

# ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

**Чеченский государственный  
университет**

Медицинский институт

Кафедра «Акушерство и гинекология»



- Беременность, продолжающаяся дольше физиологической (290—294 дня) на 10—14 дней и заканчивающаяся рождением ребенка с признаками перезрелости, называется **переношенной**

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ

---

- «переношенность» — понятие календарное,
- а «перезрелость» — понятие, применяемое для оценки
- физического статуса плода и новорождённого.

- Частота переносимой беременности колеблется
- от 2 до 14 %
- (в среднем составляет 8 %).



---

# Различают

- Истинное (биологическое)
- Мнимое (хронологическое) или пролонгированная беременность

# Хронологическое (продолжительная беременность) перенашивание—

---

- физиологически удлиненная или
- продолжительная беременность, продолжающаяся более 294 дней и заканчивающаяся
- рождением доношенного, функционально зрелого ребенка

# *Истинно переношенная беременность*

---

- продолжается более 290—294 дней и
- заканчивается рождением ребенка с **признаками перезрелости** (его жизнь находится в опасности — *fetal distress*) с **патологическими изменениями плаценты**

- 
- Роды при перенесенной беременности являются патологическими и называются запоздалыми.
  - Роды при пролонгированной беременности называются
  - физиологическими, своевременными.

# ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- позднее половое созревание;
- · нарушение менструальной функции;
- · инфантилизм;
- · перенесённые ранее детские инфекционные заболевания;
- · нарушения обмена веществ;
- · эндокринные заболевания;

# ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- воспалительные заболевания половых органов;
- · психические травмы;
- · гестозы;
- · нарушения гипофизарнонадпочечниковой системы плода;
- · указания на перенашивание беременности в анамнезе.

# Определенная роль в развитии этой патологии

- отводится наследственным (указание на перенашивание беременности в анамнезе), иммунологическим факторам (срок родов определяется иммунной зрелостью плода), нарушению функции гипофизарно-надпочечниковой системы плода, аномалиям развития плода (особенно аномалиями развития ЦНС).

# Роды начинаются при сформированной родовой доминанте.

- Имеющиеся функциональные сдвиги в ЦНС, вегетативные и гормональные нарушения у женщин с перенесенной беременностью свидетельствуют об отсутствии признаков сформировавшейся родовой доминанты.

- При перенашивании выявляется снижение биоэлектрической активности
- матки, чувствительности рецепторов шейки матки. По сравнению с доношенной
- беременностью в мышце матки резко возрастает процесс разрушения нервных
- структур, что нарушает синаптическую передачу нервных раздражений. У беременных женщин при перенашивании выявляются значительные функциональные нарушения в системе мать—плацента—плод.

- Отмечается снижение уровня
- эстрогенных гормонов, кортикостероидов, плацентарного лактогена, хорионического гонадотропина, окситоцина, ацетилхолина (при повышении активности холинэстеразы).
- Содержание прогестерона существенно не отличается от его уровня при доношенной беременности.

- В 1/3 случаев при перенашивании
- выявляется локализация плаценты в дне матки, создается локальная диффузия прогестерона из плаценты в миометрий («прогестероновый блок»).

- Об изменениях в симпатоадреналовой системе свидетельствует снижение содержания катехоламинов. При перенашивании в крови и плаценте снижается содержание биологически активных веществ: серотонина (способствующего увеличению содержания кальция в мышце матки), гистамина (что свидетельствует о нарушении состояния плода). Изменяется активность калликреин-кининовой системы.
- Снижена концентрация простагландина F2 $\alpha$  в амниотической жидкости

# В плаценте при перенашивании беременности наблюдается

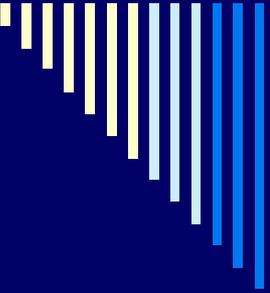
- Склерозирование стромы ворсин и сосудов, избыточное отложение фибриноидных масс в межворсинчатых пространствах, инфаркты, участки обызвествления.
- Указанные нарушения в плаценте приводят к ее дисфункции, нарушению продукции гормонов, водно-электролитного баланса и газообмена между матерью и плодом.

# СХЕМА обследования беременной

- Определение срока беременности
- Наружное исследование и внутреннее акушерское обследование («зрелость» ш/м, плотность частей черепа, состояние швов и родничков у плода)

- Фоно- и электрокардиография плода
- Амниоскопия
- УЗИ
- Кольпоцитология
- Определение эстрогенов в моче
- Определение ХГ, кортикостероидов

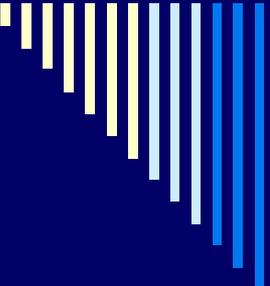
- Амниоцентез с последующим исследованием амниотической жидкости
- Функциональные пробы



---

# КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

- Ярко выраженных клинических проявлений при перенесенной беременности **нет**,
- в связи с чем бывает затруднена диагностика.



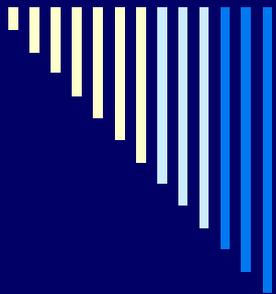
# Наблюдается

- угроза прерывания в разные сроки беременности. Чаще, чем при физиологической беременности, развиваются гестозы, анемия, гипоксия плода. При отсутствии наблюдения за беременной и длительном сроке перенашивания может наступить антенатальная гибель плода, связанная
- с функциональными и структурными изменениями плаценты.



# Срок беременности определяют по следующим данным:

- По дате последней менструации (280 дней)
- По оплодотворению (268-275дней)
- По овуляции
- По первой явке в ЖК
- По первому шевелению



- По формулам
- По УЗИ
- По данным акушерского обследования

# Данные акушерского обследования

- Уменьшение объема живота на 5-10см
- Снижение тургора кожи беременной
- Снижение массы тела на 1кг и более
- Увеличение плотности матки  
(обусловлено уменьшением кол-ва вод и ретракции мускулатуры матки)

- Маловодие, ограничение подвижности плода, охватывание маткой, при влагалищном исследовании - увеличение плотности костей черепа, узость швов и родничков

- Изменение характера сердечных тонов плода при аускультации неспецифичны, а свидетельствуют о гипоксии плода, обусловленной плацентарной недостаточностью

- Выделение из молочных желез в конце беременности молока, вместо молозива
- Частое наличие «незрелой» шейки.

# При проведении амниоскопии в случае перенашивания определяют

- плотные плодные оболочки, малое количество околоплодных вод. Воды могут быть мутными, окрашенными меконием, в них уменьшается количество хлопьев сыровидной смазки

# При проведении амниоцентеза

## В

- ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОДАХ определяется повышенная концентрация креатинина, мочевины общего белка, молочной кислоты.
- Снижение концентрации глюкозы при перенашивании (до 0,04 ммоль/л) по сравнению с доношенной беременностью (1,08 ммоль/л) указывает на угрожающее состояние плода.

- В амниотической жидкости отмечается высокое содержание безъядерных жировых клеток (в 2 раза больше, чем при доношенной беременности).
- Для определения степени зрелости сурфактантной системы плода определяют фосфолипиды (лецитин и сфинголамиelin) и их соотношение. Коэффициент лецитин/сфинголамиelin при перенашивании составляет 4 : 1 (при доношенной беременности 2:1)

- При кольпоцитологическом исследовании после 40 нед. беременности пролонгирует III—IV цитотип влагалищного мазка.

# УЗИ:

- уменьшение толщины плаценты, зазубренность хориальной пластинки, появление «выпадающих зон»,
- кальциноз; двуконтурность костей черепа; уменьшение количества околоплодных вод

# Ведение беременности и родов

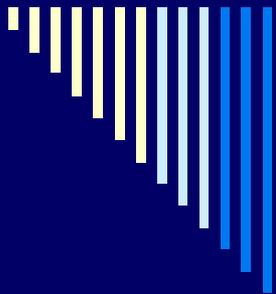
---

- Активная тактика ведения родов (снижение перинатальной смертности в 2-3 раза)
- При сроке берем. более 40 нед.- госпитализация
- Родовозбуждение:

# Ведение беременности и родов.

---

- Срок беременности более 40 нед. и отсутствие родовой деятельности являются показанием для госпитализации в дородовое отделение акушерского стационара
- (уточняется диагноз, контролируется состояние плода, выбирается рациональный способ родоразрешения).



- Принципы ведения женщин с точно известным сроком беременности при тенденции к перенашиванию укладываются в
- **две принципиальные схемы.**

# 1. В случаях со зрелой шейкой матки

---

- При удовлетворительном состоянии плода
- (по данным КТГ, доплерометрии, ЭКГ, ФКГ), наличии готовности организма
- к родам
- проводят **родовозбуждение с преждевременной амниотомией.**

## 2. Незрелая ш/м.

---

- При отсутствии признаков готовности организма женщины к родам и удовлетворительном состоянии плода в течение 3—7 дней проводят терапию, направленную на нормализацию нарушенных нейрорефлекторных и нейрогуморальных механизмов, на ускорение созревания шейки матки (спазмолитики, эстрогенные гормоны, простагландины).

- 
- При достижении положительного эффекта, отсутствии признаков гипоксии плода и других отягощающих факторах роды ведут через естественные родовые пути.

# Родовозбуждение

---

- Хирургическое (амниотомия)
- Медикаментозное (простагландины, окситоцин)
  
- При безуспешности использования методов родовозбуждения - КС

# Ведение родов

---

- начинают с родовозбуждения, которое
- производят путём амниотомии (хирургический метод родовозбуждения).
- Амниотомия может быть произведена только при зрелой шейке матки, однако при перенашивании беременности шейка матки чаще всего нуждается в
- предварительной подготовке.

- 
- Для подготовки шейки матки применяют немедикаментозные (физиотерапия, препараты ламинарии, акупунктура и др.) и медикаментозные (препараты ПГ в виде эндоцервикального геля) методы.

При отсутствии самостоятельной родовой деятельности в течение 4 ч (у первородящей) и 2ч. (у повторнородящей)

---

- после амниотомии следует прибегнуть к
- родовозбуждению путём внутривенного капельного введения окситоцина или ПГ (медикаментозный метод
- родовозбуждения).

# Начинают

---

- внутривенное введение
- ПГФ2 $\alpha$ (5мг) в 5%растворе глюкозы (500 мл). Возможно комбинированное ис
- пользование ПГФ2 $\alpha$  (2,5 мг) и окситоцина (2,5 ЕД).
- 6-8 кап в 1 мин. увеличивая дозу до мах.35-40кап. каждые 15 мин (при отсутствии род.деят.)

- Совместное использование амниотомии и утеротонических средств с целью родовозбуждения
- носит название комбинированного метода родовозбуждения.
- При безуспешности использования комбинированного
- метода родовозбуждения роды заканчивают КС.

# При перенашивании целесообразно

---

- проводить программированные роды — искусственно вызванные роды по
- соответствующим показаниям.

# «программированные (элективные) роды»

---

- завершение беременности при сроке 39 нед, зрелом плоде и подготовленной шейке матки в произвольно выбранное время, оптимальное для матери, плода и акушерского учреждения.
- Они могут быть преждевременными, своевременными и запоздалыми

# Применение геля с ПГ

---

Местное применение геля, содержащего ПГЕ2, приводит к размягчению и укорочению шейки матки, расширению цервикального канала. В результате сокращается продолжительность родов, уменьшается число неудачных родовозбуждений и снижается необходимость ранней амниотомии. Гель вводят в послеобеденное время или вечером накануне дня планируемого родовозбуждения.

# При подозрении на macrosomia необходимо

---

- при предполагаемой массе плода более 4500 г, подозрении на несоответствие размеров таза матери и размеров плода, наличии в анамнезе осложнённых родов крупным плодом следует своевременно принять решение об оперативном родоразрешении путём КС.

# КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ ПРОИЗВОДЯТ С ПЕРЕНАШИВАНИЕМ ПРИ

- ❑ наличии гипоксии плода,
- ❑ мекония в околоплодных водах,
- ❑ акушерской и/или экстрагенитальной патологии (тазовое предлежание, крупный плод, узкий таз, бесплодие в анамнезе, первородящая старшего возраста, сахарный диабет, рубец на матке и др.).

- Появление осложнений в течение родов (слабость родовой деятельности,
- не поддающаяся терапии в течение 3–4 ч, гипоксия плода, клиническое несоответствие между головкой плода и плоскостью входа в малый таз) является показанием к родоразрешению операцией кесарева сечения.

# ОКОНЧАТЕЛЬНЫХ ДИАГНОЗ

- ⦿ «переношенная беременность»  
ставят после рождения  
ребенка и последа

# Переношенная беременность

---

- 1902г. Беллентайн

- 1948г. Рунге

описали признаки перезрелости у новорожденного и этот синдром получил название Беллентайна Рунге.

- В 1954 г. Клиффорд описал синдром, наблюдаемый с частотой 10% при истинном перенашивании

беременности.

# ОЦЕНКА переносимости ребенка

---

- Зеленоватая окраска кожи, плодных оболочек, пуповины
- Мацерация кожи (у живого ребенка)  
особенно на руках и стопах  
(банные стопы и ладони)

- 
- Уменьшение сыровидной смазки
  - Уменьшение подкожно-жировой клетчатки и образование складок
  - Снижение тургора кожи  
(старческий вид ребенка)

- 
- Крупные размеры ребенка (реже гипотрофия)
  - Длинные ногти пальцев рук
  - Плохо выраженную конфигурацию головки
  - Плотные кости черепа, узкие швы и роднички



Плод считается  
переношенным

- **если имеется  
сочетание  
2-3 указанных  
признаков**



\*



\*



По Клиффорду выделяют  
три  
степени перезрелости:

# Оценка перезрелости плода

- ◆ **I степень** – адаптационная способность новорожденного нормальная или слегка снижена. Кожные покровы нормального цвета, количество сыровидной смазки уменьшено. Околоплодные воды светлые, но их количество уменьшено.

## II степень

- ◆ адаптационные способности ребенка резко снижены и часто требуется проведение реанимационных мероприятий. У новорожденного выявляется выраженная сухость кожи. Кожа, пупочный канатик, околоплодные воды окрашены в зеленый цвет. Сыровидная смазка отсутствует. У новорожденного могут быть приступы цианоза, пневмонии, энцефалопатии, которые при лечении исчезают в течение 3—4 дней

# III степень

- ◆ адаптационная способность также резко снижена. Кожа и ногти окрашены в желтый цвет (признак глубокой гипоксии), кожа сухая, дряблая. Новорожденные склонны к асфиксии, пневмо и энцефалопатии, из которых они выводятся с трудом. Патологические проявления при интенсивной терапии исчезают к 5—10 дню периода новорожденности.

# Осложнение при запоздалых родах переносным плодом

- Преждевременное и раннее излитие вод
- Аномалии родовой деятельности
- Затяжные роды
- Хроническая гипоксия плода, асфиксия и травма новорожденных





- Клинически узкий таз (из-за плохой конфигурации головки)
- Роды вызывают искусственно
- Послеродовые инфекционные заболевания
- Послеродовые инфекционные заболевания



# Главная причина роста числа материнских осложнений

---

- КС, так как риск послеродовых инфекций, гипотонических кровотечений, септических и эмболических осложнений в этом случае довольно высок. Частота КС после 42 нед. беременности в два раза выше, чем в 38–40 нед беременности.

# Материнские осложнениям

---

- травмы при родоразрешении крупным плодом через естественные родовые пути (разрывы шейки матки, стенок
- влагалища, разрывы промежности III степени). Следствием этих осложнений могут быть задержка мочеиспускания,
- образование свищей, кровотечения, инфицирование, послеродовые язвы.

# К неонатальным осложнениям относят

---

- хроническую гипоксию, родовую травму при макросомии, аспирацию мекониальных вод.

# ПРОФИЛАКТИКА

- Ультразвуковая фетометрия в I триместре или в начале II триместра.
- Применение гендерной фетометрии (для плодов мужского пола срок по результатам УЗИ обычно завышают на 1-2 нед).
- При разнице в сроках беременности по результатам УЗИ и по дате последней менструации более чем на 1 нед
- следует ориентироваться исключительно на данные фетометрии.
- · Госпитализация беременной в 41 нед, даже при неосложнённом течении беременности.

Спасибо за внимание!