

Переношенная беременность

Выполнила: Козловская Алина 403 гр.

Переношенную беременность относят к разряду проблем, традиционно определяющих большой научно-практический интерес, обусловленный, прежде всего, неблагоприятными перинатальными исходами при этой патологии.

Переношенная беременность, продолжающаяся более 287-290 дней, сопровождается внутриутробным страданием плода и заканчивается рождением ребенка с признаками биологической перезрелости, что определяет высокий риск формирования у него анте/интранатального дистресс-синдрома и затрудненной неонатальной адаптации. Впервые симптомокомплекс перезрелого плода был описан Баллентайном (1902) и Рунге (1948), в связи с чем носит название синдрома Баллентайна- Рунге, включающий отсутствие сыровидной смазки, сухость и мацерацию кожных покровов новорожденного («баннные» стопы, ладоши), а также в паховых и подмышечных складках, длинные ногти, плотные кости черепа, узкие швы и уменьшенные размеры родничков, зеленоватое или желтоватое окрашивание кожных покровов, плодных оболочек, пуповины. В остальных наблюдениях говорят о пролонгированной беременности.

Пролонгированная беременность, продолжающаяся более 287 дней, не сопровождается нарушениями состояния плода и заканчивается рождением здорового ребенка без признаков перезрелости. Таким образом, пролонгированную беременность рассматривают как физиологическое состояние, направленное на окончательное созревание плода.



Коды по МКБ-10

- P08.2 Переношенный ребенок, но не «крупновесный» для срока (плод или ребенок, родившийся в 42 полные недели (294 дня) или более, масса тела или рост которого не превышают гестационные показатели).
- P20 Внутриутробная гипоксия.
- P21 Асфиксия при родах.
- P24.0 Неонатальная аспирация мекония.

Эпидемиология

Частота перенашивания беременности составляет в среднем от 3 до 10%. Течение запоздалых родов в сравнении со своевременными сопровождается повышенной в 2-4 раза частотой материнских и перинатальных осложнений [7, 9, 10, 17]. В большинстве европейских стран о переношенной беременности говорят, если она продолжается 294 дня и более, за исключением Португалии (287 дней и более) и Ирландии (292 дня и более). Частота переношенной беременности в Европе составляет около 3,5-5,92% [35, 40, 43].

В то же время далеко не всегда при переношенной беременности рождается ребенок с признаками перезрелости и, напротив, признаки переношенности можно отметить у плода, рожденного до истечения 290 дней беременности, что, вероятно, обусловлено индивидуальными сроками и особенностями развития беременности. Однако большего внимания заслуживает функциональное состояние перезрелого плода, учитывая большую частоту возникновения у него таких серьезных осложнений, как синдром мекониальной аспирации, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, миокарда, почек, кишечника, которые могут привести к анте- и интранатальной гибели плода. Переношенную беременность относят к факторам, влияющим на увеличение частоты осложнений родов, а также приводящим к увеличению показателей перинатальной заболеваемости и смертности. Наиболее характерными перинатальными осложнениями переношенной беременности считают мертворождение, асфиксию и родовую травму [12, 21, 42].

Скрининг

В программу скринингового обследования беременных входят [24, 33]:

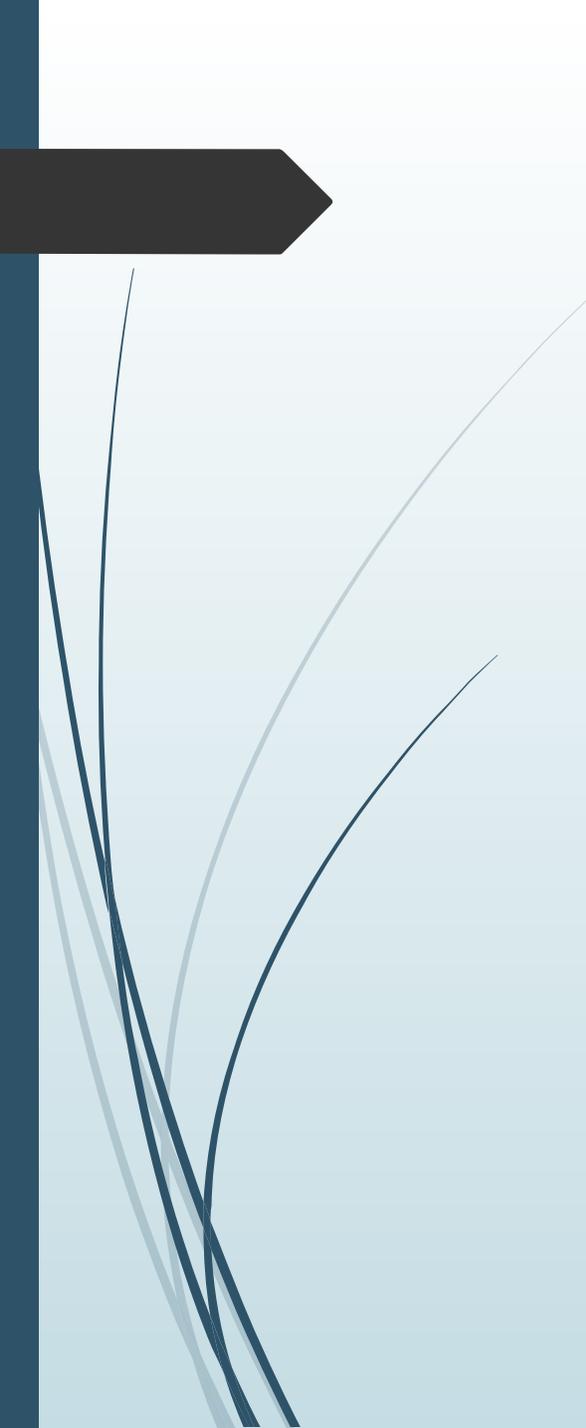
- выявление беременных группы риска переносимости беременности;
- УЗИ-фетометрия с оценкой признаков зрелости новорожденного;
- оценка количества и качества околоплодных вод;
- оценка степени зрелости плаценты;
- КТГ;
- оценка гемодинамики плода (средней мозговой артерии, аорты, венозного протока, нижней полой вены);
- оценка биофизического профиля плода;
- оценка зрелости шейки матки.

Диагностика

Анамнез и физикальное обследование

Традиционная диагностика переносимости беременности заключается в адекватном вычислении срока беременности. При этом к наиболее точным способам на современном этапе относят расчёты по 1-му дню оследней менструации и на основании данных ультразвукового сканирования в срок от до 12 нед. беременности. Ряд авторов считает эти два метода равнозначными. Однако некоторые исследователи в определении срока беременности при перенашивании предлагают опираться исключительно на данные УЗ-биометрии. Среди факторов риска переносимости беременности выделяют ряд особенностей соматического, акушерско-гинекологического анамнеза и течения настоящей беременности.

Из анамнеза многие авторы выделяют возраст родителей старше 30 лет, наличие соматической патологии у матери. Среди особенностей акушерско-гинекологического анамнеза следует обращать внимание на нарушение менструальной функции, наличие абортсв и самопроизвольных выкидышей, воспалительные заболевания придатков матки, запоздалые роды в анамнезе, на третьи и более по счёту предстоящие роды. При анализе соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, особенностей течения настоящей беременности отмечают факторы риска, указывающие на возможность развития переносимости и пролонгированной беременности [5,13].



Факторы риска перенашивания беременности:

- возраст первородящей старше 35 лет;
- прибавка веса за время беременности ≥ 20 кг;
- исходное ожирение;
- указание на запоздалые роды в анамнезе;
- перерыв между родами 15 лет и более

Факторы риска пролонгированной беременности

- возраст беременной от 20 до 30 лет;
- нарушение функции яичников с нерегулярным или удлинённым (≥ 35 дней) менструальным циклом;
- расхождение срока беременности и ультразвукового исследования.

Лабораторные исследования

По мере увеличения срока переносимой беременности происходит прогрессивное истощение калликреин-кининовой системы, проявляющееся в крайне низком содержании кининогена (0,25-0,2 мкг/мл при норме 0,5 мкг/мл), низкой активности калликреина, его ингибиторов и спонтанной эстеразной активности плазмы крови после 41-й недели беременности.

При переносимой беременности наблюдают интенсификацию процессов перекисного окисления липидов, как в организме беременной так и в организме плода, способствующую ингибированию мембраносвязывающих ферментов субклеточных структур. В итоге существенно нарушаются детоксикационная и энергопродуцирующая функции и как следствие – накопление экзо- и эндогенных токсических метаболитов, развитие эндотоксемии, прогрессирующей по мере увеличения срока беременности. Интенсивность эндотоксемии можно оценить по сорбционной способности эритроцитов и по концентрации средних молекул белков. Повышение показателей перекисного окисления и эндогенной интоксикации коррелирует с тяжестью гипоксии плода.

Для переносимой беременности характерно низкое содержание простагландина F_{2α}, синтезирующегося в децидуальной оболочке и миометрии и являющегося основным модулятором развития родовой деятельности.

При сроке беременности более 41-й недели отмечают повышение вязкости плазмы, концентрации мочевой кислоты, а также снижение концентрации фибриногена, антитромбина III и количества тромбоцитов. Концентрация фетального фибронектина >5 нг/мл в цервикальном секрете у женщин со сроком беременности более 41-й недели указывает на высокую биологическую готовность организма к родам и их самопроизвольное начало в течение ближайших 3 дней. Чувствительность и специфичность этого метода составляет 71 и 64% соответственно.

В группе риска по перенашиванию беременности целесообразно определение уровня фактора некроза опухоли – альфа (ФНО-а) в сроке беременности 39-40 нед. При этом его значение $\leq 0,946$ пг/мл с чувствительностью 80% и специфичностью 100% позволяет прогнозировать риск перенашивания беременности, что следует учитывать при определении тактики ведения пациенток [3,4,31].

Крайне важно изучение особенностей функционального состояния фетоплацентарного комплекса и плацента при перенесенной беременности (УЗИ, доплерометрическое исследование и КТГ). При эхографическом исследовании проводят фетометрию с определением предполагаемой массы плода и оценкой его анатомического развития. В 12,2% наблюдений выявляют синдром задержки роста плода (синдром ЗРП) I-II степени, что достоверно не отличается от частоты выявления синдрома при пролонгированной беременности. При этом в 80% наблюдений выявляются ассиметричная и в 20% - симметричная формы синдрома ЗРП. Для перенесенной беременности характерно выявление эхографических признаков выраженных инволютивно-дистрофических изменений (GIII с петрификатами). Средняя величина индекса объёма околоплодных вод в группе перенесенной беременности составляет $7,25 \pm 1,48$. Для перенесенной беременности типично выявление уменьшенного количества околоплодных вод.