



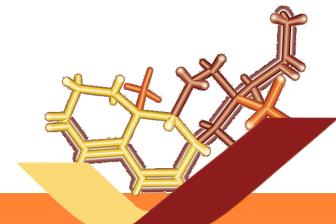
Проблема невынашивания беременности. Преждевременные роды.





Невынашивание беременности

- В настоящее время практически **у каждой пятой женщины** беременность прерывается самопроизвольным выкидышем или преждевременными родами.
- На долю недоношенных детей приходится **60-70%** ранней неонатальной смертности и до **75%** младенческой смертности.
- **Невынашиванием** принято считать **более 2-х потерь** беременности подряд, в сроках от зачатия до 37 недель беременности.





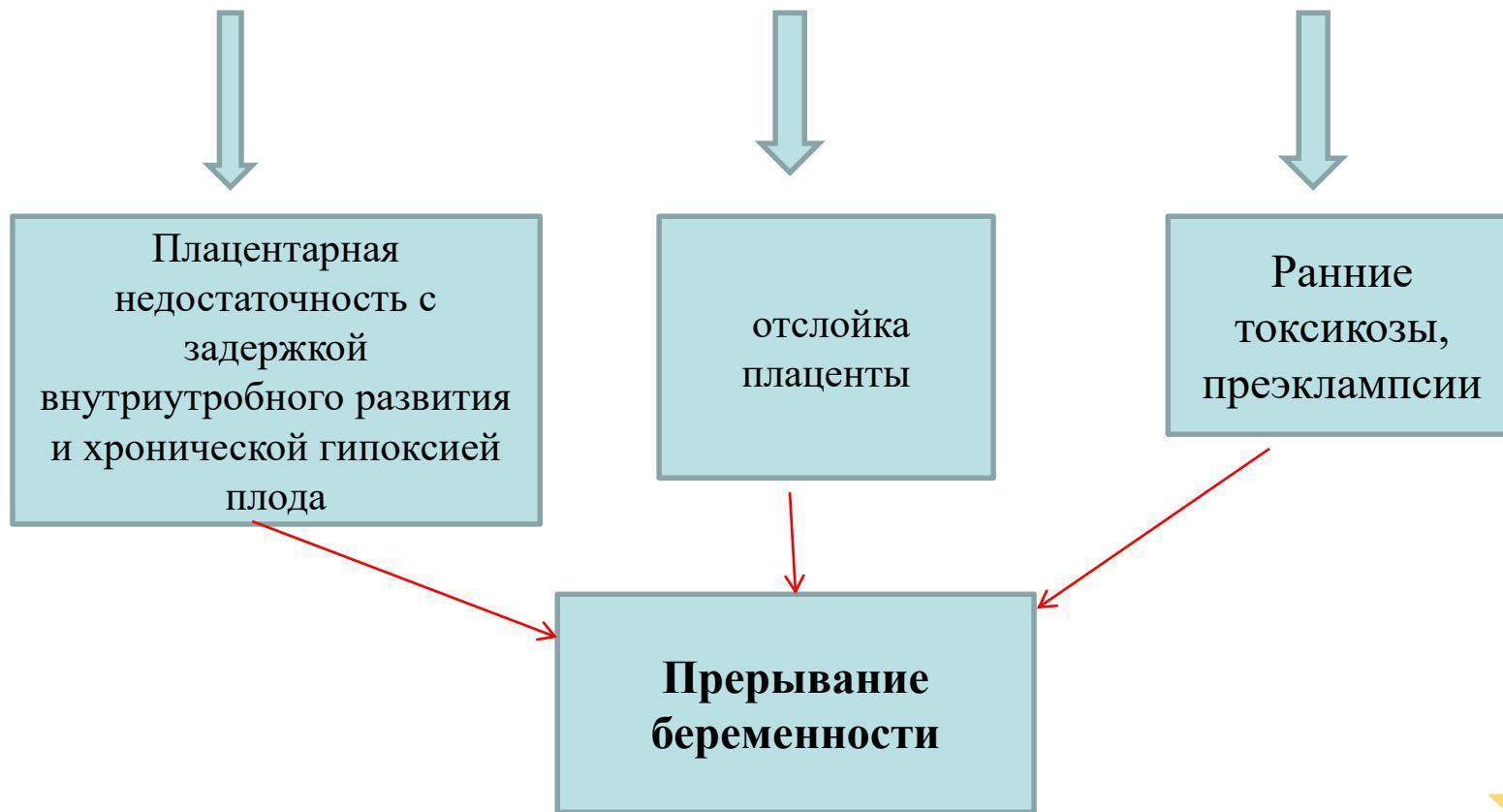
Этиология

- Иммунологические факторы (50%)
- Эндокринные факторы (17%)
- Анатомические причины (12%)
- Генетические факторы родителей(5%)
- Инфекционные факторы (5%)
- Другие факторы (10%) (экзо- и эндогенные)





- Факторы не препятствуют зачатию, но нарушают процессы инвазии трофобласта и плацентации

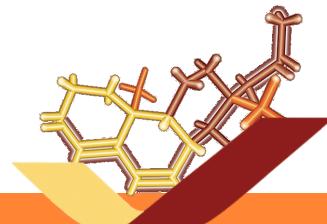




Обследование вне беременности



- Оценка анамнестических данных.
- УЗИ органов малого таза
- Гистероскопия для подтверждения/выявления аномалий развития матки.
- Гормональное обследование.
- Бактериологическое, вирусологическое исследование.
- Оценка свертывающей системы крови.
- Определение аутоантител.
- HLA типирование.
- медико - генетическое консультирование
- анализ спермограммы мужа.





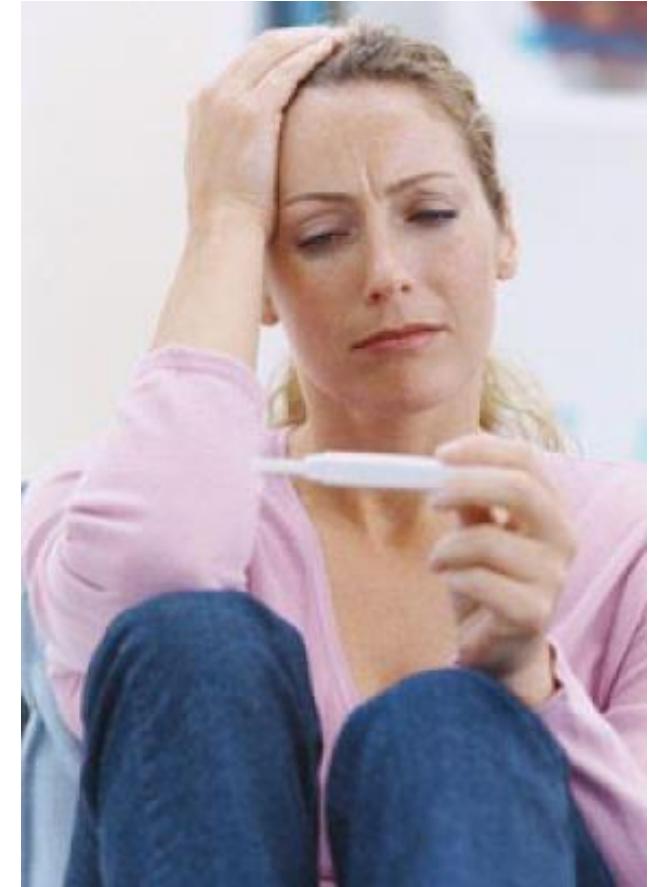
Анатомические причины

- *Врожденные*

- внутриматочная перегородка
- Аномалии маточных артерий
- Аномалии шейки матки
- Аномалия матки

- *Приобретенные*

- Патология шейки матки
- Синехии
- миома матки
- Эндометриоз,adenомиоз





Ведение беременности после восстановления анатомии

- терапия гестагенами (дидрогестерон, микронизированный прогестерон) до 16-18-36 недель гестации,
- Метаболическая терапия для нормализации обменных процессов и улучшение микроциркуляции в сосудах трофобласта



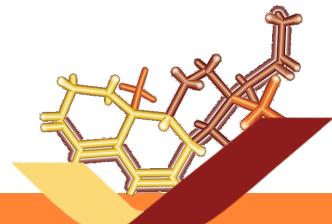


Эндокринные факторы

- Недостаточность лютеиновой фазы цикла
- Синдром поликистозных яичников
- Заболевания щитовидной железы
- Сахарный диабет
- Гиперандrogenные состояния

Коррекция

- Специфическая гормонотерапия
- Метаболическая терапия
- При наступлении беременности профилактика ФПН



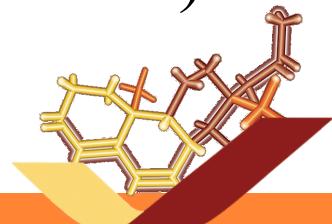


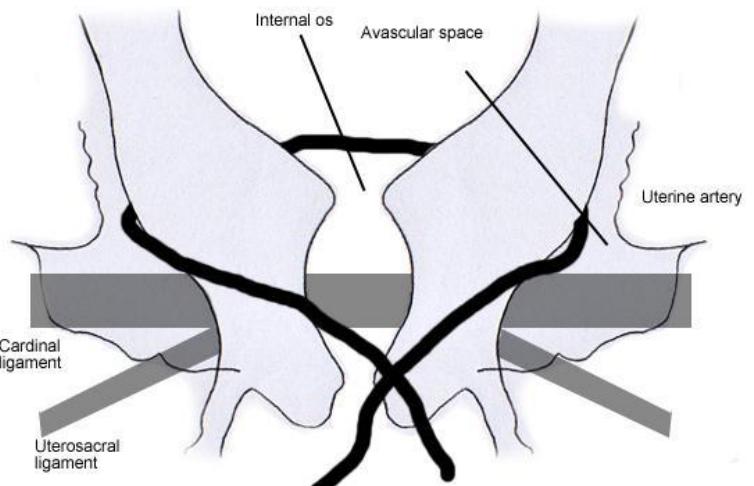
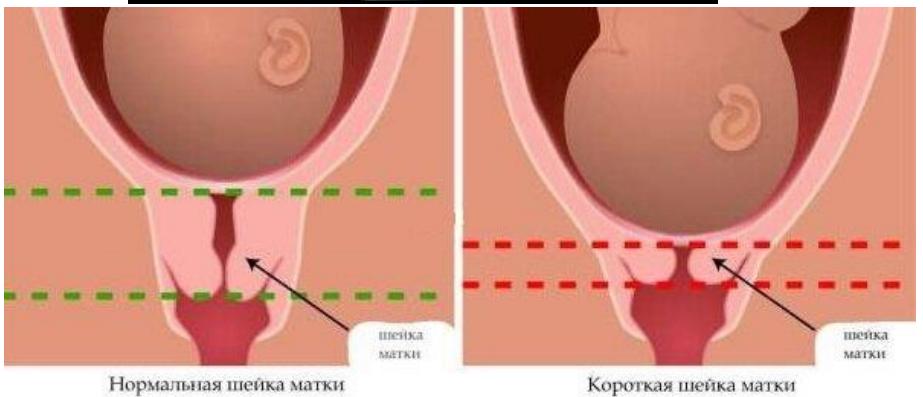
Истмико-цервикальная недостаточность

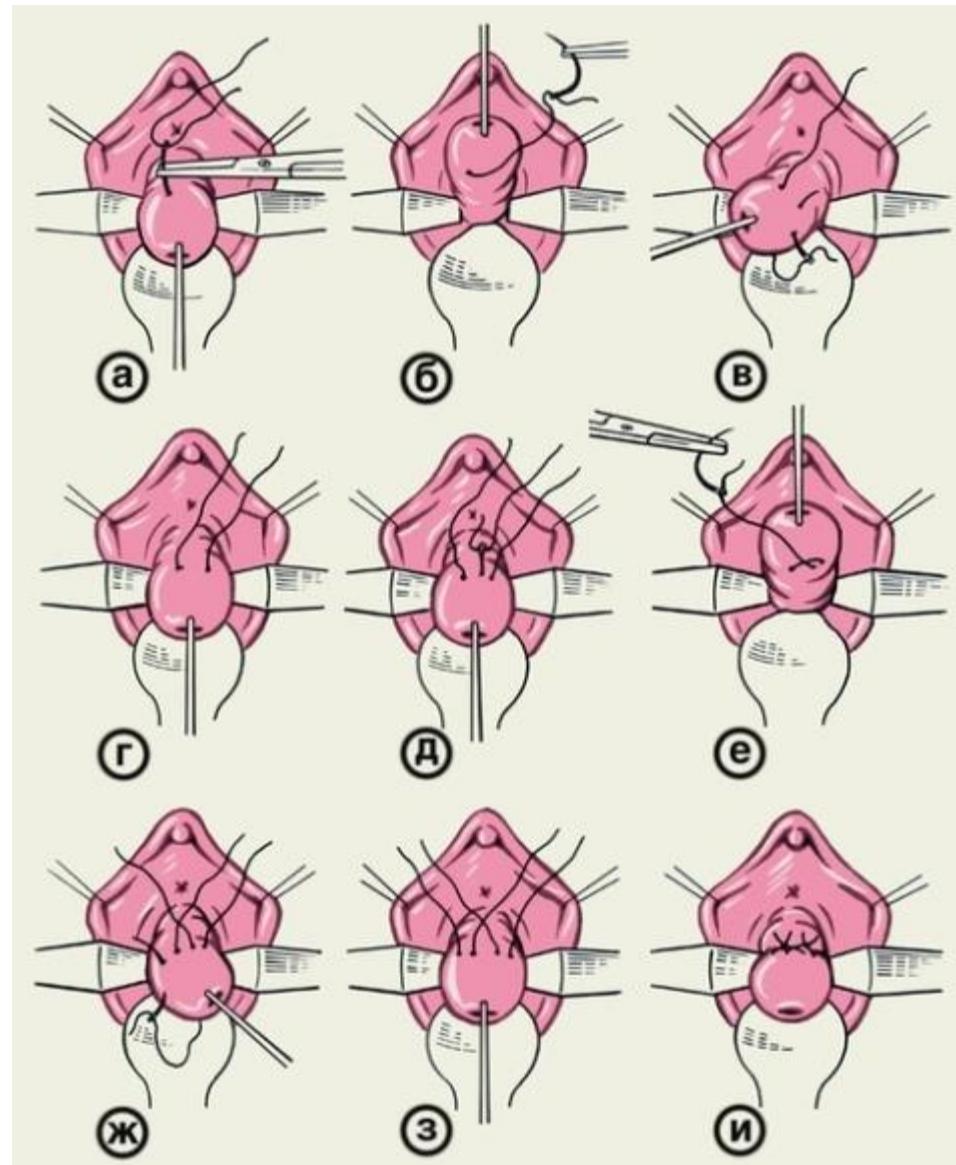
- **ИЦН** выявляется по эхографическим данным: длина шейки матки $< 2,5$, форма V и U-образная, расширение внутреннего зева > 5 мм.
- **Коррекция** : консервативная (шеечное кольцо, акушерский пессарий)



хирургическая (наложение швов на шейку матки)









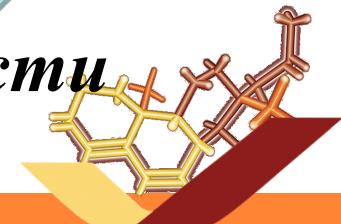
Инфекционные факторы

- Бактериальные
- Вирусные
- Паразитарные
- Зоонозы
- Грибковые



Хронический эндометрит или
перsistенция инфекции в эндометрии

потеря беременности





Прегравидарная подготовка и ведение беременности

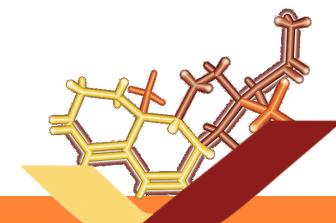
- Санация после верификации возбудителя (а/б или противовирусная терапия)
- Коррекция вторичных гормональных нарушений
- Планирование беременности





Иммунологические и генетические факторы

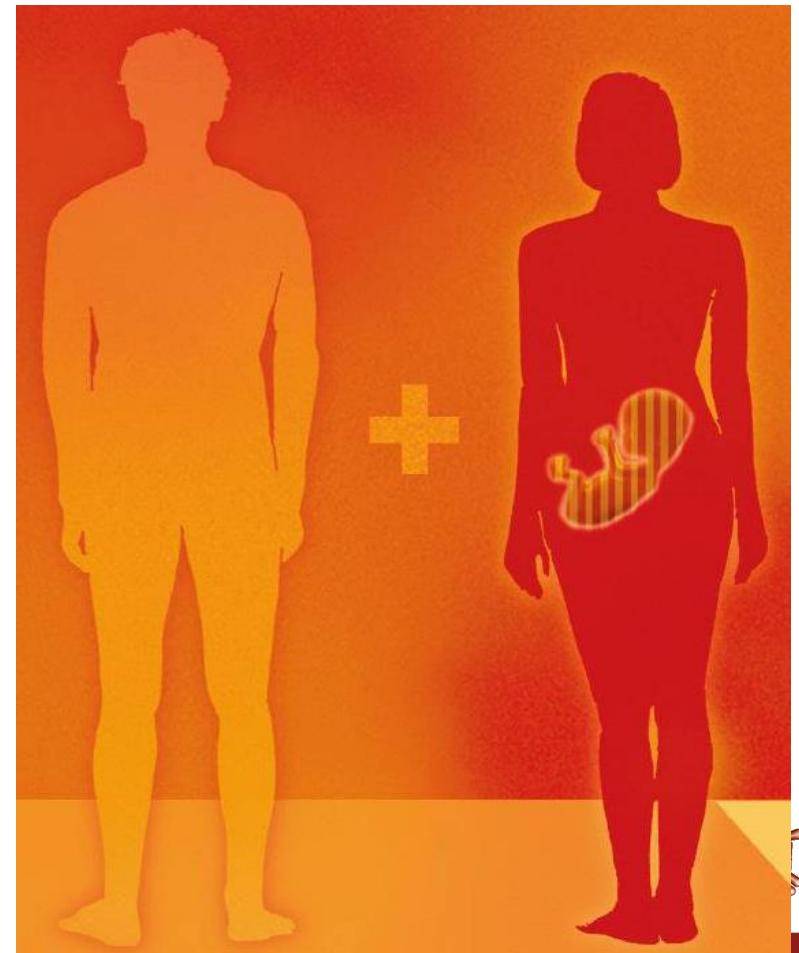
- Хромосомные нарушения
- Гуморальные механизмы
- Антифосфолипидные антитела
- Антиспермальные антитела
- Антитрофобластические антитела
- Дефицит блокирующих антител





Иммунологические нарушения (до 80%)

- **аллоиммунные** - иммунный ответ женщины направлен против антигенов ребенка, полученных от отца
- **аутоиммунные** - предметом агрессии иммунной системы становятся собственные ткани материнского организма.





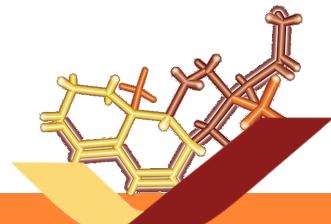
Антифосфолипидный синдром

- Частота встречаемости АФС **27-42%**, без проведения лечения гибель эмбриона / плода наблюдается в **90-95%**.
- При **первичном АФС** выявляются только специфические изменения в крови.
- При **вторичном АФС** осложнения беременности наблюдаются у больных с аутоиммунными заболеваниями (системная красная волчанка, аутоиммунный тиреоидит, ревматизм и др.)



образование тромбов при формировании сосудов

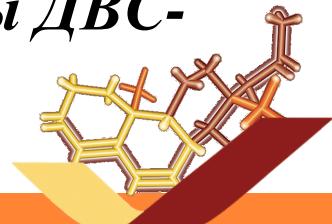
плаценты → потеря беременности





Диагностика АФС

- обследование на генитальные инфекции (ИФА, ПЦР),
- исследование гемостаза — показателей свертывающей системы крови (гемостазиограммы),
- исключают наличие волчаночного антикоагулянта (ВА), АФА,
- оценивают систему иммунитета.
- *Во всех случаях предвестником гибели плодного яйца является развитие хронической формы ДВС-синдрома.*





Ведение беременных, страдающих АФС

- контроль за течением аутоиммунного процесса, состоянием системы свертывания крови.
- Противовирусная, антибактериальная терапия до беременности и с 14 -16 недели
- Стероидная терапия на протяжении всей беременности и 10-15 дней послеродового периода с последующей постепенной отменой.
- антиагреганты.
- низкомолекулярные гепарины.
- *прерывистый плазмаферез.*





Преждевременные роды

По определению ВОЗ

преждевременные роды

считываются с 22-х недель 6 дней и
до 36 недель 6 дней

включительно с массой плода
500 гр и более.





Этиология



ПР относятся к **большим акушерским синдромам**, которые характеризуются длительным субклиническим течением и вовлечением в патологический процесс плода.

- Весомый вклад в общее число ПР вносят индуцированные ПР, вызванные акушерской, плодовой и экстрагенитальной патологией.
- Научно доказана связь ПР с инфекцией нижних половых путей. Каждая из десяти пациенток с ПР имеет признаки внутриамниотического воспаления, которое в большинстве случаев протекает субклинически. У данных пациенток имеется высокий риск преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) и гнойно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде. Инфекционно-воспалительный процесс приводит к повышению сократительной активности миометрия и деградации внеклеточного матрикса с ремоделированием шейки матки и амниотической мембранны. Длительно персистирующая инфекция приводит к развитию манифестного хориоамнионита и синдрома системной воспалительной реакции (СВРП) плода.
- Ведущим диагностическим критерием синдрома СВРП является наличие ИЛ-6 в плазме пуповинной крови в концентрации более 11 пг/мл.





Преждевременные роды

Классификация по сроку гестации

- очень ранние преждевременные роды (22-27 недель) с экстремально низкой массой новорожденного: от 500 до 1000гр. **(5-7%)**
- ранние преждевременные роды (28-30 недели) с массой новорожденного от 1000 до 1800гр. **(15-20%)**
- преждевременные роды (31-33 недель) с массой новорожденного 1800-2000 гр. **(20-25%)**
- поздние преждевременные роды (34-36 недель), с массой новорожденного 2000-2500 гр. **(70%)**

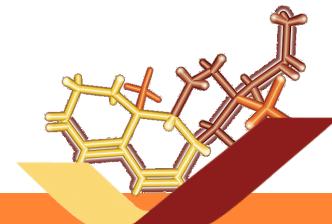




Классификация преждевременных родов по МКБ-10

Класс XV: беременность, роды и послеродовой период. Блок 030 -048 : медицинская помощь матери в связи с состоянием плода, амниотической полости и возможными трудностями родоразрешения.
Блок 060 -075 осложнения родов и родоразрешения

- Преждевременные роды 060
- Преждевременный разрыв плодных оболочек- 042
- Преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов в последующие 24 часа -042.0
- Преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов после 24-часового безводного периода - 042.1
- Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией - 042.2
- Преждевременный разрыв плодных оболочек неуточненный - 042.9





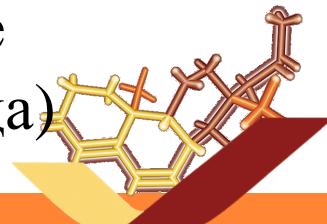
Классификация в зависимости от клинического фенотипа (спонтанные и индуцированные роды):

Спонтанные (70-80%):

- Регулярная родовая деятельность при целом плодном пузыре (40-50%)
- Излитие околоплодных вод при отсутствии регулярной родовой деятельности (25-40%)

Индуцированные (20-30 %)

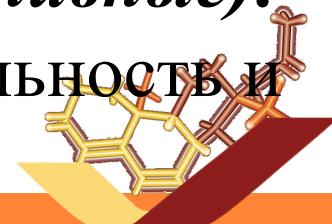
- Показания со стороны матери (Тяжелые ЭГЗ с декомпенсацией, угрожающие жизни, тяжелая преэклампсия/эклампсия, HELLP-синдром, внутрипеченочный холестаз беременных и ДР-)
- Показания со стороны плода (Прогрессирующее ухудшение состояния, антенатальная гибель плода)





По клиническому течению

- **угрожающие преждевременные роды:** жалобы на боли внизу живота, ощущение давления, распирания; при этом регулярная родовая деятельность отсутствует, а возбудимость и тонус матки повышенны.
- **начинающиеся преждевременные роды:** Характеризуются развитием регулярной родовой деятельности и раскрытием маточного зева до 3х - 4х см.
- **начавшиеся преждевременные роды (активные):** Регистрируется регулярная родовая деятельность и раскрытие маточного зева более 4 см.





Факторы риска



- ✓ индуцированные ПР в анамнезе у пациентки
- ✓ аборты в анамнезе у пациентки
- ✓ ПР у матери пациентки
- ✓ поздний репродуктивный возраст пациентки
- ✓ патология шейки матки у пациентки
- ✓ аномалии развития матки у пациентки
- ✓ синдром внезапной детской смерти ранее рожденных детей у пациентки
- ✓ данная беременность, наступившая при помощи вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)
- ✓ многоплодие в данной беременности
- ✓ кровотечения на ранних сроках данной беременности
- ✓ мочеполовые инфекции

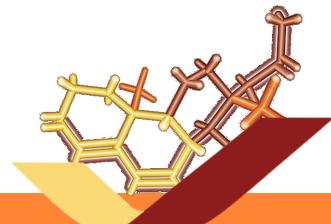




Клиническая картина

Следующие признаки могут наблюдаться в течение нескольких часов до возникновения классических симптомов родов:

- ✓ менструальноподобные спастические боли;
- ✓ неболезненные и нерегулярные сокращения матки;
- ✓ боли в пояснице;
- ✓ ощущение давления во влагалище или малом тазу;
- ✓ выделения слизи из влагалища, которые могут быть прозрачными, розовыми или слегка кровянистыми («слизистая пробка»).



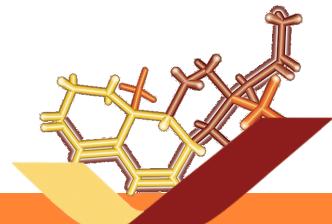


Клиническая картина

- Клинические симптомы, которые определяют *истинное начало родовой деятельности* (то есть начавшиеся ПР), являются *одинаковыми вне зависимости от срока гестации*:

✓ структурные изменения шейки матки

✓ начало регулярной родовой деятельности





Диагностика

- Осмотр
- Влагалищное исследование: - оценка шейки матки по Bishop
 - оценка состояния шейки матки методом УЗИ по бальной системе.
- Бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого цервикального канала и заднего свода влагалища
- Исследование системы гемостаза (показатели агрегации тромбоцитов и маркеры хронического ДВС синдрома).
- УЗИ плода, КТГ плода (схватки Брэкстона-Гикса).
- Амниотест или симптом «папоротника» при подозрении на подтекание околоплодных вод.





При угрожающих преждевременных родах и при преждевременном излитии околоплодных вод рекомендовано определение **антигена стрептококка группы В** (*S. agalactiae*) в отделяемом цервикального канала или микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (оптимально - в вагино-ректальном посеве) для своевременной диагностики и профилактики септических осложнений





Маркеры преждевременных родов

- Для уточнения диагноза преждевременных родов в сроке беременности 24-34 недели рекомендовано определение ***fosфорилированной формы протеин-1 связанного инсулиноподобного фактора роста*** (ПСИФР-1) или ***плацентарного альфа-микроглобулина-1*** (ПАМГ-1) в цервикальной слизи





Маркеры преждевременных родов

ПСИФР-1 продуцируется плацентарными децидуальными клетками и определяется в цервикальной слизи в результате повреждения хориодецидуальной зоны





Маркер преждевременных родов

выявление **фибронектина** в шеечно-влагалищном секрете в сроке беременности до 35 недель - повышенный риск преждевременных родов в течение 2 недель.

фибронектин плода отсутствует в шеечно-влагалищном секрете с 24 недель беременности почти до родов,

имеет высокую прогностическую ценность отрицательного результата - *при отсутствии фибронектина во влагалищном секрете вероятность ПР в течение недели, составляет около 1 %.*





Тактика ведения преждевременных родов.

При отсутствии тяжелой экстрагенитальной патологии, генерализации инфекции - пролонгирование беременности до моррофункциональной зрелости плода (**до 34х недель**).

- Подавление сократительной деятельности матки – токолиз (нифедипин, атосибан, гинипрал, доноры оксида азота (нитроглицерин), магнезия –нейропroteкция плода).
- Профилактика РДС - с 26-34 недель (дексаметазон, бетаметазон).
- При преждевременном излитии околоплодных вод и недоношенной беременности в отсутствии инфекции целесообразна выжидательная тактика с применением токолитической терапии **до 34 недель**.
- При проявлении клинических симптомов инфекции или изменения ОАК, необходимо решить вопрос о родоразрешении.





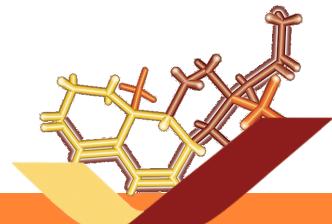
Токолитическая терапия

Первая линия:

- ❖ *Нифедипин 20 мг per os, через 30 минут 20 мг повторно, затем по 20 мг каждые 3-8 часов в течение 48 часов, максимальная доза 160 мг/сутки.*

Нифедипин не зарегистрирован в качестве токолитического средства и используется off-label, поэтому перед его применением необходимо заключение врачебной комиссии и письменное информированное согласие пациентки на его использование.

- ❖ *Атозибан вводится внутривенно в 3 последовательных этапа согласно инструкции. Общая продолжительность курса лечения не должна превышать 48 часов, максимальная доза - не более 330 мг.*





Токолитическая терапия

Вторая линия:

- ❖ *Гексопреналин* - острый токолиз следует начинать с болясного введения 10 мкг (1 ампула по 2 мл) препарата, разведенного в 10 мл изотонического раствора, в течение 5-10 минут с последующей инфузией со скоростью 0,3 мкг/мин, при длительном токолизе рекомендуемая доза - 0,075 мкг/мин; максимальная суточная доза 430 мкг
- ❖ *Индометацин* применяется начиная с 50-100 мг ректально или внутрь, затем по 25 мг каждые 6 часов (не более 48 часов).

Индометацин не применяют после 32 недель в связи с неблагоприятными эффектами на плод





Противопоказания для токолитической терапии

- ✓ внутриутробная гибель плода
- ✓ ВПР, несовместимые с жизнью
- ✓ тяжелая преэклампсия и эклампсия
- ✓ кровотечение у матери с нестабильной гемодинамикой
- ✓ хориоамнионит
- ✓ несостоятельность рубца на матке
- ✓ раскрытие маточного зева более 4 см

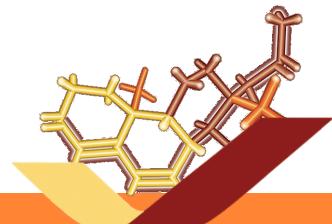
Токолитическая терапия в сроках менее 24 недель должна быть рассмотрена индивидуально, с разъяснением семье о неблагоприятном прогнозе для новорожденного при родах в этом сроке





Тактика ведения преждевременных родов

- При преждевременном излитии вод, начавшихся или запланированных (индуцированных) преждевременных родах в течении 24 часов рекомендовано внутривенное введение **магния сульфата** в 24 - 34 недель беременности с целью нейропroteкции плода
- **Схема применения:** нагрузочная доза 4 г в течение 20-30 минут, затем 1 г/час в течение 24 часов внутривенно

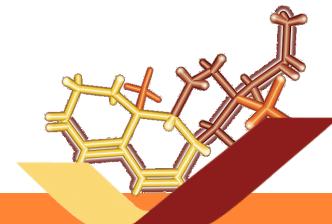




Антибактериальная терапия

При преждевременном излиянии вод рекомендована **антибактериальная терапия** с целью снижения неонатальной заболеваемости

- Назначается сразу после преждевременного излияния вод и до рождения ребенка
- **Эритромицин** или **ампициллин** по 0,5 гр через 6 часов до 10суток
- **Пенициллин** по 1,5 г в/м каждые 4 часа (при выявлении в посевах бета- гемолитического стрептококка)





Профилактика РДС плода

- Для профилактики **РДС плода** в сроке 24-34 недели рекомендованы

бетаметазон внутримышечно в дозе 12 мг 2 раза с интервалом 24 часа или

дексаметазон внутримышечно в дозе 6 мг 4 раза с интервалом 12 часов или в дозе 8 мг 3 раза с интервалом 8 часов (суммарная доза 24 мг)

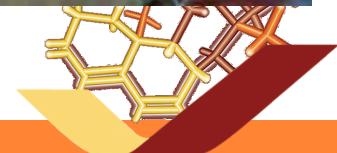
- *Максимальный эффект от применения ГКС отмечается на 2–7 сутки от начала профилактики*
- *Однократный повторный курс может быть рекомендован при сохраняющихся клинических симптомах при условии, что предыдущий курс проводился более 14 дней назад, особенно в сроках <28 недель беременности*





Ведение преждевременных родов в сроке до 34 недель.

- В сроке 29-34 недели предпочтительным является оперативное родоразрешение – **кесарево сечение по методике извлечения головки плода в целом плодном пузыре** для меньшей травматизации.
- До 28-29 недель вопрос о кесаревом сечении решается индивидуально с согласия будущих родителей.





Ведение преждевременных родов в сроке 34-36 недель.

- кесарево сечение **предпочтительнее** при тазовом предлежании, многоплодии, аномалии родовой деятельности, начале родовой деятельности, преждевременном излитии околоплодных вод и незрелой шейке матки.
- для ведения преждевременных родов **через естественные родовые пути** используется **интранатальный токолиз**: атосибан, гинипрал - для снижения частоты схваток до 3-х за 10 минут,
- ведение родов не менее 8 часов на фоне **длительной перидуральной анестезии (ДПА)** с продолжением перидуральной анестезии и во втором периоде,
- **эпизиотомия** (без защиты промежности).



Ведение преждевременных родов



- Ребенка принимают на уровне промежности, не опуская и не поднимая выше или ниже уровня матки (не создавая гипер- или гиповолемии).
- Рассечение пуповины проводят в течение первой минуты.
- Профилактика послеродового кровотечения проводится внутривенным назначением утеротоников (5 ЕД окситоцина на 500 мл физиологического раствора в/в капельно или болюсно инфузоматом после рождения плода).





Перенашивание беременности

- *Пролонгированная беременность* - беременность, которая продолжается более чем 280 дней без признаков фето-плацентарной недостаточности.
- *Переношенной* считается беременность более 294 дней с признаками переношенности ребенка





Осложнения переношенной беременности

➤ *Аномалии родовой деятельности*

- *Клинически узкий таз*
- *Материнский и плодовый травматизм*
- *Акушерское кровотечение*
- *Высокие перинатальная и материнская заболеваемость и смертность*

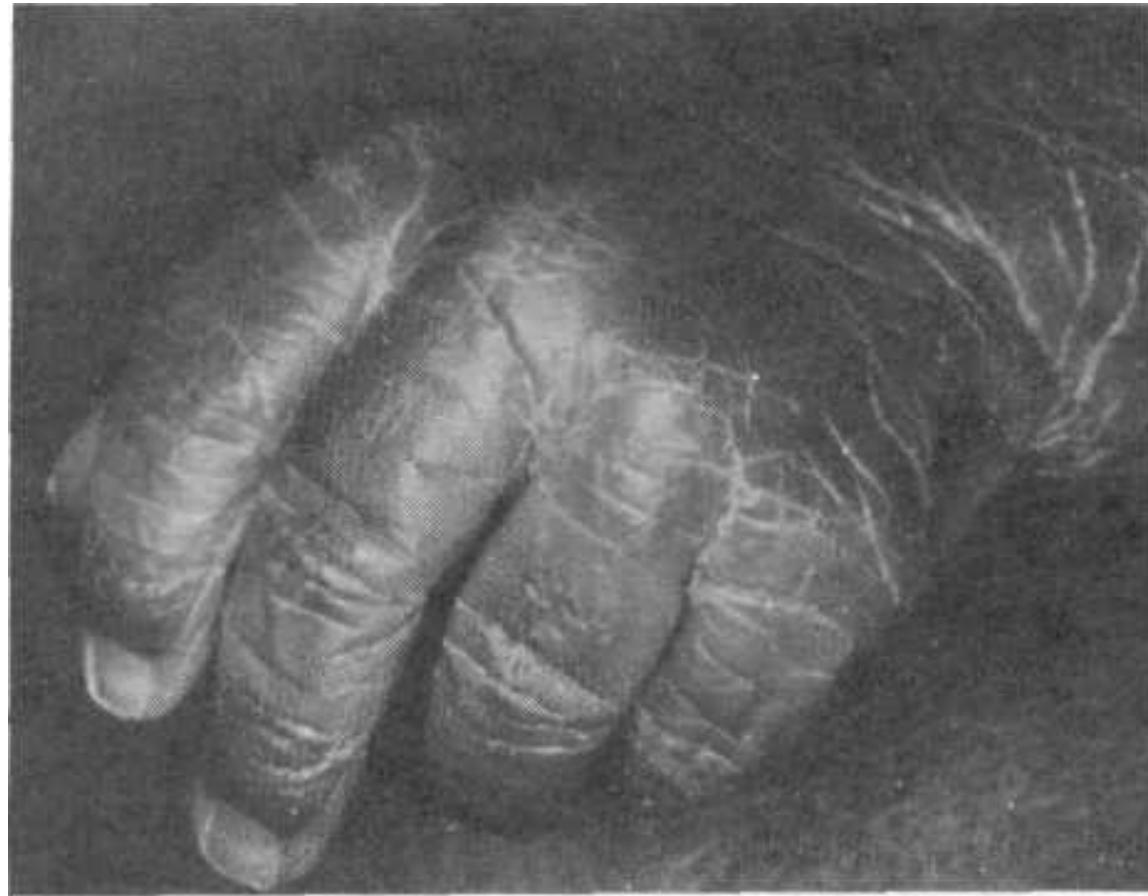




Признаки переношенности плода

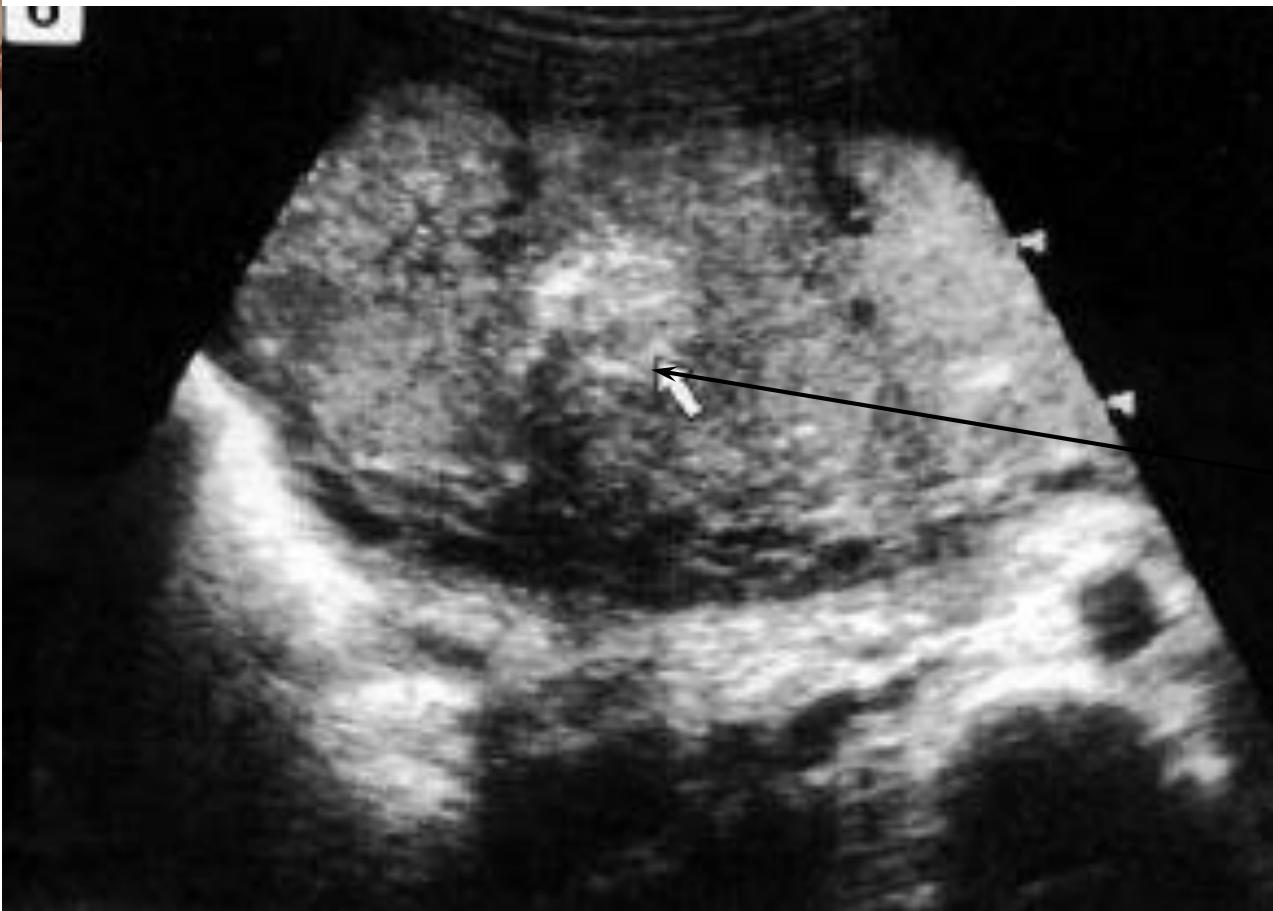
- Отсутствие первородной смазки (*vernix caseosa*)
- Снижение тургора кожи
- Мышечная гипотония
- Сухая и пергаментная кожа, иногда окрашенная меконием в зеленоватый цвет
- Десквамация кожи
- Желто-зеленая окраска кожи
- Уменьшение размеров швов и родничков
- Наличие петрификатов в плаценте (жировое перерождение плаценты)





Ручка переношенного новорожденного афроамериканского происхождения. Обращает на себя внимание сухость, вялость кожи и наличие трещин.





Петрификаты
плаценты

УЗИ плаценты



Этиология



Патология формирования репродуктивной системы:

- Высокий инфекционный индекс в детстве
- Вирусная инфекция в анамнезе
- Общий и генитальный инфантилизм



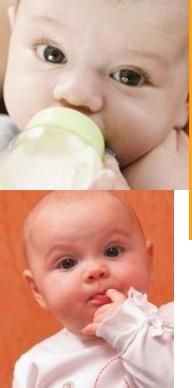


Этиология

Заболевания в репродуктивном возрасте:

- *АбORTы*
- *Воспалительные заболевания внутренних половых органов*
- *Нарушение менструальной функции эндокринного генеза*
- *Патология мышечного аппарата матки (дефицит рецепторов)*
- *Общие эндокринные заболевания*
- *Стресс*

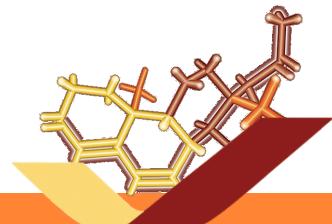




Этиология

Патология настоящей беременности:

- Угроза преждевременных родов
- Преэклампсия
- Назначение больших доз эстрогенов или других лекарств
- Наследственные факторы





Диагностика

Уточнение гестационного срока по нескольким параметрам

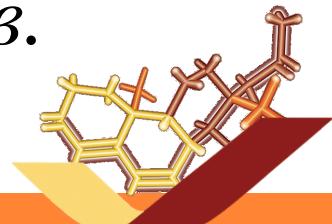
- ✓ *По дате начала последней менструации*
- ✓ *По результатам фетометрии (УЗИ)*
- ✓ *По первой явке в женскую консультацию*
- ✓ *По предполагаемой дате зачатия
(индуцированная овуляция)*

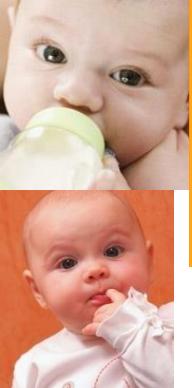




Диагностика

2. *Появление молока вместо молозива в молочных железах*
3. *Симптомы готовности организма к родам (зрелость шейки матки, красный дермографизм)*
4. *Маловодие, уменьшение размеров матки*
5. *Уменьшение частоты и амплитуды шевелений плода, уплотнение костей головки, сужение швов и родничков.*
6. *Зрелая плацента по данным УЗИ*





Дополнительные методы диагностики

Кардиотокография





Дополнительные методы диагностики

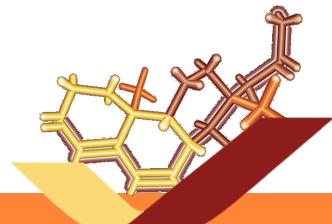
Ультразвуковое исследование



УЗИ



- ✓ Точки окостенения
- ✓ Плотность костей головки
- ✓ Наличие петрификатов в плаценте
- ✓ Предполагаемую массу плода

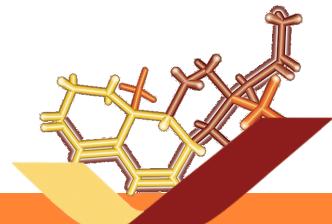




Дополнительные методы диагностики

Амниоскопии

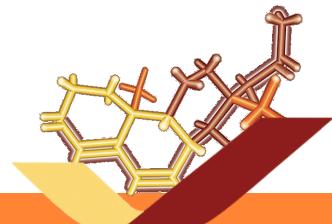
- ✓ *Наличие мекония в околоплодных водах*
- ✓ *Желто-зеленую окраску вод*





Ведение родов

- *Кардиотокомониторинг*
- *Тщательное обезболивание*
- *Оценка функционального состояния таза в конце 1-го периода родов (соответствие головки плода тазу матери)*
- *Расширение показаний к операции кесарева сечения*





Профилактика перенашивания

- *Выделение группы риска для проведения специальной программы подготовки к родам*
- *Психологическая и физическая подготовка*
- *Подготовка шейки матки к родам*
- *Профилактика и лечение ФПН*





Благодарю за внимание!

