

НЕВЫНАШИВАНИЕ И ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ



**Подготовила : Ким И.И.
153-А**

Невынашивание беременности - это самовольное прерывание ее от начала до 37 недель.

Невынашивание беременности (преждевременная потеря беременности) принадлежит к числу довольно частых видов акушерской патологии, частота этой патологии в разных странах колеблется в пределах от 10 до 20-25% к общему числу беременностей и не имеет тенденции к снижению..

КЛАССИФИКАЦИЯ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ

**Самопроизвольные аборты
(спонтанные выкидыши)**

Раннего срока
(до 12 недель)

Позднего срока
(до 22 недель)

**Преждевременные роды
(ПР)**

Очень ранние ПР
(22-27 недель)

Ранние ПР
(28-33 недели)

Собственно ПР
(34-37 недель)



**Невынашивание
или выкидыш
(до 21 нед.+ 6 дней)**





**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

(Хельсинская конвенция)

Невынашивание беременности

- ✓ *ранний спонтанный аборт* - спонтанное (самопроизвольное) прерывание беременности до 11 недель + 6 дней;
- ✓ *поздний спонтанный аборт* - с 12 недель до 21 недели + 6 дней;
- ✓ *преждевременные роды* - с 22 недель до 36 недель + 6 дней

**СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ
НЕДОНОШЕННОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ
(ПО ВЕСУ)**

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!***

ЭТИОЛОГИЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Материнские факторы

```
graph TD; A[Материнские факторы] --> B[Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез]; A --> C[Осложнения текущей беременности]; A --> D[Экстрагенитальная патология]; A --> E[Социально-экономические 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

Многopлодие

Неправильное предлежание

ЧАСТОТА СПОНТАННОГО ВЫКИДЫША В ПОПУЛЯЦИИ

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

Риск самопроизвольного прерывания беременности уменьшается с увеличением срока гестации

50%

Преклинические потери
(подтвержденные только биохимически)

15-3
5%

Ранний спонтанный выкидыш

2%

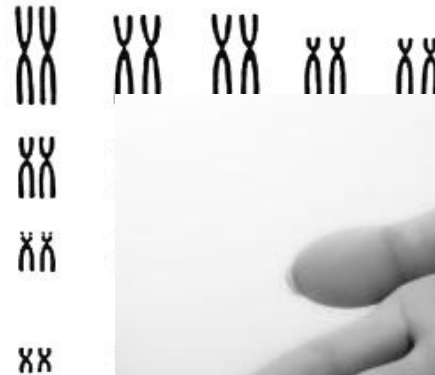
Поздний спонтанный выкидыш

ПРИЧИНЫ, КОТОРЫЕ НЕ ПРЕДУПРЕДИМЫ

Спонтанный
выкидыш

70%

ХРОМОСОМНЫЕ АНОМАЛИИ
(наследственные или приобретенные).



естественного генетического
отбора

SCIENCEPHOTOLIBRA

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)

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

Классификация невынашивания

(МКБ-10)

- Угрожающий аборт**
- Спонтанный аборт**
- Неполный аборт**
- Полный аборт**
- Привычный выкидыш**
- Преждевременные роды**

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.*

Угрожающий аборт – наличие признаков прерывания беременности

Жалобы

- 1. Тянущие боли в нижних отделах живота, во втором триместре беременности боль может иметь схваткообразный характер.**
- 2. Скудные или умеренные кровянистые выделения из половых путей.**

Анамнез

- 1. Нарушение менструального цикла.**
- 2. Бесплодие, особенно вылеченное методами вспомогательных репродуктивных технологий.**
- 3. Наличие самопроизвольного прерывания предыдущих беременностей.**
- 4. Провоцирующие факторы (травма, падение, физическая нагрузка).**

Обследование и установление диагноза угрожающего аборта

Осмотр в зеркалах

- 1. Наружный зев закрыт.**
- 2. Скудные или умеренные кровянистые выделения.**

Бимануальное влагалищное исследование

- 1. Матка легко возбудима, ее тонус повышен.**
- 2. Размеры матки отвечают сроку беременности.**

УЗИ: общие признаки:

- 1. Наличие локального утолщения миометрия в виде валика, что выпирается в полость матки**
- 2. Деформация контуров плодного яйца, его вдавливание за счет гипертонуса матки**
- 3. Наличие участков отслоения хориона или плаценты.**

Тактика ведения при угрожающем аборте

- При наличии клинических признаков угрожающего аборта в сроке беременности **менее 8 недель** и неблагоприятных признаков прогресса беременности проведения терапии, направленной на сохранение беременности **не рекомендуется.**
- При угрозе прерывания беременности в сроке больше **8** недель и при отсутствии признаков неблагоприятного прогноза применяются мероприятия, направленные на сохранение и поддержку развития беременности.
- **Мониторинг эффективности лечения определяется при помощи:** данных УЗИ, тестов функциональной диагностики, динамики уровня ХГЧ и прогестерона в сыворотке крови

Спонтанный выкидыш

□ ДЕФИЦИТ ПРОГЕСТЕРОНА

Риски для плода

- Нарушение функции плаценты
- Уменьшение объема амниотической жидкости
- Задержка роста плода
- Дистресс плода
- Гибель плода

Гестагены, которые рекомендованы в акушерстве

Натуральные гестагены

Синтетические гестагены

**Прогестерон
в масляном
растворе 2,5%**

Для внутримышечного
введения

**Натуральный
микронизированный
прогестерон
(Утрожестан®)**

Вагинально или
перорально

**Дидрогестерон
(Дюфастон®)**

Перорально

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 объема кровопотери.

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);
- **мизопростол 800 мкг** ректально.

Неполный аборт –

неполное отделение плодного яйца или плаценты от
стенки 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: полость 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 /плодовых 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 *Мизопропрост* (простагландин E1) - 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 выделения 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:
антистрессовая терапия, за 3 месяца до зачатия назначения фолиевой 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 хориоамнионита;
 - отсутствие родовой деятельности и/или кровотечения;
 - первая или вторая степень чистоты влагалища.

Лечение истмико-цервикальной недостаточности

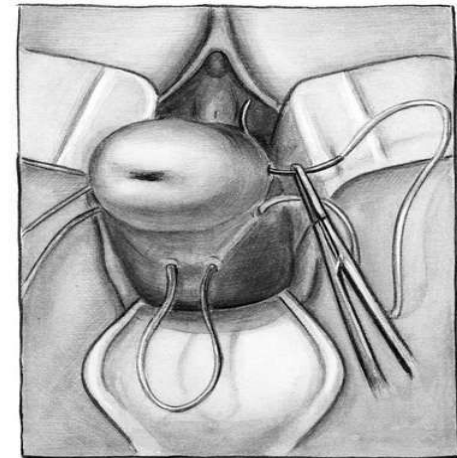
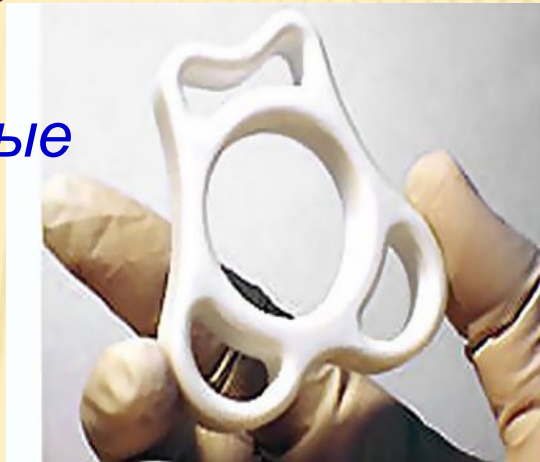
□ **Профилактический шов на шейку матки.**

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, микроэлементов и компонентов питания (*омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты, аспирин*).
- ✓ Трансвагинальная эхоцервикометрия.
- ✓ Циркулярный шов на ш/м.
- ✓ Вагинальное введение прогестерона.
- ✓ Использование шейчного pessaria у беременных с укороченной шейкой матки.



Силиконовый цервикальный pessary



Рандомизированное контролируемое исследование (Maria Goya, et al., 2012)
385 беременных: 192 - установлен pessарий, остальные - выжидательная тактика.

В группе беременных, которым был установлен pessарий, 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 pessарий может предупреждать преждевременные роды у женщин с короткой шейкой матки во втором триместре беременности [A].

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***

Ведение беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО)

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) - это спонтанный их разрыв до начала родовой деятельности в сроки беременности от 22 до 42 недель. Наблюдается у 10 - 15% родов.

Избирается индивидуальная тактика ведения в зависимости от срока беременности, сопутствующей патологии, акушерской ситуации, акушерско-гинекологического анамнеза.

Во всех случаях пациентка и ее семья должны получить подробную информацию о состоянии беременной и состоянии плода, преимущества и возможную опасность того или иного способа дальнейшего ведения беременности с получением письменного согласия пациентки.

Выжидательная тактика при ПРПО (без индукции родовой деятельности) может быть выбрана:

- У беременных с низкой степенью прогнозируемого перинатального и акушерского риска (А);
- При удовлетворительном состоянии плода;
- При отсутствии клинико-лабораторных признаков **хориоамнионита** (повышение температуры тела до 38 °С, запах околоплодных вод, сердцебиение плода до 170 уд./мин.);
- наличие двух или более симптомов дает основание для постановки **диагноза хориоамнионита**);
- При отсутствии осложнений после излития околоплодных вод (выпадение петель пуповины, отслойка плаценты и других показаний для ургентного родоразрешения).

В случае выбора выжидательной тактики в акушерском стационаре необходимо проводить:

- - Измерение температуры тела беременной и пульсометрия дважды в сутки (С);
- - Определение количества лейкоцитов в периферической крови не реже чем 1 раз в трое суток;
- - Бактериоскопическое исследование выделений из влагалища 1 раз в трое суток (с подсчетом количества лейкоцитов в мазке) (С);
- - Наблюдение за состоянием плода методом аускультации дважды в сутки и, при необходимости, записи КТГ не реже 1 раза в сутки с 32 недель беременности (В);
- - Предупреждение беременной о необходимости самостоятельного проведения теста движений плода и обращения к дежурному врачу в случае изменений двигательной активности плода
- - Профилактическое введение полусинтетических пенициллинов или цефалоспоринов II поколения в средних терапевтических дозах с момента госпитализации в течение 5 - 7 суток при отсутствии признаков инфекции у матери (А).

Преждевременный разрыв плодных оболочек при преждевременных родах

Срок беременности 22 - 24 недель:

- - Наблюдение за состоянием матери и плода без проведения внутреннего акушерского исследования проводится в условиях акушерского стационара III уровня оказания медицинской помощи;
- - Антибактериальная терапия с момента госпитализации в акушерский стационар (А).

Срок беременности 24 - 34 недели:

- - Наблюдение за состоянием матери и плода **без проведения внутреннего акушерского исследования** проводится в условиях акушерского стационара III уровня оказания медицинской помощи;
- - Антибактериальная терапия с момента госпитализации в акушерский стационар (А);
- - Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода (А).

Назначения антибиотиков при преждевременных родах

- В случаях наличия признаков инфекции (А).
- При преждевременном отхождении околоплодных вод до 34 недель, с момента их отхождения (профилактическое назначение антибиотиков приводит к статистически достоверному снижению частоты послеродовых инфекций у матери, неонатальной инфекции (А)).
- При 35-36 неделях беременности, при условии отсутствия признаков, инфекции антибактериальную терапию начинают через 18 часов безводного промежутка.
- **Макролиды (азитромицин, амоксиклав, аугментин)** предпочитают антибиотикам более широкого спектра действия, так как приводят к меньшему количеству осложнений.

Тактика ведения при наличии инфекционных осложнений

- В случае развития хориоамнионита показано завершения беременности.
- Метод родоразрешения определяется сроком беременности, состоянием беременной и плода, акушерской ситуацией.
- В случае оперативного родоразрешения проводится интенсивная антибактериальная терапия (2 антибиотика и метронидазол или орнид

ВМЕШАТЕЛЬСТВО ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ НАПРАВЛЕННЫ НА УМЕНЬШЕНИЕ НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

- Их начинают применять к беременным с очень высоким риском преждевременных родов (преждевременный разрыв плодных оболочек при недоношенной беременности, неизбежные спонтанные преждевременные роды, запланированное преждевременное родоразрешение по показаниям) или после начала родовой деятельности.
- Токолитики.
- Транспортировка беременной на III уровень перинатальной помощи – перинатальный центр.
- Антенатальные кортикостероиды.
- Антибиотики при преждевременном разрыве плодных оболочек.
- Профилактика интранатального инфицирования ребенка стрептококком группы В.
- Антенатальный сульфат магния для профилактики церебрального паралича у недоношенных детей.

Принципы ведения преждевременных родов

1. Оценка степени прогнозируемого риска развития материнской и перинатальной патологии с целью определения уровня предоставления стационарной помощи.
2. Определение плана ведения родов и проинформированное согласие его с женщиной.
3. Контроль за состоянием матери и плода в родах с ведением партограммы.
4. Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода до 34 недель беременности.
5. Обезболивание родов по показаниям - эпидуральная анестезия.
6. Оценка состояния ребенка, поддержка тепловой цепочки, проведение первичного туалета новорожденного, общее пребывание матери и ребенка с первых часов после рождения, более широкое использование метода «кенгуру» при выхаживании детей с низкой массой.

Последовательность действий при начавшихся преждевременных родах

1. Во время госпитализации роженицы в акушерский стационар врач акушер-гинеколог осуществляет измерение высоты стояния дна матки, окружности живота и размеров таза. Определяется срок беременности и дату родов;
2. определяется характер родовой деятельности, раскрытие шейки матки и период родов, нахождение головки плода относительно плоскостей малого таза;
3. до 34 недель беременности при открытии шейки матки менее чем 3 см, отсутствии амнионита, преэклампсии, кровотечения, отсутствии дистресса плода **проводится токолиз** (токолиз не проводить более чем 24 - 48 часов).
4. Если преждевременные роды прогрессируют – токолиз отменяется. Дальше роды ведутся по партограмме.

Наблюдение за состоянием роженицы в I периоде родов ПР

- 1) **Оценивается состояние плода:** аускультация (КТГ мониторинг) должна проводиться каждые 30 минут в течение латентной фазы и каждые 15 минут в течение активной фазы первого периода родов. В норме ЧСС плода составляет 110-170 ударов за минуту.
- 2) **Оценивается общее состояние матери.**
- 3) **Определяется эффективность родовой деятельности.**
- 4) **Для обезболивания родов используются региональная эпидуральная анестезия.**

Наркотические анальгетики для обезболивания родов не используются [А].

Ведение ПР во II периоде родов

- ❖ В II периоде родов обеспечивается право женщины **выбрать удобное положение**, как для нее, так и для медицинского персонала.
- ❖ Ведется наблюдение за общим состоянием роженицы, гемодинамическими показателями, состоянием плода - контроль сердечной деятельности плода каждые 5 минут, продвижением головки плода по родовому каналу.
- ❖ Следует предоставлять преимущество технике "**не управляемых физиологических потуг**", когда женщина делает несколько коротких спонтанных мощных усилий без задержки дыхания.
- **Обязательно присутствие врача неонатолога и наличие подготовленного оборудования для оказания медицинской помощи недоношенному новорожденному.**

Оценка состояния недоношенного новорожденного и обеспечения надлежащего ухода

- Поддержка тепловой цепочки, проведения первичного туалета новорожденного.
- Совместное пребывание матери и ребенка с первых часов после рождения, более широкое использование метода "кенгуру" у детей с малой массой.
- **Обеспечение необходимого лечения новорожденного по показаниям: своевременная и адекватная первичная реанимация**
- Быстрая транспортировка в отделение реанимации новорожденных с соблюдением принципов тепловой цепочки.
- Респираторная поддержка и использование сурфактанта, рациональное использование антибиотиков.

Переношенной беременностью

считается беременность, которая продолжается **более 42 полных недель** (294 суток или больше) от первого дня последнего нормального менструального цикла.

- Частота перенашивания беременности колеблется от 4 до 14%.
- Роды, произошедшие после 42 полных недель беременности (на 294 сутки или позже) называются ***запоздалыми родами***.

Этиологические моменты перенашивания беременности

- ❖ Нарушение менструальной функции, позднее начало менструации.
- ❖ Запоздалые роды в анамнезе.
- ❖ Возраст первородящей (перенашивание чаще всего встречается у возрастных первородящих).
- ❖ Наличие экстрагенитальной патологии (ожирение, артериальная гипотония, сердечная недостаточность, заболевания печени).
- ❖ При переносимой беременности возникает диспропорция баланса эстрогенов, причем чем она больше выражена, тем дольше перенашивается беременность, повышается уровень прогестерона и ХГТ.

При перенашивании беременности наблюдается

- ❖ Отсутствие роста массы тела беременной или уменьшение более чем на 1 кг;
- ❖ уменьшение окружности живота на 5-10 см, что связано с уменьшением количества околоплодных вод;
- ❖ маловодие;
- ❖ наличие мекония в околоплодных водах при разрыве плодных оболочек;
- ❖ выделение молока, а не молозива из молочных желез;
- ❖ дистресс плода;
- ❖ незрелость или недостаточная зрелость шейки матки.

Осложнения во время беременности и родов при перенашивании беременности

- Плацентарная недостаточность
- ЗРП, дистресс плода
- Преждевременное отхождение околоплодных вод
- Слабость родовой деятельности
- Большие размеры плода (макросомия)
- Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде
- Асфиксия новорожденного

Тактика ведения при перенашивании беременности

- Госпитализацию беременных, которые перенашивают, желательно проводить в стационары III уровня оказания акушерско-гинекологической и неонатологической помощи.
- Для предупреждения перенашивания беременности целесообразна госпитализация в сроке 41 нед, что позволяет своевременно определить объем необходимых мероприятий по подготовке родовых путей к родам.
- При удовлетворительном состоянии плода и отсутствии признаков переношенной беременности рекомендуемая выжидательная тактика.
- При наличии первых признаков переношенной беременности показана подготовка родовых путей с последующей индукцией родовой деятельности.

Ведение переносимой беременности и запоздалых родов

- **Оценка состояния плода:** КТГ, определение БФПП, доплерометрическая оценка маточно-плодового кровотока.
- **При незрелой шейке матки** в сроке 41 нед. проводят подготовку шейки матки **простагландинами E1 и E2.**
- **Запрещено использовать эстрогены и простагландин F2a с целью подготовки родовых путей к родоразрешению.**
- **При зрелой шейке матки** в сроке 42 нед проводят **индукцию родов.**
- **При незрелой шейке матки** в сроке 42-43 нед. следует провести родоразрешение путем **кесарева сечения.**

Индукция родов (родовозбуждение)

- Индукция родов проводится только при наличии информированного согласия женщины.
- **Методом выбора индукции родов при зрелой шейке матки является амниотомия с последующим капельным введением раствора окситоцина.**
- **Рекомендации к проведению индукции родов:**
 - начинать следует с 6 до 8 часов утра;
 - проводится амниотомия;
 - оценка качества и количества околоплодных вод;
 - ведение партограммы с момента проведения амниотомии;
 - выжидательная тактика около 2-3 часов, свободное поведение пациентки, психопрофилактика;
 - при отсутствии родовой деятельности после 2-3 часов безводного периода - окситоцин в/венно капельно по схеме.

Применение окситоцина связано с возможным дистрессом плода и повышением базального тонуса матки.

Индукция родов

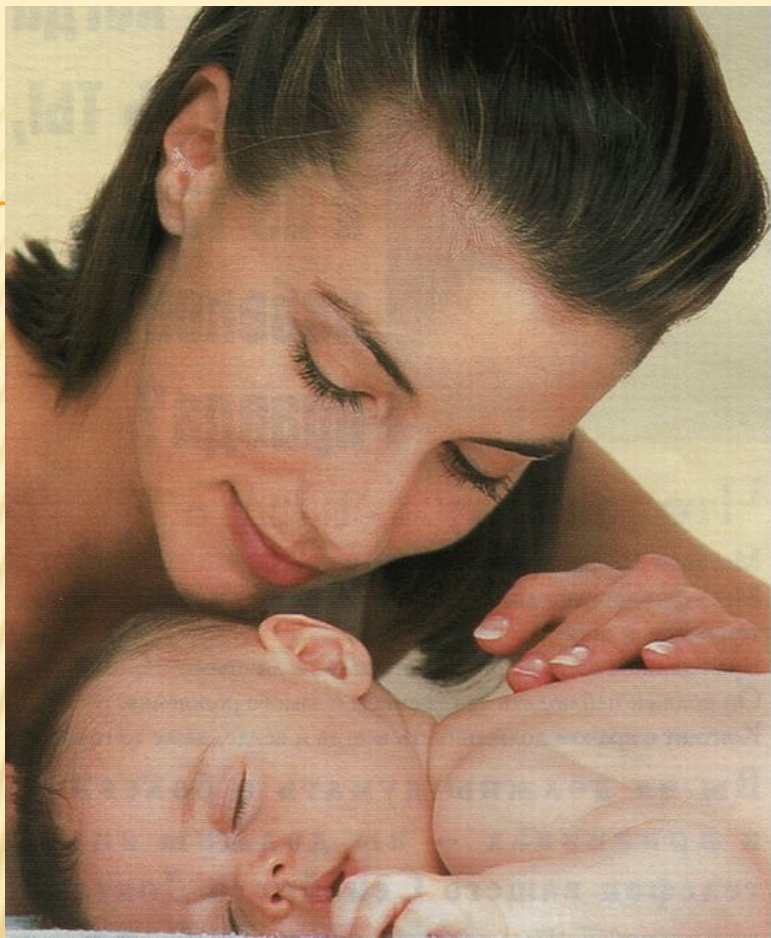
- Наблюдение за роженицей, которой проводится индукция, должно быть непрерывным.
- Динамическое наблюдение за течением родов, состоянием матери и плода осуществляется с ведением партограммы и мониторным контролем (КТГ).
- Обезболивание родов осуществляется по показаниям и информированного согласия женщины.
- При отсутствии эффекта от родостимуляции в течение 6 часов или появления признаков дистресса плода – следует пересмотреть план ведения и **завершить роды операцией кесарева сечения.**

Характерные изменения последа при перенашивании

- Участки петрификатов и жирового перерождения плаценты;
- увеличение массы плаценты;
- уменьшение толщины плаценты;
- склеротические и дистрофические изменения;
- очаги некроза;
- тонкая пуповина.

Признаки переносенного новорожденного

- ❖ Повышенная плотность костей черепа, сужение швов и родничков.
- ❖ Резкое уменьшение или отсутствие первородной смазки.
- ❖ Слабое развитие подкожной жировой клетчатки
- ❖ Снижение тургора кожи, сухая, сморщенная кожа, при сильном перенашивании - мацерация кожи
- ❖ Окраска меконием кожи, оболочек и пуповины
- ❖ Увеличение длины ногтей, плотные хрящи ушных раковин.



**Спасибо за
внимание**

Симферополь 2018