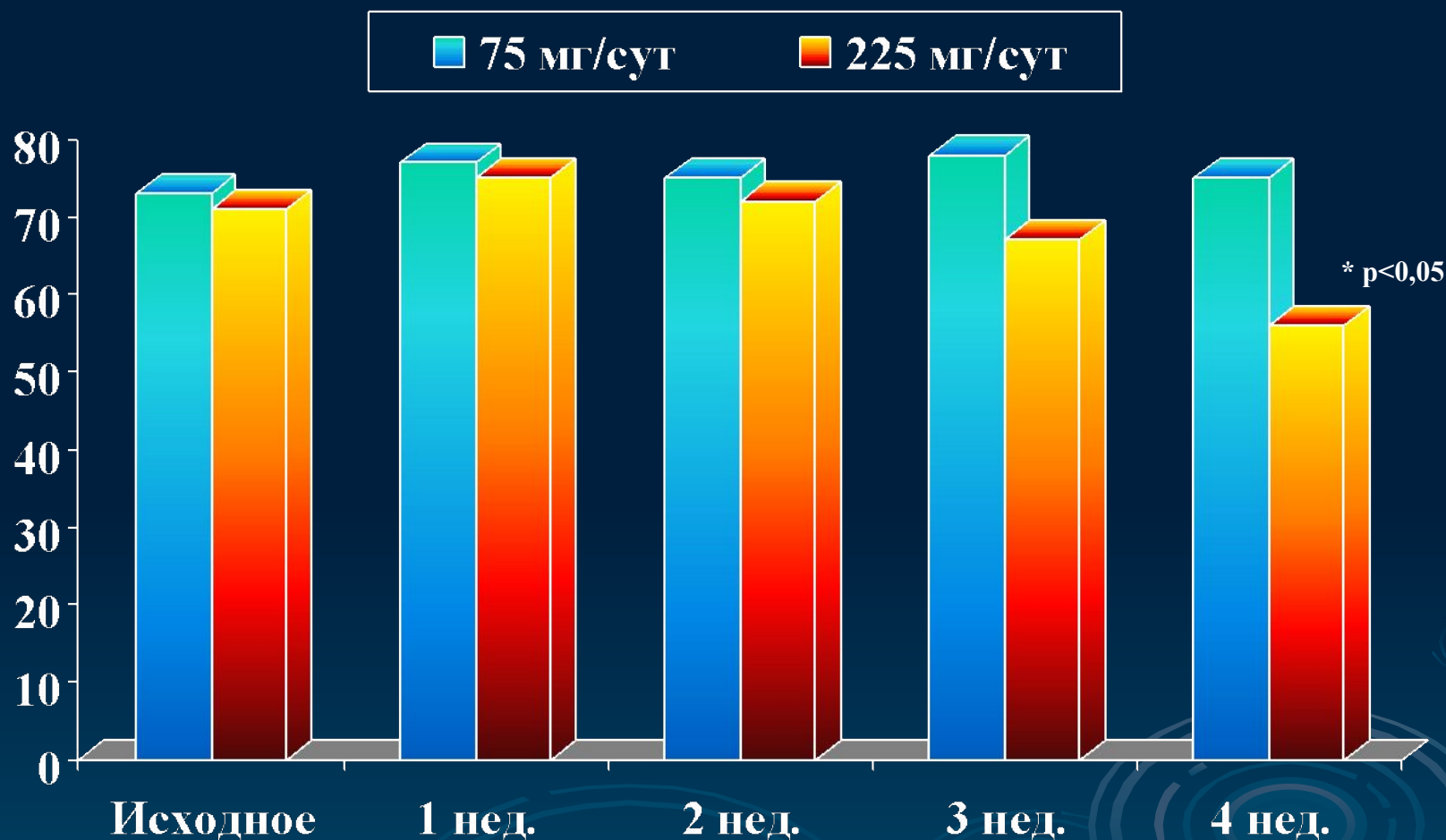
Возможность использования с первых дней беременности

Результаты применения Курантила® N при синдроме привычной потери беременности (нарушение кровотока в системе маточных сосудов*)

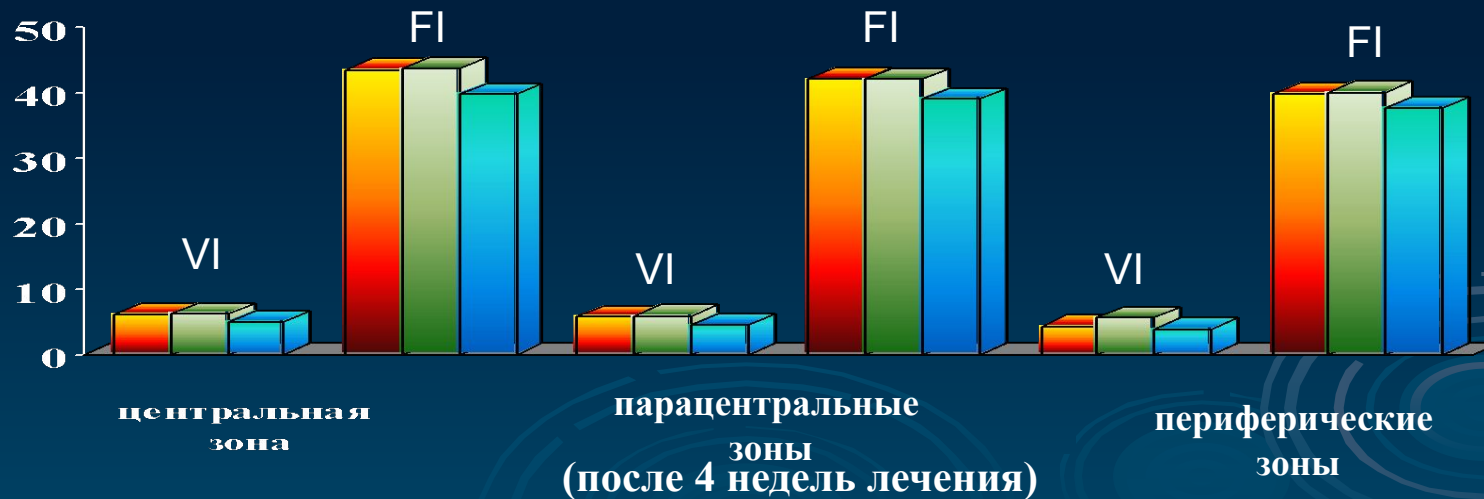
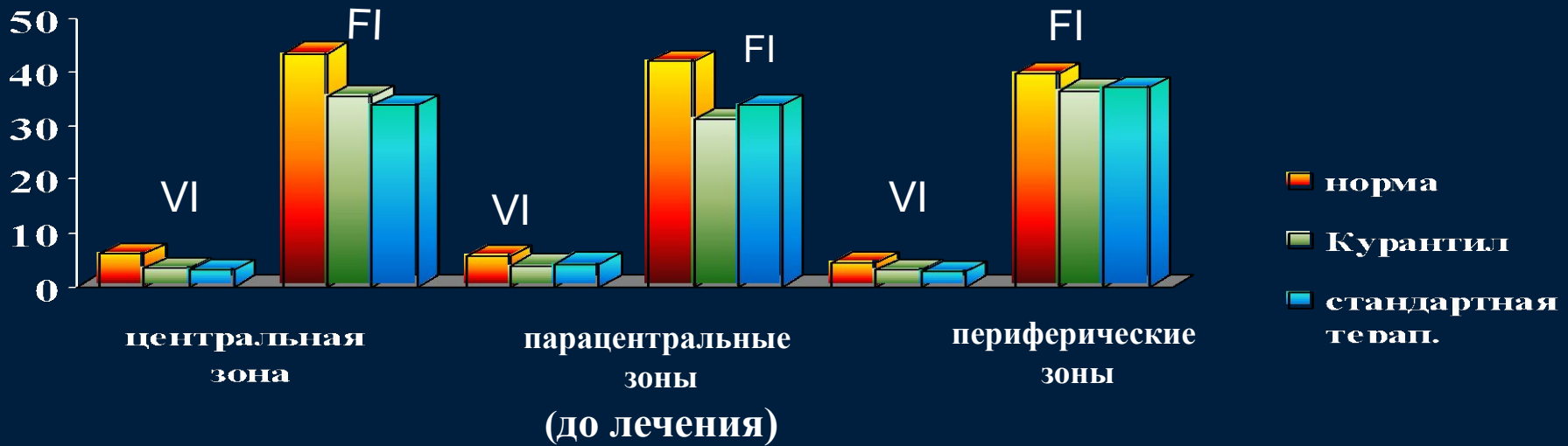


* Кирющенко П.А., Белоусов Д.М. Ультразвуковая оценка использования Курантила во время предгестационной подготовки у женщин с синдромом привычной потери беременности в I триместре. Гинекология. № 1. Том 7. 2005

Динамика агрегации тромбоцитов на АДФ на фоне монотерапии курантилом

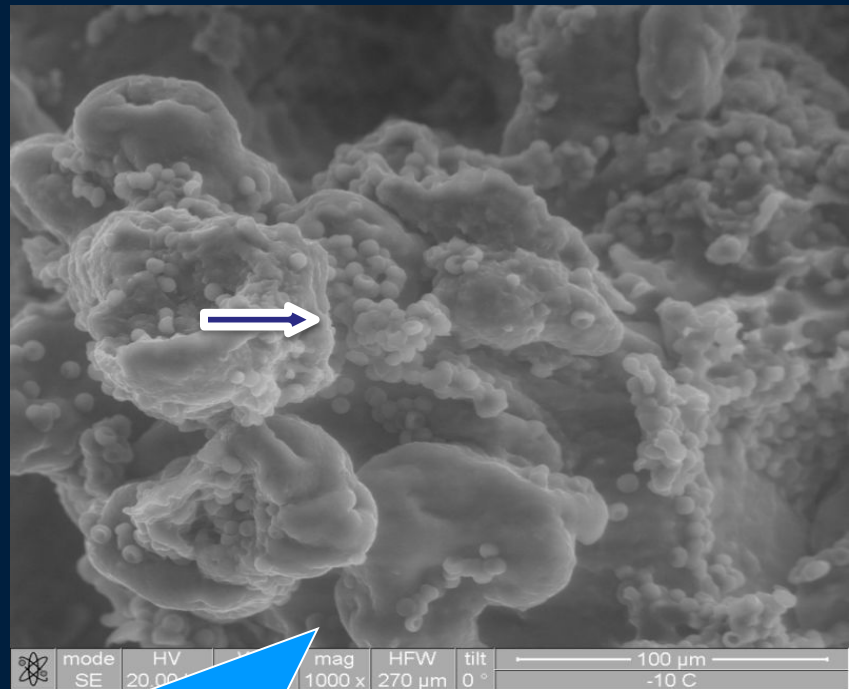


Показатели васкуляризации и внутриплацентарного кровотока у беременных с ГН на фоне лечения курантилом (225 мг/сут.)

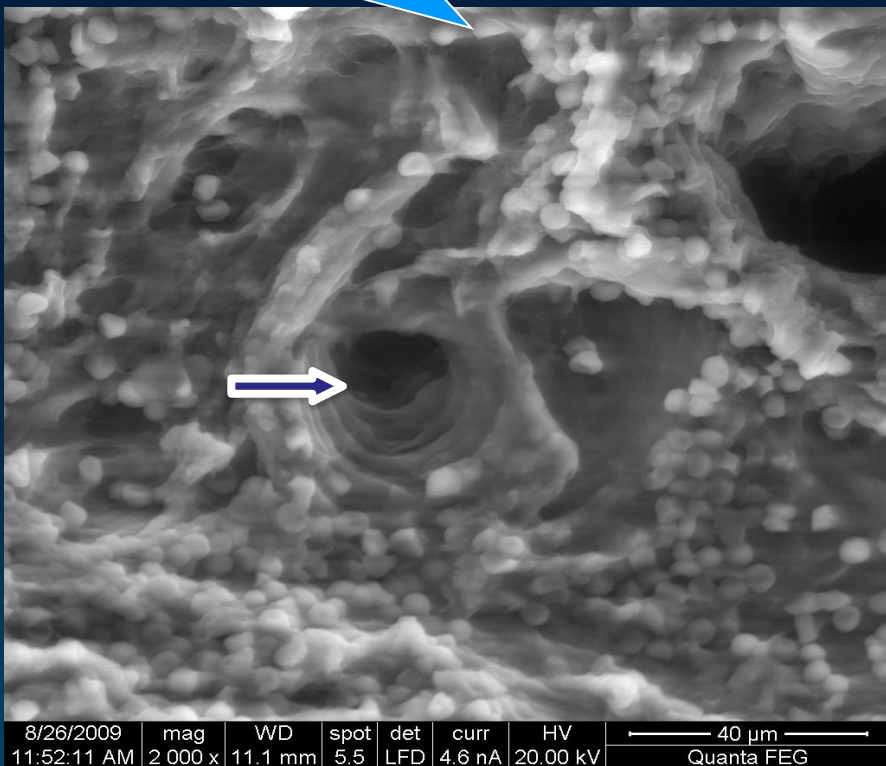


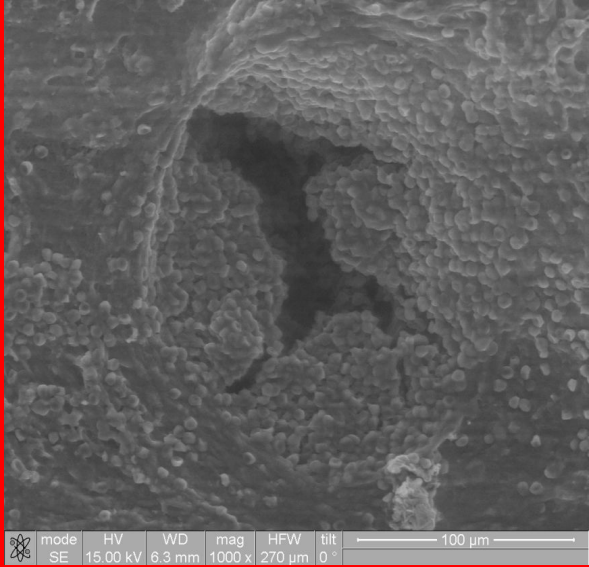
Фрагмент матки при ГБ на фоне профилактической терапии.

Строение сосудов, в том числе, и спиральных артерий, практически не изменено. Наблюдается полнокровие ткани. СЭМ. Ув.х 2000.



Фрагмент плаценты при ГБ, на фоне профилактической терапии. Терминальные ворсины полнокровны. Хорошо выражены синцитиальные узелки. В МВП – эритроциты без гемолиза. СЭМ. Ув.х 1000.





mode	HV	WD	mag	HFW	tilt	100 μm
SE	15.00 kV	6.3 mm	1000 x	270 μm	0 °	

После лечения

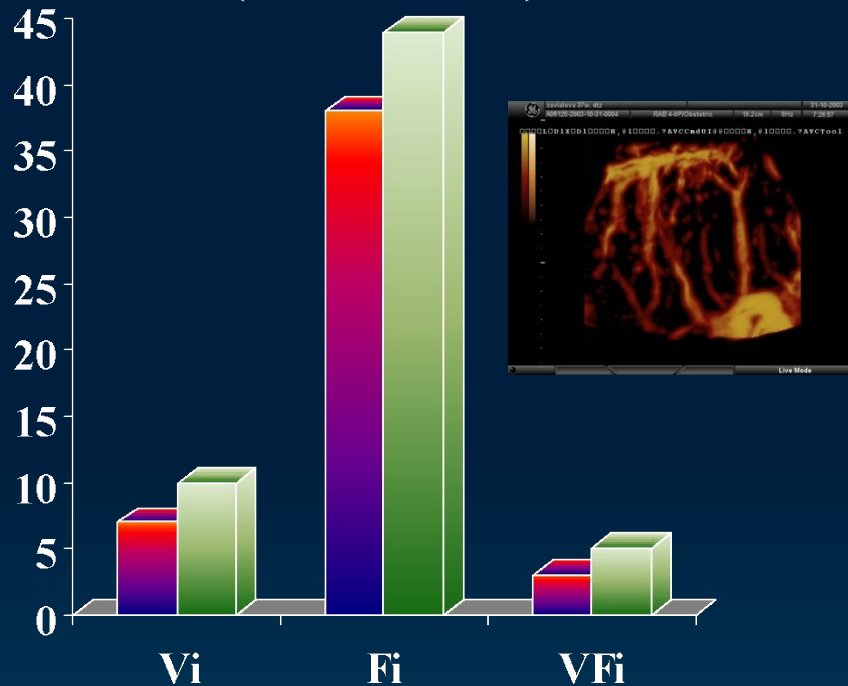
mode	SE	HV	15.00 kV	WD	6.2 mm	mag	2000 x	HFW	135 μm	tilt	0 °	50 μm	

Частота развития ФТН и СЗРП при ГБ на фоне профилактического лечения



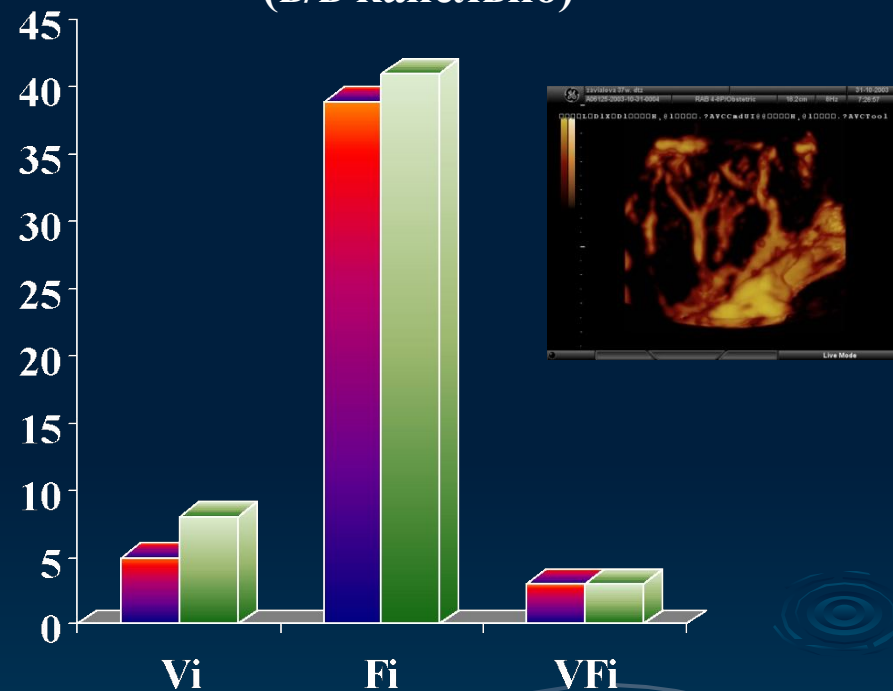
Динамика показателей внутриплацентарного кровотока на фоне лечения

Ксантинола никотинат
(в/в капельно)



■ До введения
■ На фоне введения

Трента
(в/в капельно)



■ До введения
■ На фоне введения

Меры профилактики



👍 Оздоровление населения

👍 Планирование беременности

👍 Максимальная компенсация экстрагенитальных заболеваний (всесторонняя)

👍 Перевод пациенток на безопасные и/или минимальные терапевтические дозы препаратов

👍 Профилактика ФПН с первых дней беременности

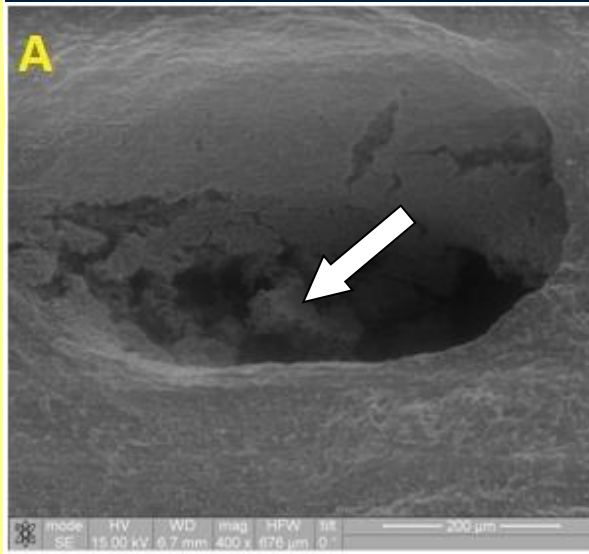
👍 Мониторинг за состоянием ФПК

👍 Выбор оптимального срока и метода родоразрешения

Фрагменты матки

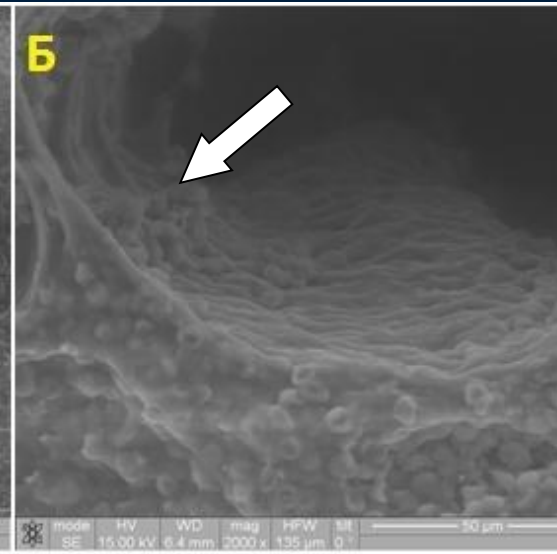
А. 1-ая группа

Формирование тромбов (указ. стрелкой). Складчатость эндотелия нарушена. Поверхность по люминарному краю ровная. Участки с альтеративными процессами.



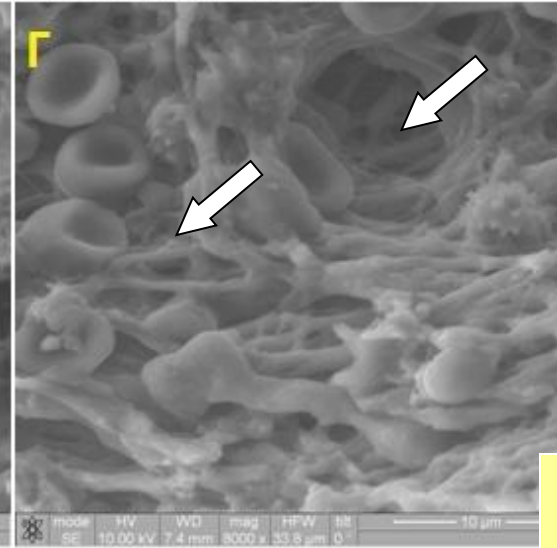
Б. 2-ая группа

Эндотелий на большем протяжении сохранен. В отдельном участке на фоне некроза – начало формирования тромба (указ. стрелкой). Стаз эритроцитов по люминарному



В, Г. 3-я группа

Форма сосудов и строение их стенки не нарушено. Стаз эритроцитов по люминарному краю эндотелия. Форма эритроцитов не изменена. В просвете капилляра – нити крахмала, стабилизирующие стенку



Растровая электронная микроскопия

- А. Ув. x400.
- Б. Ув. x2000.
- В. Ув. x4000.
- Г. Ув. x8000

Общее число нарушений в сосудах ФПК при доплерометрии (%)



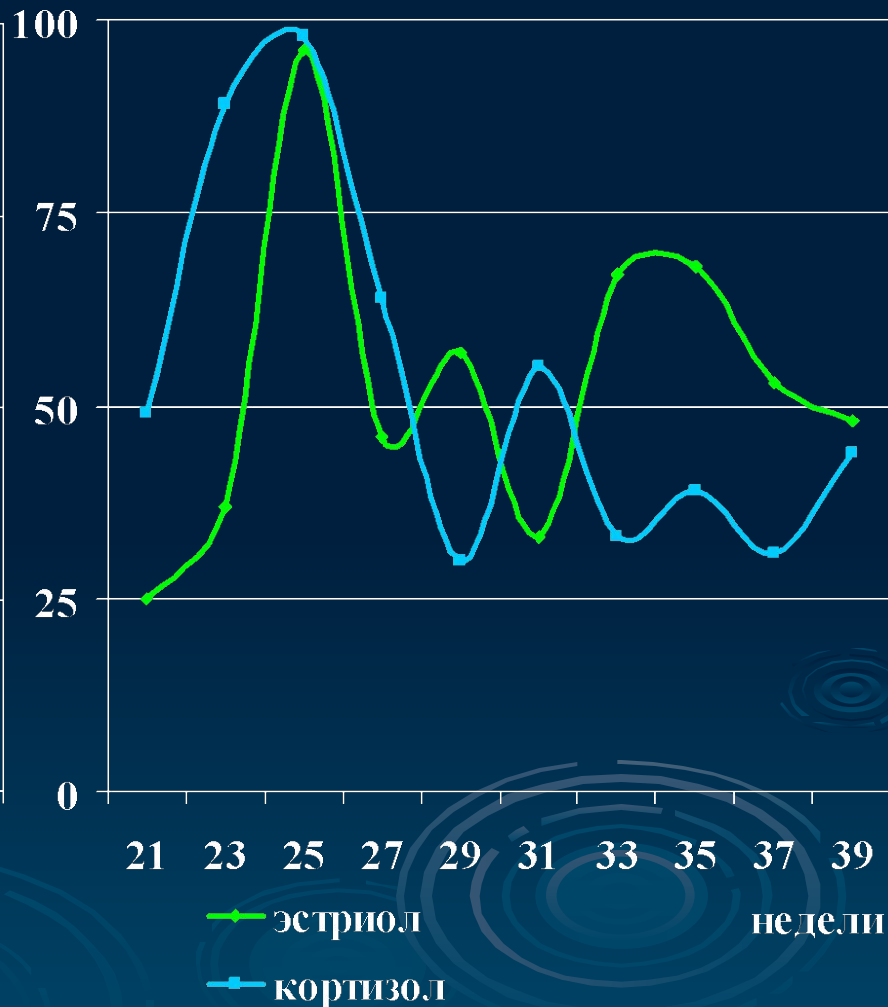
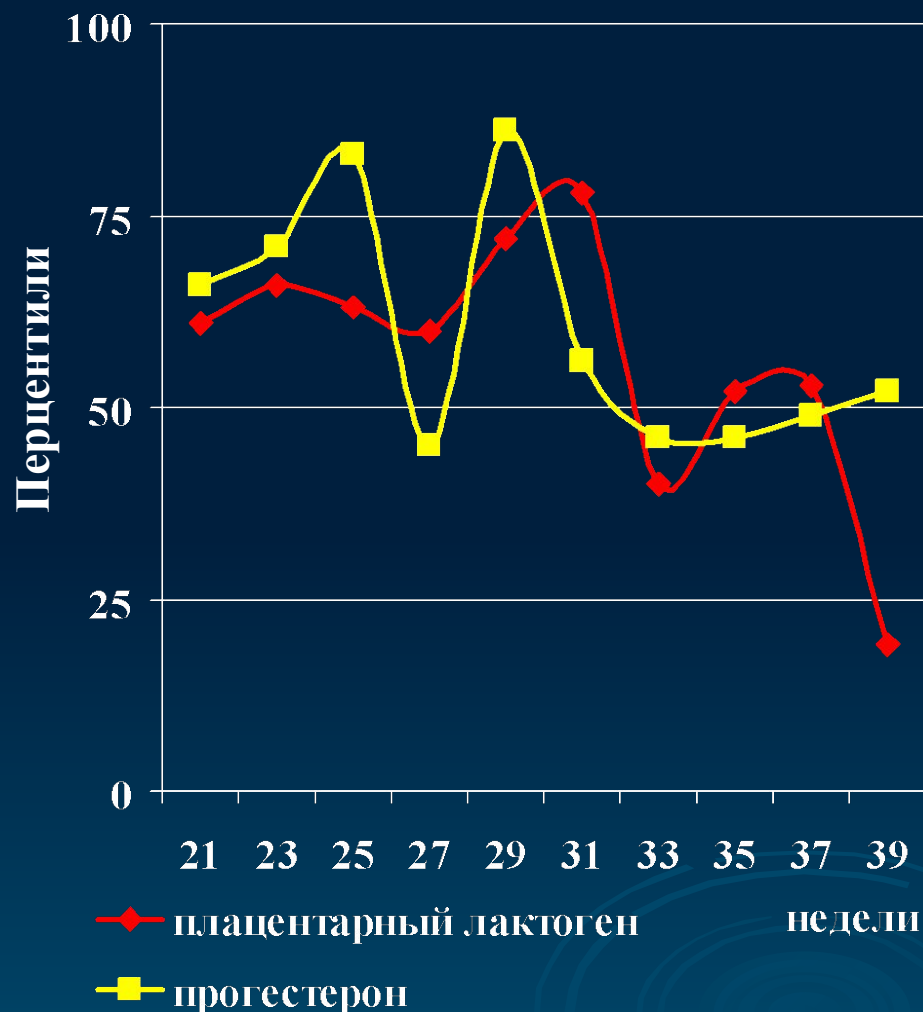
Примечание:

* - $p < 0,05$ – достоверность установлена по отношению к 4 группе

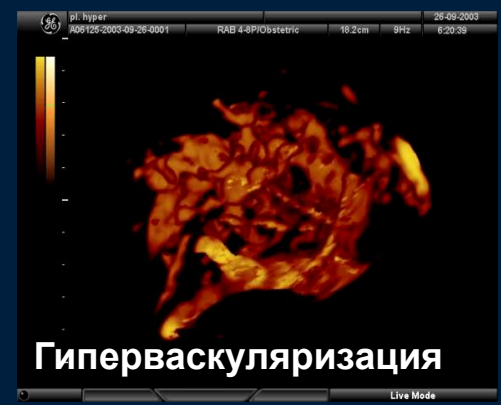
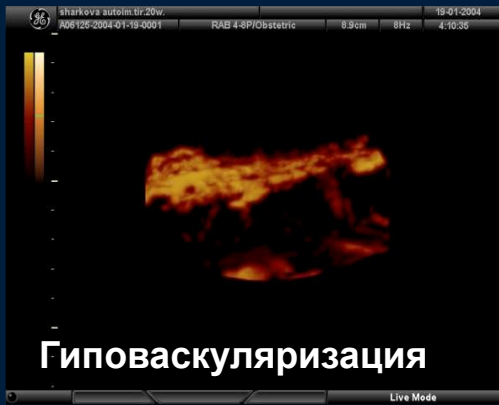
** - $p < 0,05$ – достоверность установлена по отношению к 3 группе

	Родоразрешены при поступлении (n=19)	Стандартная терапия (n=22)	Применение ГЭК (n=24)
Срок гестации	35,1 нед.	33,4 нед.	33,2 нед
Средний койко-день до родов	1-4 часа	4,5 ±1,2	7,6±1,6
Перевод в отделение реанимации новорожденных (ОРИТН)	63,2 %	50 %	37,5 %
РДСН (всего), из них:	36,8%	81,8%	62,5%
легкой степени	42,9%	25%	50%
средней степени	57,1%	25%	25%
тяжелой степени	-	50%	25%
Частота ИВЛ в ОРИТН (от общего числа переведенных в ОРИТН)	50 %	72,7 %	55,6 %
Перевод на 2-й этап выхаживания в отделение патологии новорожденных	100%	77,2%	62,5 %

Гормональная функция ФТК у беременных при ГСД



Внутриплацентарный кровоток у рожениц с ФПН на фоне регионарной анестезии



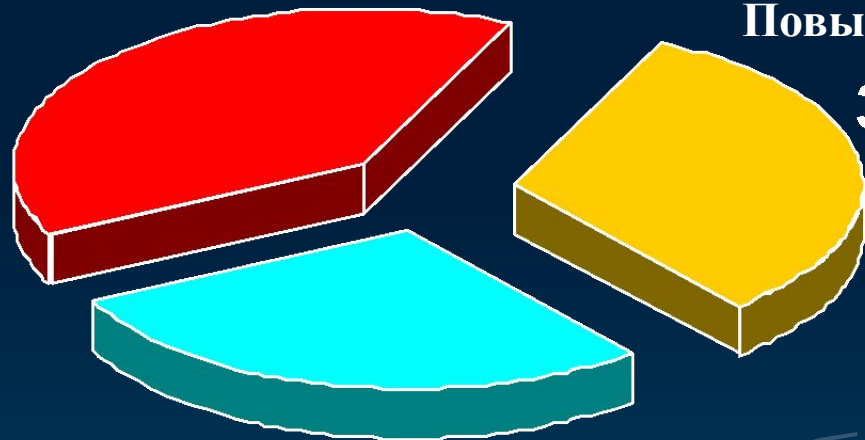
Снижение

39%

Гиперваскуляризация

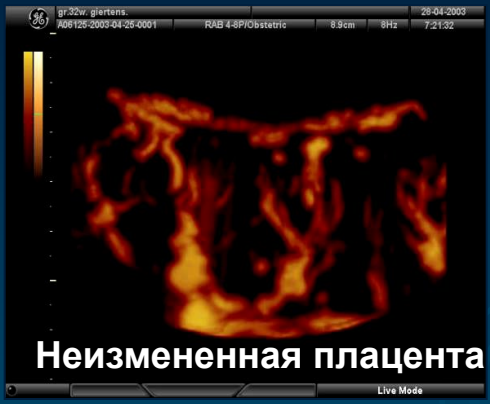
Повышение

32%

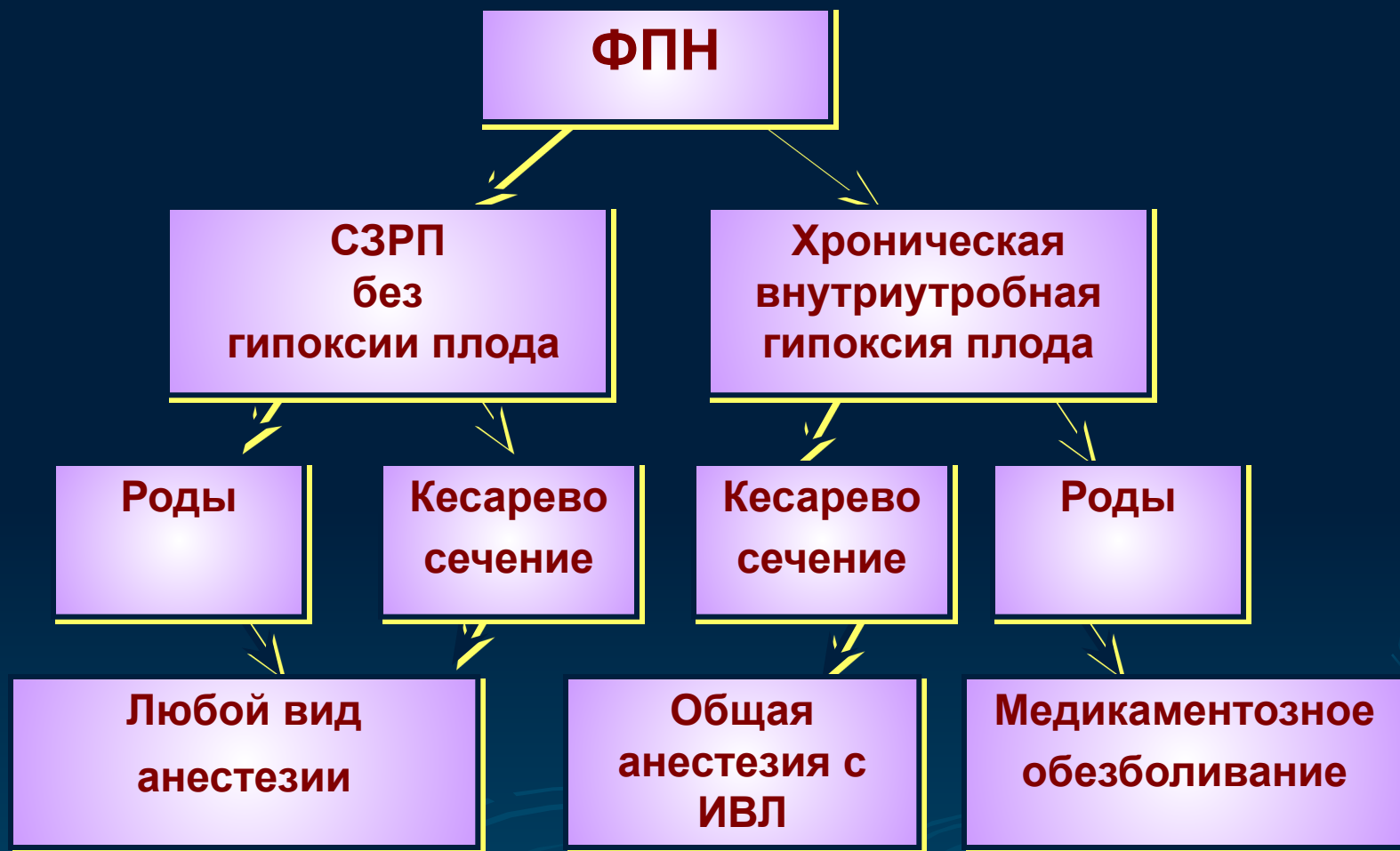


29%

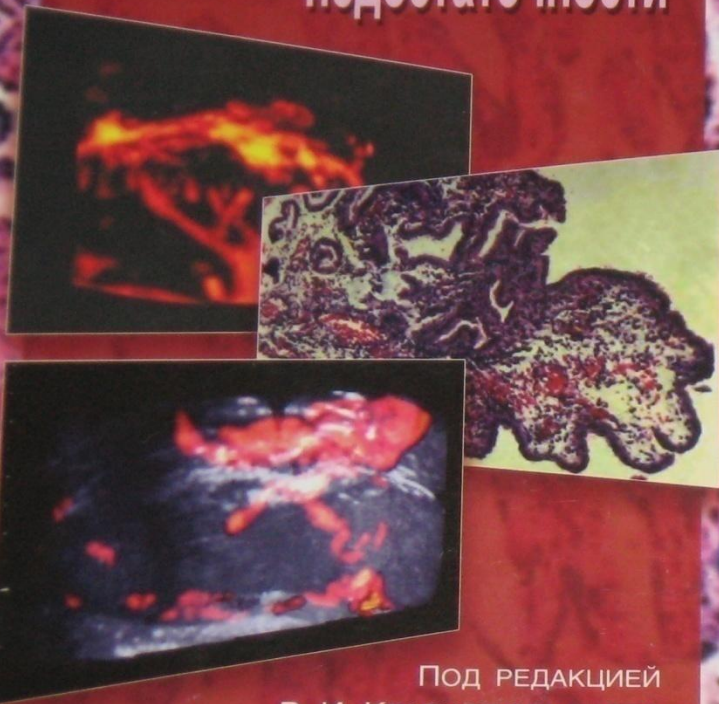
Перераспределение кровотока по зонам



Выбор анестезиологического обеспечения родов

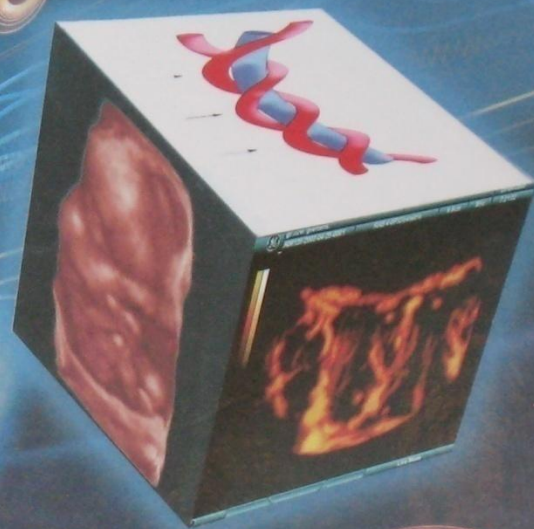


**Компенсаторные
механизмы развития плода
в условиях плацентарной
недостаточности**



Под редакцией
В. И. КРАСНОПОЛЬСКОГО

**ФОРМИРОВАНИЕ
И ПАТОЛОГИЯ
ПЛАЦЕНТЫ**



Под редакцией
В.И.Краснопольского



Спасибо за внимание!