

Лекция

---

**НЕВЫНАШИВАНИЕ И ПЕРЕНАШИВАНИЕ  
БЕРЕМЕННОСТИ**

Зав.кафедрой акушерства и гинекологии  
профессор Круть Юрий Яковлевич

**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)

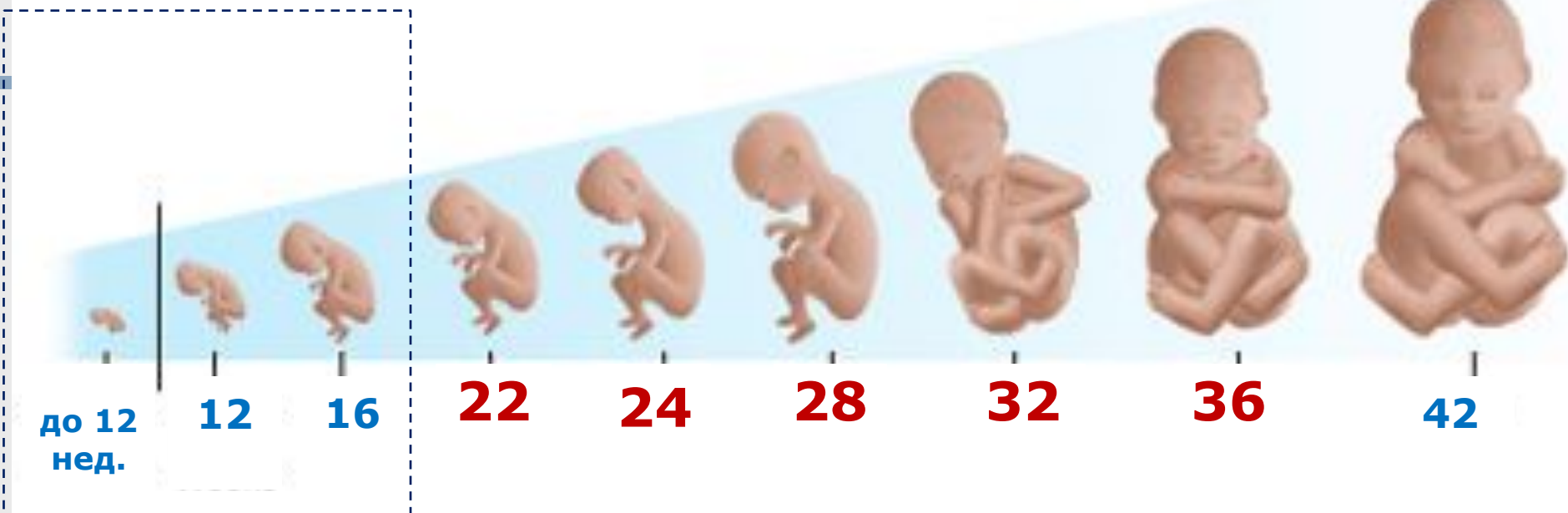
**Ранние ПР**  
(28-33 недели)

**Собственно ПР**  
(34-37 недель)

# ПРЕДМЕТ ОБСУЖДЕНИЯ



# ПРЕДМЕТ ОБСУЖДЕНИЯ



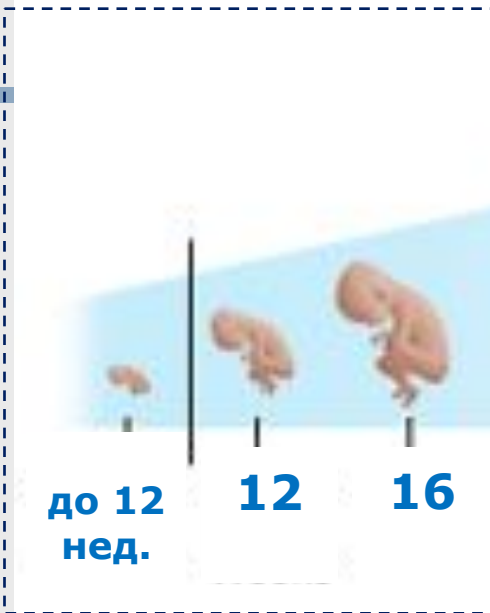
Невынашивание

или выкидыш

(до 21 нед.+ 6 дней)



# ПРЕДМЕТ ОБСУЖДЕНИЯ



**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

# УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

	Удельный вес разных вариантов преждевременных родов в %	
	<i>К общему числу преждевременных родов</i>	<i>К общему числу всех родов</i>
<b>Очень ранние преждевременные роды</b>	<b>13,0%</b>	<b>0,90%</b>
<b>Ранние преждевременные роды</b>	<b>34,5%</b>	<b>2,54%</b>
<b>Преждевременные роды</b>	<b>52,5%</b>	<b>3,71%</b>



**СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ  
НЕДОНОШЕННОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ**  
**(по весу)**

**Степень недоношенности**

**Недоношенные с  
экстремальной массой**  
**(500-1000 грамм)**

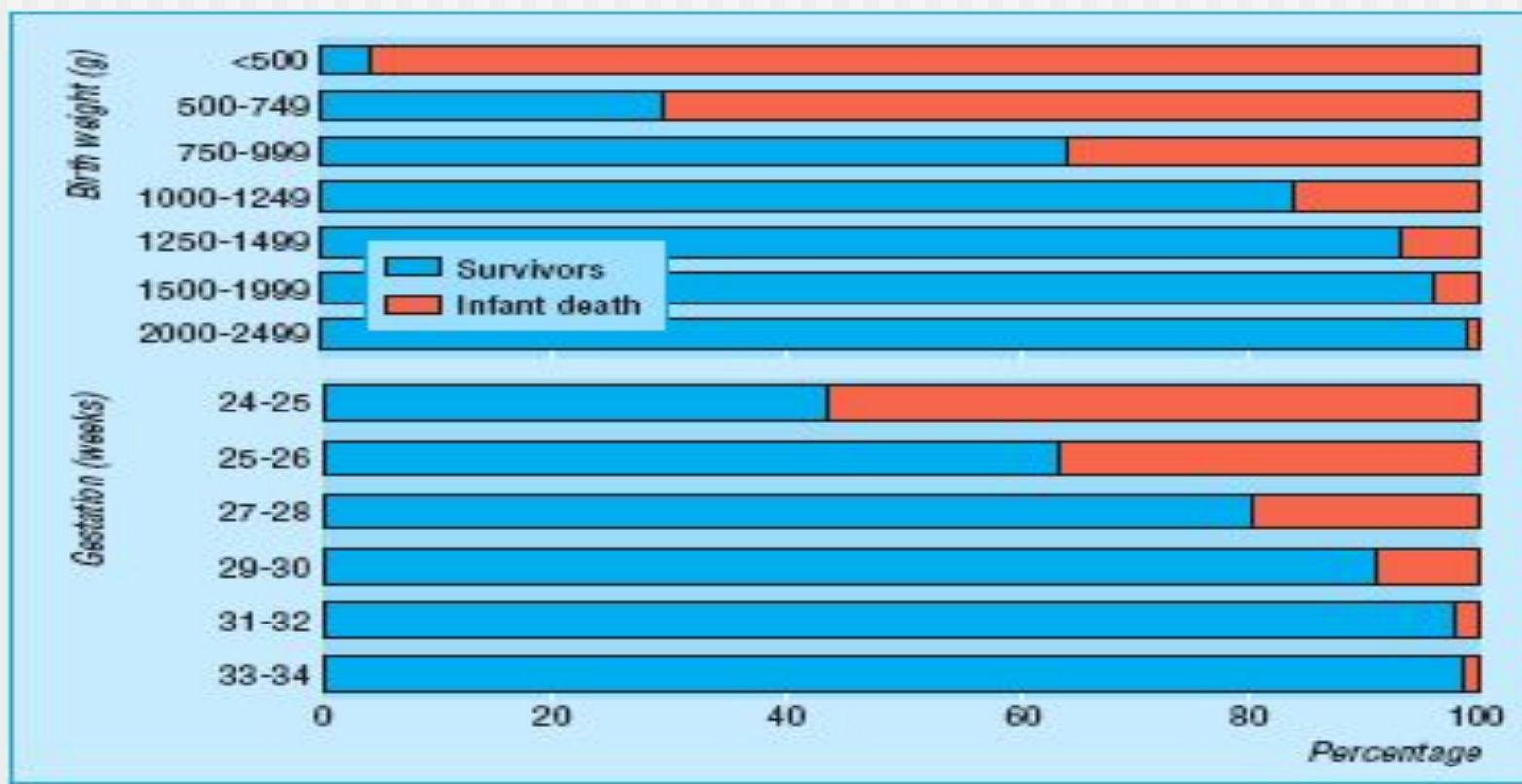
**Недоношенные с  
низкой массой**  
**(1000-1500 грамм)**

**Просто недоношенные**  
**(более 1500 грамм)**

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

# Перинатальная смертность

(в зависимости от сроков гестации  
и веса плода)



# ЭТИОЛОГИЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

## **Материнские факторы**

**Отягощенный  
акушерско-  
гинекологический  
анамнез**

**Осложнения текущей  
беременности**

**Экстрагенитальная  
патология**

**Социально-  
экономические  
факторы**

# ЭТИОЛОГИЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

**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*

# ЭТИОЛОГИЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

## 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*

# ЭТИОЛОГИЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

## **ПЛОДОВЫЕ ФАКТОРЫ**

*Генетические  
(хромосомные) нарушения*

*Внутриутробное  
инфицирование*

*Резус-конфликт*

*Многоводие*

*Многоплодие*

*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%

Преคลินิกеские  
потери

(подтвержденные только  
биохимически)

15-3  
5%

Ранний спонтанный  
выкидыш

2%

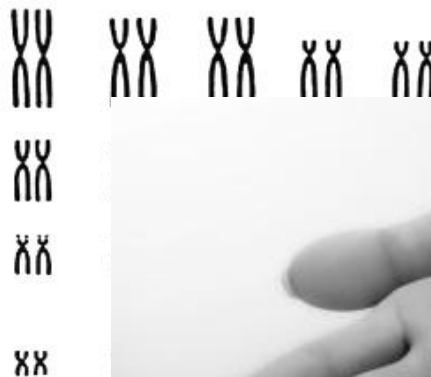
Поздний спонтанный  
выкидыш

# ПРИЧИНЫ, КОТОРЫЕ НЕ ПРЕДУПРЕДИМЫ

Спонтанный  
выкидыш

70%

**ХРОМОСОМНЫЕ АНОМАЛИИ**  
(наследственные или приобретенные).



естественного генетического  
отбора

**ПРОФИЛАКТИКА НЕ ИЗВЕСТНА**



# 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)

**ПРОФИЛАКТИКА ВОЗМОЖНА**

# ПРИЧИНЫ, КОТОРЫЕ МОЖНО ПРЕДУПРЕДИТЬ

**Спонтанный  
выкидыш**

**30%**

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

**Реабилитация и  
предгравидарная  
подготовка после первой  
неудачной беременности**

**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)

**ПРОФИЛАКТИКА ВОЗМОЖНА**

# **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.*

# ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ПОТЕРЯ БЕРЕМЕННОСТИ

*(нормативные документы)*

- НЕВЫНАШИВАНИЕ  
ИЛИ СПОНТАННЫЙ  
ВЫКИДЫШ

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

- ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ  
РОДЫ

- *клинический протокол  
«Преждевременные  
роды», приказ МОЗ №624*
- *клинический протокол  
«Преждевременный  
разрыв плодных  
оболочек, приказ МОЗ  
№782*

# **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

Наказ МОЗУ №624 від 03.11.2008 «Невиношування вагітності»

### Риски для плода

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

**ПРОФИЛАКТИКА ВОЗМОЖНА!**

# 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

## Спонтанный выкидыш

## ■ ДЕФИЦИТ ПРОГЕСТЕРОНА

Наказ МОЗУ №624 від 03.11.2008 «Невиношування вагітності»

### Группы риска

- Привычное невынашивание (2 и более выкидышей в анамнезе)
- Беременность наступившая на фоне НЛФ
- Индуцированная беременность
- Вылеченное бесплодие
- ЭКО



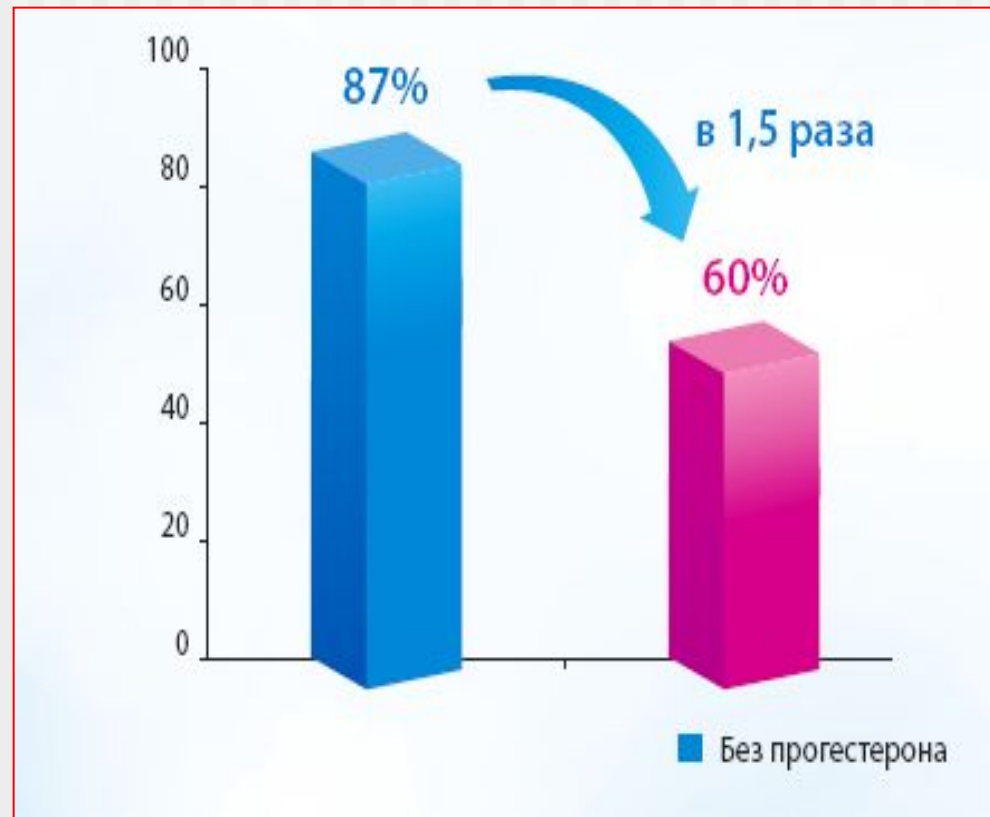
**200 мг/сутки с момента установления и до 22 недель беременности**

# ПРОФИЛАКТИКА ВОЗМОЖНА!

# Назначение Утрожестана в ранние сроки беременности снижает риск угрозы преждевременных родов у женщин группы риска

## Причины потери беременности при дефиците прогестерона:

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



# Лечебные мероприятия при угрожающем аборте

- Постельный режим
- Спазмолитическая, седативная терапия
- Препараты прогестерона:
  - масляный раствор прогестерона (в/м);
  - микронизированный прогестерон (Утрожестан - влагалищный или пероральный);
  - синтетические производные прогестерона (дюфастон – пероральный).

**Их нельзя назначать одновременно !**

**Мониторинг эффективности лечения определяется по данным УЗИ, тестов функциональной диагностики, динамики уровня ХГЧ и прогестерона в сыворотке крови.**

# 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 стенок матки

## *Жалобы*

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

## *Анамнез*

1. Тянущая боль в нижних отделах живота, с усилением в динамике к интенсивному, может иметь схваткообразный характер, боль постепенно уменьшается.
2. Экспульсия плодного яйца.
3. Провоцирующие факторы (травма, падение, физическая нагрузка).

# Обследование и установление диагноза неполного аборта

## *Осмотр в зеркалах*

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

## *Бимануальное влагалищное исследование*

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

***УЗИ:*** 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**".

# Объем обследования при привычном невынашивании беременности

- Изучение анамнеза (менструальная, генеративная функция).
- Бактериологическое обследование на урогенитальные инфекции.
- Осмотр специалистов по показаниям.
- Тесты функциональной диагностики.
- Определение гормонов (половые гормоны, кортизола, 17-кетостероидов).
- УЗИ
- Иммунологическое обследование.
- Генетическое обследование (до беременности)
- Пренатальная диагностика
- Гистеросальпингография и гистероскопия (до беременности)

## **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*

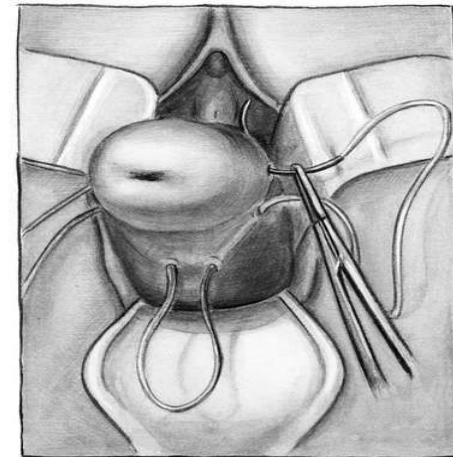
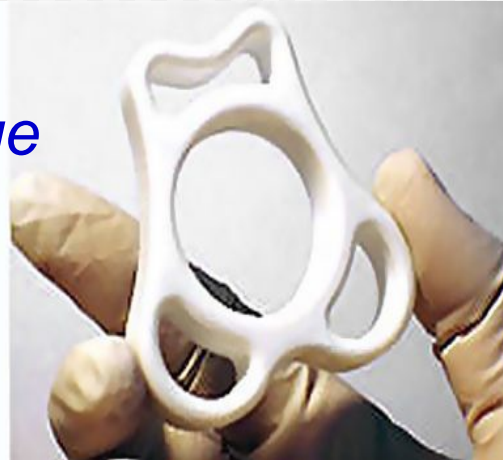
### □ **Профилактический шов на шейку матки.**

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, микро-нутриентов 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:***

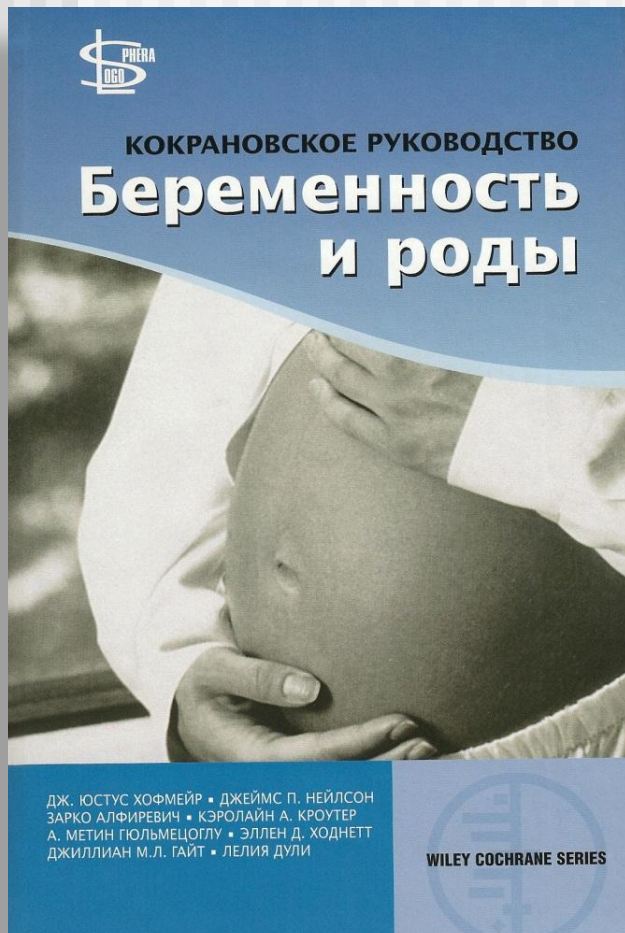
- очень ранние преждевременные роды - в 22-27 недель;**
- ранние преждевременные роды- в 28-33 недели;**
- собственно преждевременные роды - в 34-37 недель беременности.**

# 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**

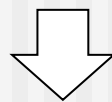
# ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ



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

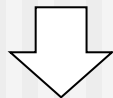
# СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ\*

**Вагинальная инфекция**



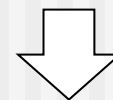
**Оценка биоценоза**

- **Симптомы вульвовагинита или верифицированная инфекция**



**Местные антибиотики**

- **Умеренный дисбиоз**

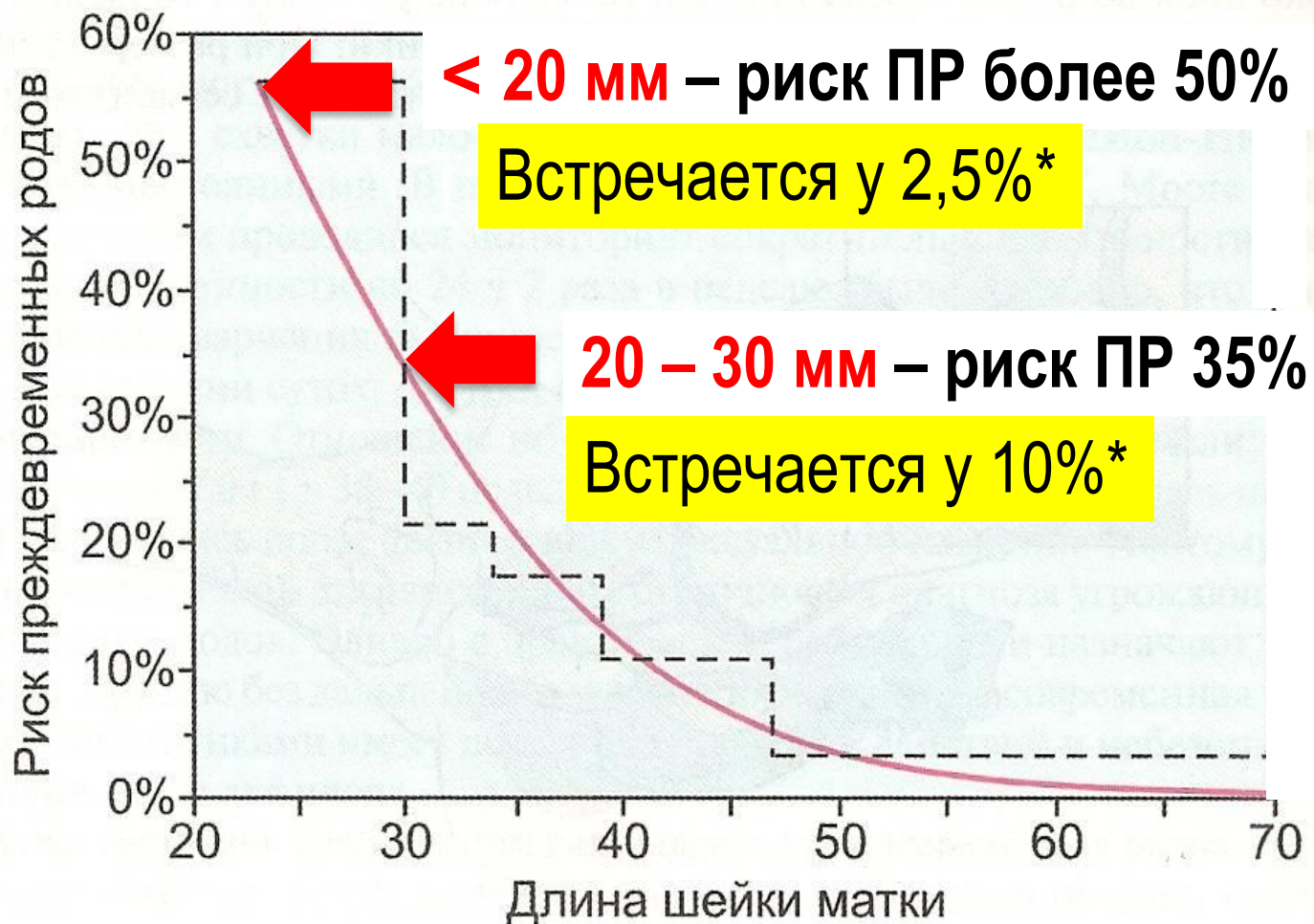
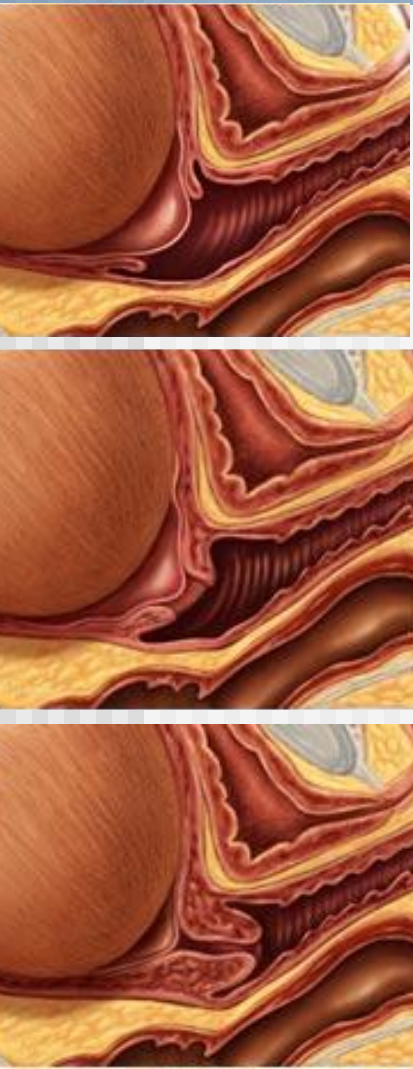


**Пробиотики**

*\*Кокрановское руководство: Беременность и роды. М., 2010.*



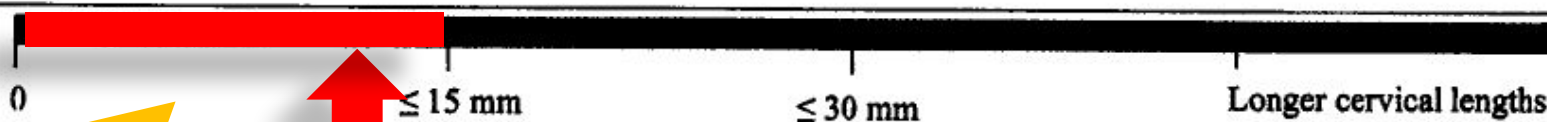
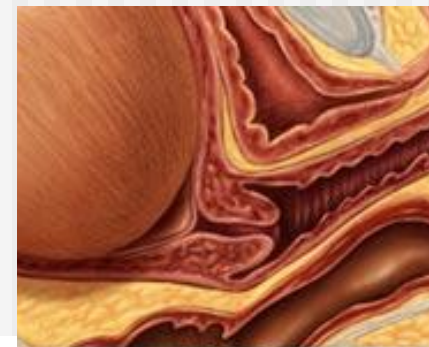
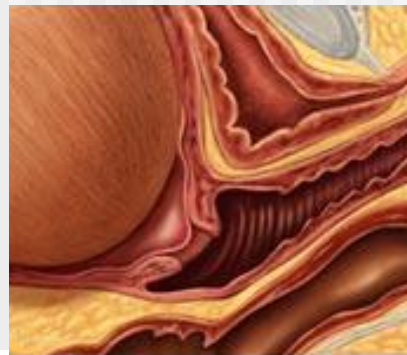
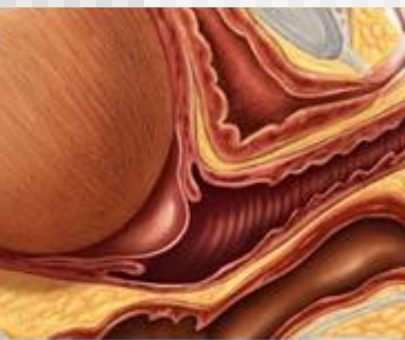
# ДОСРОЧНОЕ БЕССИМПТОМНОЕ УКРОЧЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ СВЯЗАНО С РИСКОМ ПР



\*S.S.Hassan, R.Romero, ... V.Potapov et al., 2011



# ■ АКУШЕРСКАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ДЛИНЕ ШЕЙКИ МАТКИ



При длине шейки матки  $\leq 15$  мм + преждевременные роды в анамнезе или пролабация плодного пузыря

Vaginal Progesterone considered for women with a history of preterm birth + a cervical length  $\leq 30$  mm. (Secondary analysis from a negative trial<sup>72</sup>)

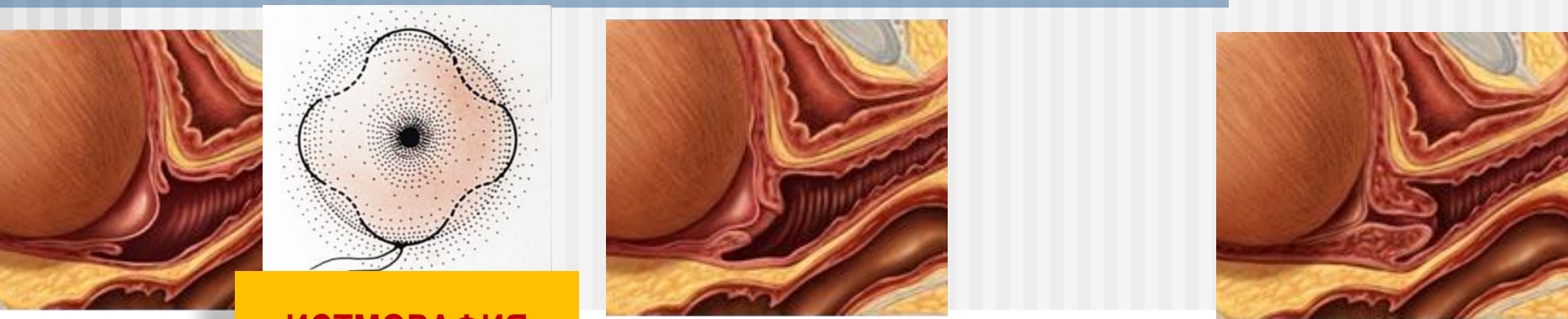
No identified treatment benefit to date. Higher risk populations may benefit from cervical surveillance.

Surgical Treatment

Medical Treatment

Observation

# ■ АКУШЕРСКАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ДЛИНЕ ШЕЙКИ МАТКИ



**ИСТМОРАФИЯ**

0

$\leq 15$  mm

$\leq 30$  mm

Longer cervical lengths

При длине шейки матки  $\leq 15$  мм + преждевременные роды в анамнезе или пролабация плодного пузыря

vaginal Progesterone considered for women with a history of preterm birth + a cervical length  $\leq 30$  mm. (Secondary analysis from a negative trial<sup>72</sup>)

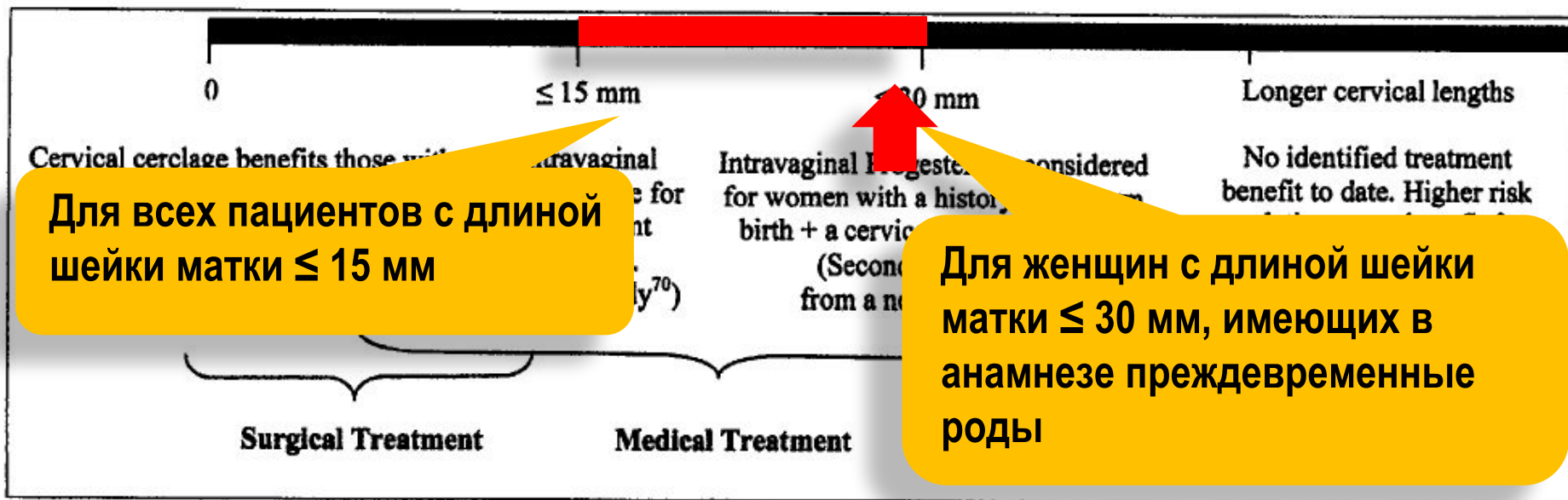
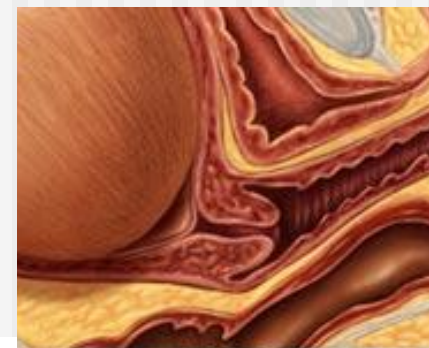
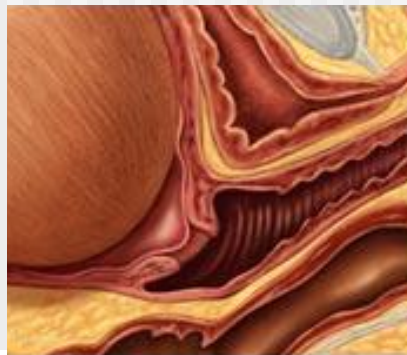
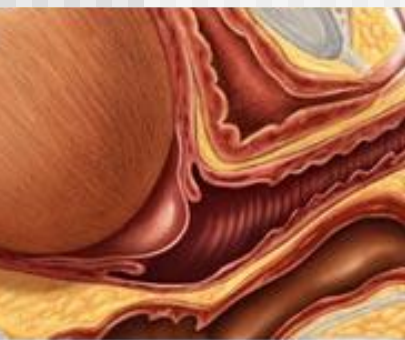
No identified treatment benefit to date. Higher risk populations may benefit from cervical surveillance.

**Surgical Treatment**

**Medical Treatment**

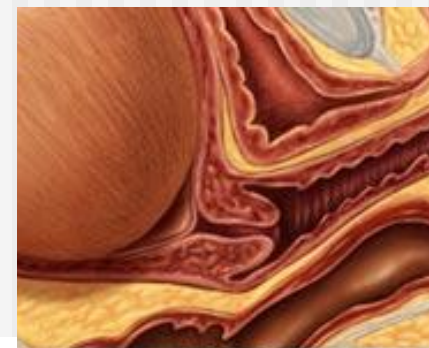
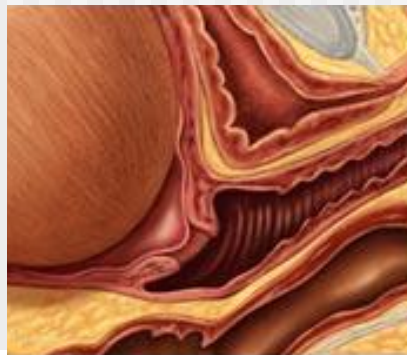
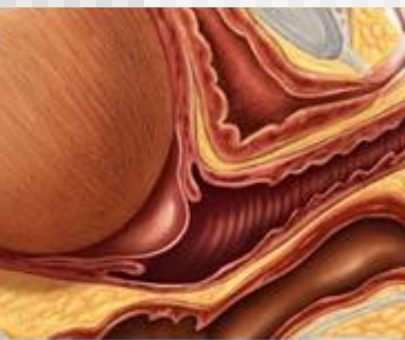
**Observation**

# ■ АКУШЕРСКАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ДЛИНЕ ШЕЙКИ МАТКИ





# ■ АКУШЕРСКАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ДЛИНЕ ШЕЙКИ МАТКИ



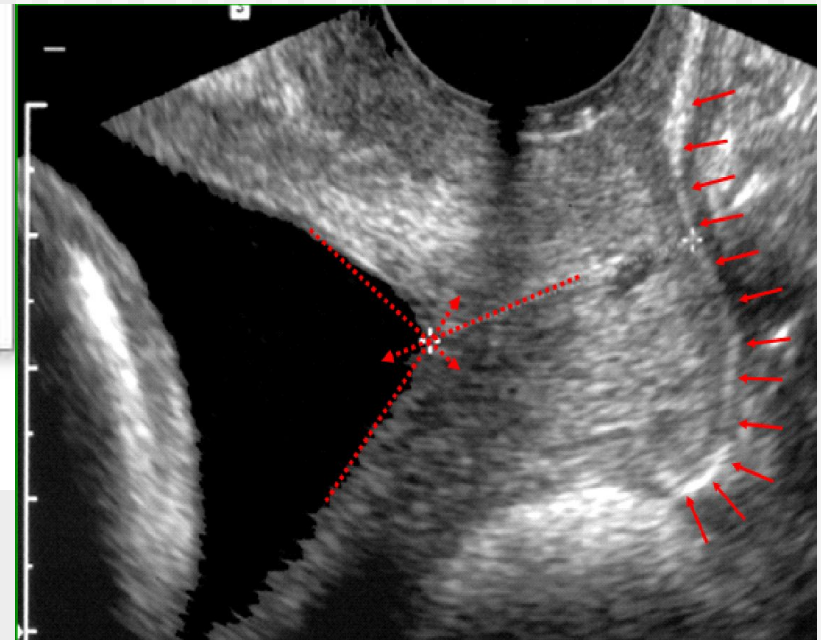
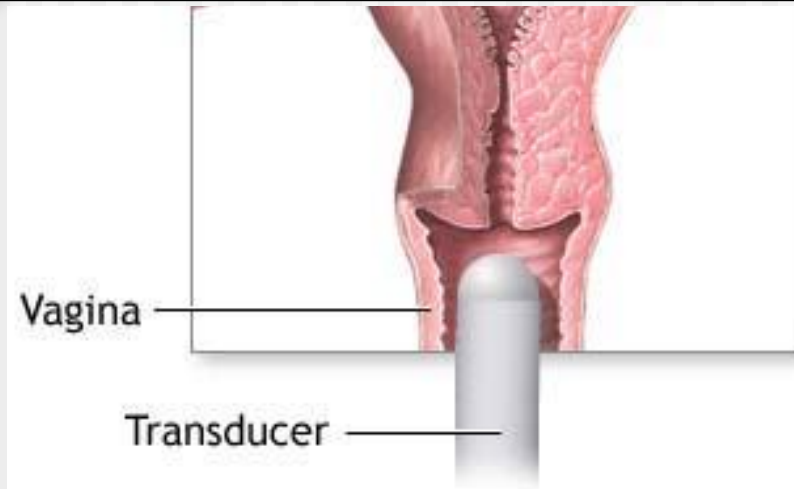
# ПРОГЕСТЕРОН БЛОКИРУЕТ МЕХАНИЗМЫ НЕЗАПЛАНИРОВАННОГО «СОЗРЕВАНИЯ» ШЕЙКИ МАТКИ



- Ингибирует сокращения матки
- Антагонист окситоцина и простагландинов
- Тормозит лейкоцитарную и цитокиновую воспалительную реакцию в шейке матки

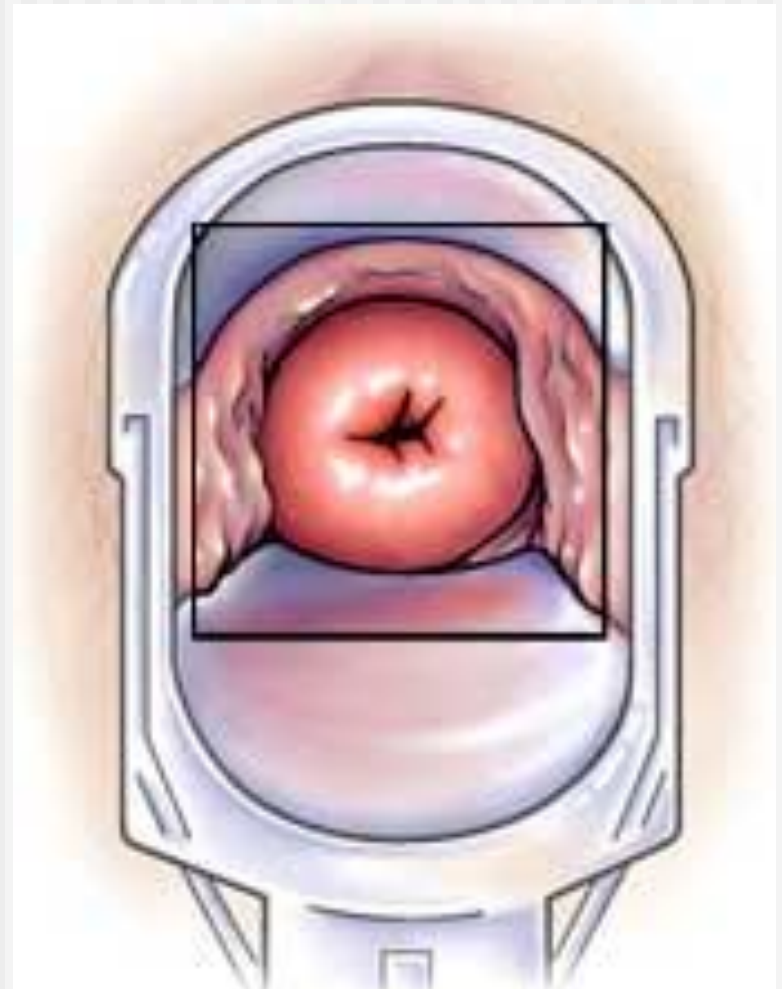
# Что необходимо сделать ?

## 1 Трансвагинальное измерение длины шейки матки



**Должно стать стандартом УЗИ исследования в  
сроках 18-24 недели**

# Почему ультразвуковое исследование длины шейки матки предпочтительнее перед пальцевым или осмотром шейки матки в зеркалах?





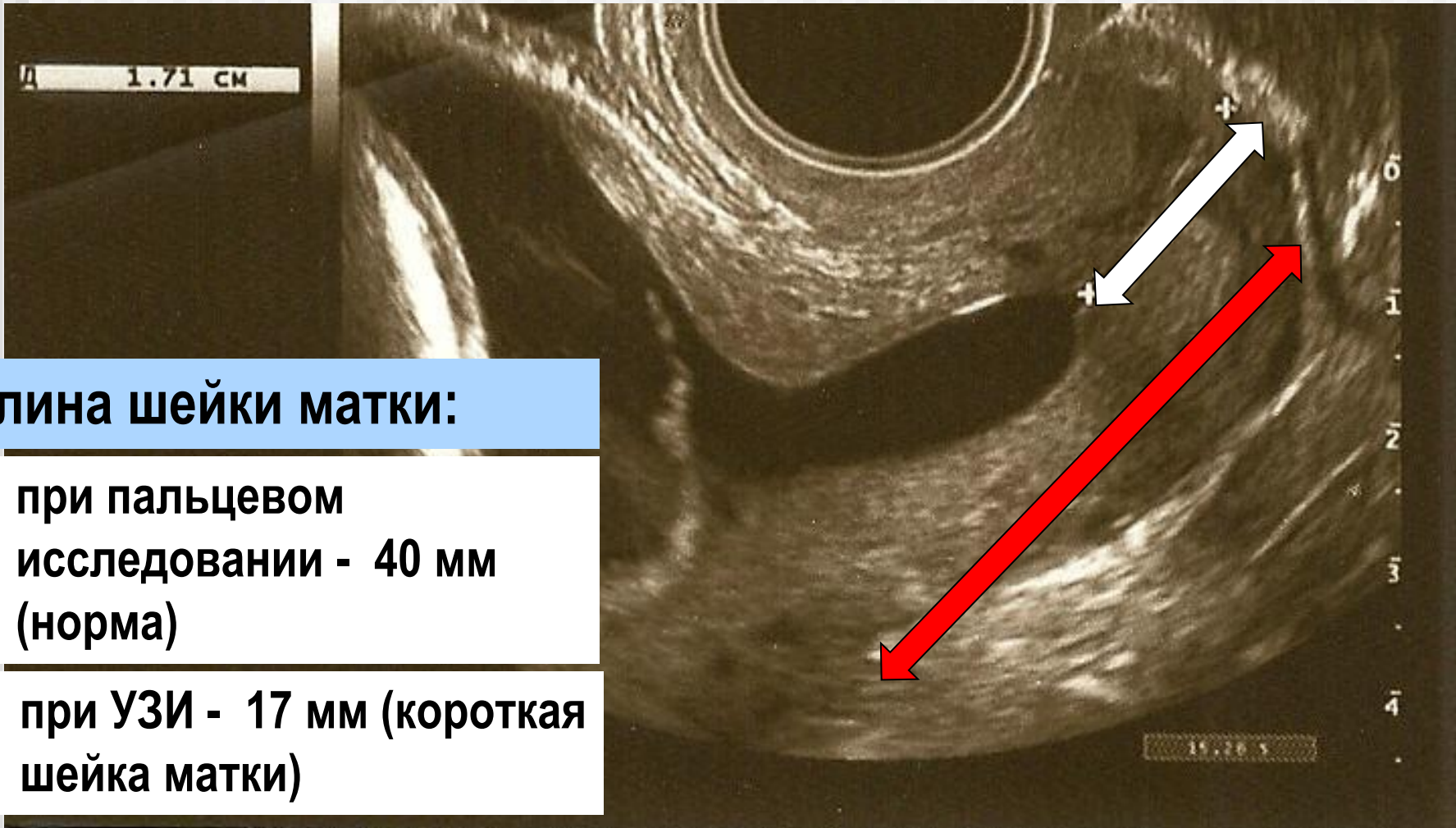
# Почему сонографическое исследование длины шейки матки предпочтительнее перед пальцевым или осмотром шейки матки в зеркалах?

При укорочении шейки матки нередко появляется воронка (фанел), как спонтанно, так и после давления на дно матки





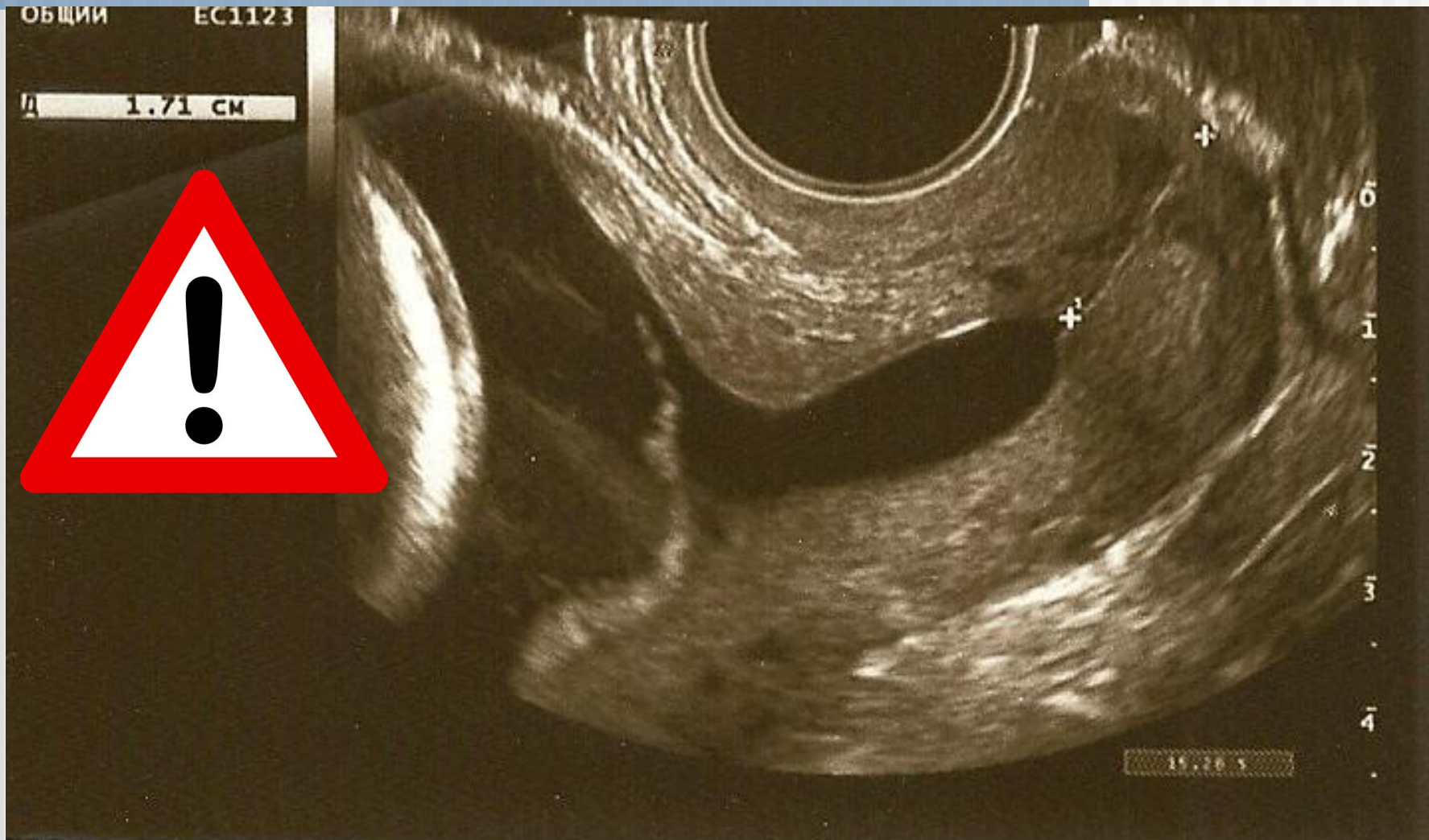
# Почему сонографическое исследование длины шейки матки предпочтительнее перед пальцевым или осмотром шейки матки в зеркалах?



## Длина шейки матки:

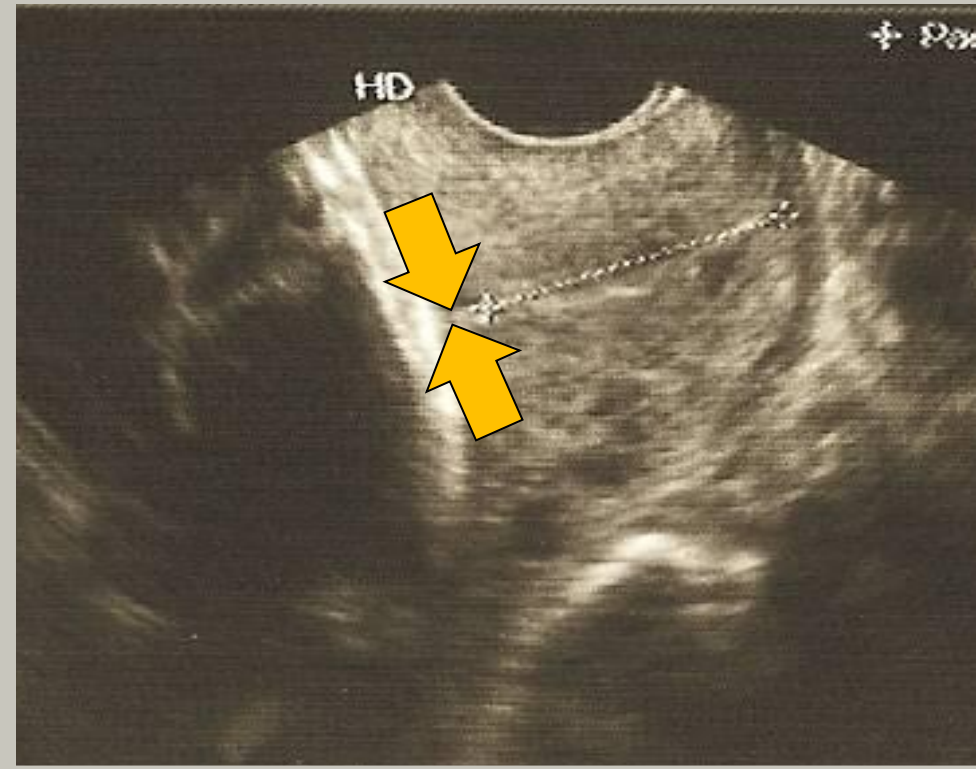
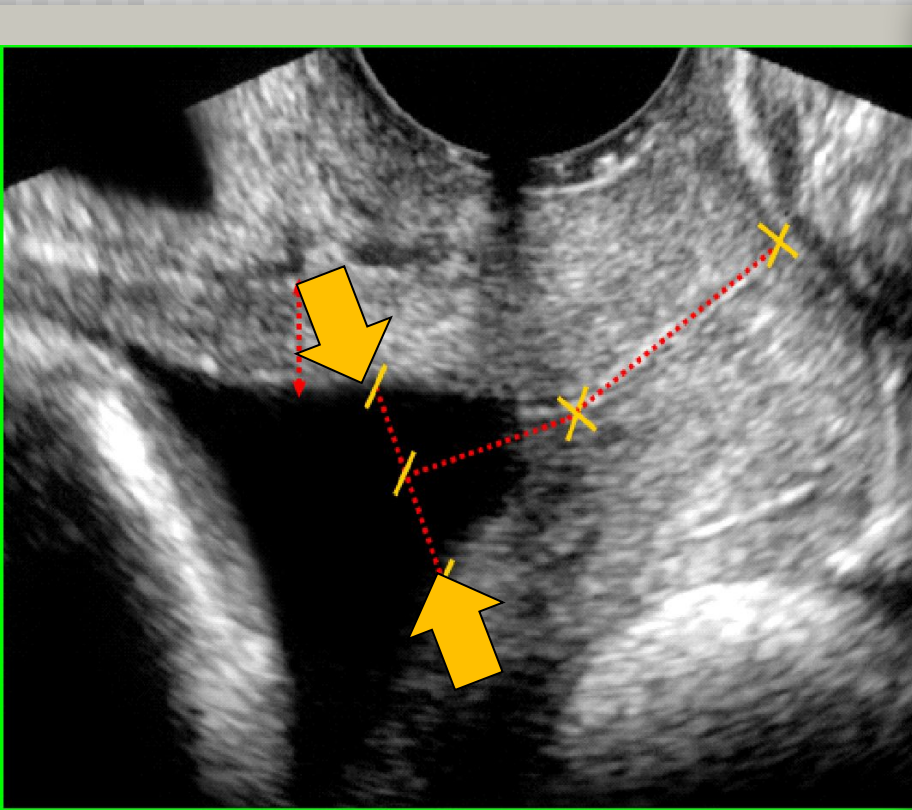
- при пальцевом исследовании - 40 мм (норма)
- при УЗИ - 17 мм (короткая шейка матки)

# Бессимптомное укорочение шейки матки требует активных действия!



# Интравагинальный прогестерон существенно влияет на сонографическую длину шейки матки

- Увеличение сонографической длины шейки матки и исчезновение воронки в зоне внутреннего зева через месяц лечения.





# 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).

# Преждевременный разрыв плодных оболочек при преждевременных родах

## 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 направлены 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.

# Токолитическая терапия

Назначается на срок 48 часов, необходимых для проведения антенатальной профилактики РДС глюкокортикоидами, и при необходимости перевода беременной на высший уровень предоставления помощи.

Для токолитической терапии могут применяться блокаторы кальциевых каналов (нифидепин), бета-миметики, антагонисты окситоцина (антоцин, атосибан).

1. Нифидепин 10 мг сублингвально каждые 15 минут на протяжении первого часа до прекращения схваток, потом назначают 20 мг 3 раза в сутки в зависимости от маточной активности;
2. Бета-миметиками (гинипрал, ритодрин и их аналоги); гинипрал в дозе 10 мкг (2 мл) применяется в виде в/в инфузий на 500 мл изотонического раствора натрия хлорида со скоростью 5-10 капель за минуту;
3. Использовать оральные таблетированные токолитики для поддерживающей терапии после успешного лечения преждевременных родов не рекомендуется;
4. Научно доказано, что сульфат магния не только не имеет выраженной токолитической активности, то есть, не предупреждает преждевременные роды, а почти в три раза повышает постнатальную смертность

---

Профилактика респираторного дистресс-синдрома  
плода проводится в сроки 24-34 нед

внутримышечным введением дексаметазона по 6  
мг каждые 12 часов (на курс 24 мг)

или бетаметазона по 12 мг каждые 12:00 (на курс  
24 мг).

Повторные курсы профилактики не проводятся (А).



# Аntenатальные кортикостероиды

Мета-анализ 21 РКИ продемонстрировал, что один антенатальный курс стероидов (24 мг бетаметазона или 24 мг дексаметазона в течение 48 часов) достоверно снижает:

- Уровень неонатальной смертности на 31% (95% ДИ 0,58-0,81)
- Частоту РДС на 34% (95% ДИ 0,59-0,73)
- Частоту ВШК на 46% (95% ДИ 0,43-0,69)
- Частоту НЕК на 54% (95% ДИ 0,29-0,74)
- Частоту раннего сепсиса в течение первых 48 часов жизни на 44% (95% ДИ 0,38-0,85)
- Потребность в искусственной вентиляции легких на 20% (95% ДИ 0,65-0,99)

# 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 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.
- ❖ **Рутинную эпизио-перинеотомию и пудендальную анестезию не проводят (А).**
- **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 (Приказ МОЗ №225 от 28.03.2014г.).**
- **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%.
- Деление на переношенную и пролонгированную беременность не осуществляется.
- 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.
- ❖ Женщины у которых имеются эти факторы относятся к группе риска по перенашиванию беременности.



# 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 (не менее 6 баллов по шкале Бишопа) 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.  
**Наркотические анальгетики не используются.**
- При отсутствии эффекта от родостимуляции в течение 6 часов или появления признаков дистресса плода – следует пересмотреть план ведения и **завершить роды операцией кесарева сечения.**

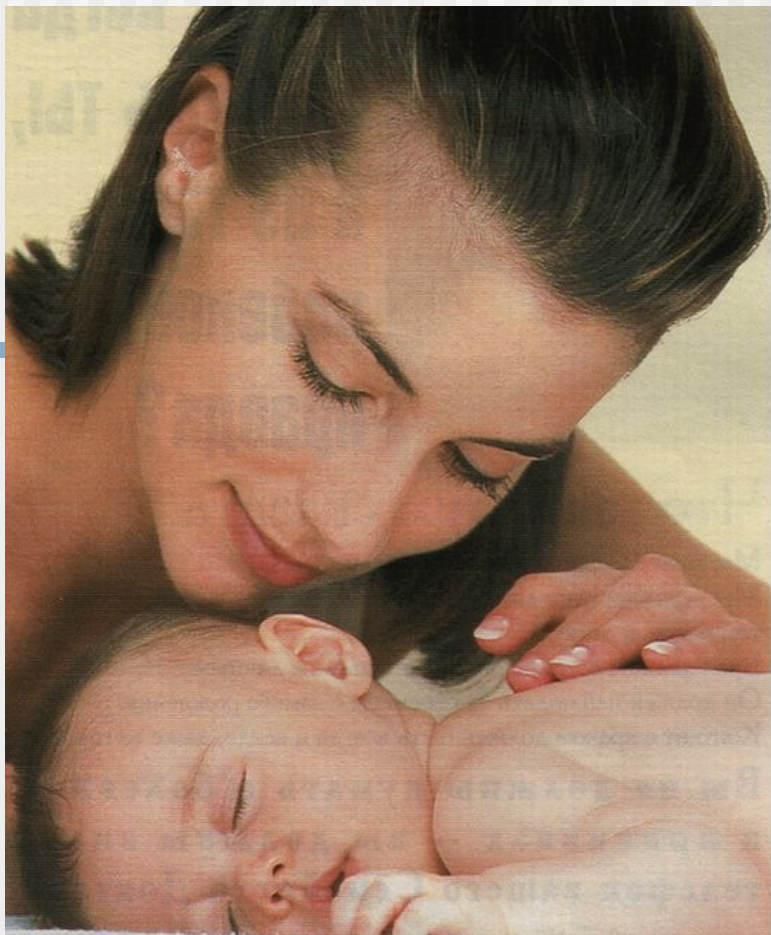
# Характерные изменения последа при перенашивании

- 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**

**Профессор Круть Ю. Я.**

© 2015