

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения

Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:

ДМН, Профессор Цхай В.Б.

## **РЕФЕРАТ**

« Переношенная беременность. Признаки. Акушерская тактика»

**Выполнила:** клинический ординатор  
кафедры перинатологии,  
акушерства и гинекологии  
лечебного факультета  
Носова Л.А.

**Проверил:** Ассистент Коновалов В.Н.

г. Красноярск

2018г.

## Оглавление

|                                                                      |   |
|----------------------------------------------------------------------|---|
| Определение .....                                                    | 3 |
| Показания для госпитализации :.....                                  | 3 |
| Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий ..... | 3 |
| Диагностические критерии.....                                        | 3 |
| Дифференциальная диагностика .....                                   | 4 |
| Лечение .....                                                        | 5 |
| Ведение родов.....                                                   | 8 |
| Список используемой литературы.....                                  | 9 |

## Определение

Переношенная беременность - это беременность, которая продолжается 42 недели и более (294 дня) [Всемирная организация здравоохранения]. Роды при такой беременности называют запоздалыми (postterm labor, delivery). Ребёнок, родившийся от такой беременности, в большинстве случаев имеет признаки «перезрелости» (postmaturity, postmature fetus, postmature infant). «Переношенность» и «перезрелость» — не синонимы, хотя эти два понятия часто путают. Возможны как запоздалые роды плодом без признаков перезрелости, так и своевременные роды (term delivery) перезрелым плодом. Таким образом, «переношенность» — понятие календарное, а «перезрелость» — понятие, применяемое для оценки физического статуса новорождённого.

## Показания для госпитализации :

1. Срок беременности 41 нед.+ 0 и информированное согласие беременной на индукцию родов.
2. Срок беременности 41 нед. для преиндукции

## Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

основные

- установление срока беременности
- УЗИ шейки матки (перспективно для индукции – длиной менее 25 мм)

дополнительные

- биофиль плода.
- доплерометрия сосудов пуповины.

## Диагностические критерии.

Жалобы и анамнез:

Точность диагностики перенашивания зависит от достоверности информации о гестационном сроке. Своевременная диагностика чрезвычайно важна для определения тактики ведения родов. Важно использовать все доступные клинические данные, помогающие уточнить срок беременности.

- 1) Наиболее точный метод - по данным УЗ-фетометрии :

- УЗИ первого триместра всем беременным следует проводить в сроке

11-14 недель, поскольку это - более точная оценка гестационного срока, чем ПМЦ.

- Если разница срока гестации между ПМЦ и УЗИ первого триместра составляет более 5 дней, то предполагаемая дата родов должна быть вычислена согласно УЗИ первого триместра.

-Если разница срока гестации между ПМЦ и УЗИ второго триместра (14-20 недель) составляет более 10 дней, предполагаемая дата родов должна быть вычислена согласно УЗИ второго триместра .

-Если проводилось УЗИ первого и второго триместра, гестационный срок должен определяться по самому раннему УЗИ.

2) Менее точный метод:

- определение срока по первому дню последних месячных (при условии регулярного цикла);

- субъективное определение срока по размерам матки, при первом вагинальном осмотре во время постановки на учет по беременности.

Физикальное обследование: - наружное и внутреннее акушерское обследование

Инструментальные исследования: УЗИ, биофиль плода, доплерометрия сосудов пуповины

### Дифференциальная диагностика

проводится после родов с запоздалыми родами плодом без признаков переносимости. Ребенок считается переносимым, если есть сочетание, хотя бы 2-3 признаков переносимости.

У ребёнка могут быть следующие **признаки переносимости**:

- тёмнозелёная окраска кожи, плодных оболочек, пуповины;
- мацерация кожи, особенно на руках и стопах («банные» стопы и ладони);
- уменьшение количества сыровидной смазки;
- истощение подкожной жировой клетчатки и образование складок,
- снижение тургора кожи («старческий» вид ребёнка);
- крупные размеры ребёнка (реже — гипотрофия), длинные ногти на ручках;

- плохо выраженная конфигурация головки, плотные кости черепа, узкие швы и роднички.

## Лечение

Цели лечения: Уменьшение материнской и младенческой заболеваемости, связанной с осложнениями на фоне перенесенной беременности.

Тактика лечения:

Немедикаментозное лечение:

По достижении гестационного срока 40+0 нед.:

- 1) Провести консультирование по вопросам перенесенной беременности;
- 2) Возможно, предложить влагалищное исследование для оценки шейки матки и отслойки нижнего полюса плодного пузыря, снижающей потребность в последующей индукции .

Возможные осложнения отслойки нижнего полюса плодного пузыря: дискомфорт и болезненные ощущения, кровянистые выделения, нерегулярные схватки в течение 24 часов после манипуляции.

- 3) Обсудить дальнейший план наблюдения, включая возможную индукцию родов в 41+0 нед.

При получении информированного согласия на проведение индукции выдать направление в стационар по выбору пациентки, но не ниже П-го уровня.

При отказе от индукции дальнейшее наблюдение проводить по алгоритму усиленного наблюдения за состоянием плода.

- 1) Наблюдение возможно в условиях стационара или амбулаторно;
- 2) Предоставить контактную информацию родовспомогательных учреждений ближайших к месту жительства, лицензированных на оказание помощи при перенесенной беременности;
- 3) Обучить пациентку качественной оценке шевеления плода.
- 4) Оценка биофизического профиля плода два раза в неделю.
- 5) При отказе от индукции дальнейшее наблюдение проводить по алгоритму усиленного наблюдения за состоянием плода.

- Наблюдение возможно в условиях стационара или амбулаторно;

- Предоставить контактную информацию родовспомогательных учреждений; ближайших к месту жительства, лицензированных на оказание помощи при переносимой беременности;
- Обучить пациентку качественной оценке шевеления плода («шевелится так же как вчера», «...хуже» и т.д.).

Проконсультировать о тревожных признаках, при которых необходимо обратиться за медицинской помощью;

- При амбулаторном наблюдении: пригласить на прием через 3 дня для оценки биофизического профиля плода:
- ♦ При реактивном тесте – выдать направление на госпитализацию через 3-4 дня;
- ♦ При ареактивном тесте – направить на срочную консультацию в стационар.

Основополагающим фактором, определяющим выбор метода преиндукции или индукции родов, является определение готовности к родам, в первую очередь на основе оценки зрелости шейки матки.

Подготовку к родам и родовозбуждение следует проводить в стационаре не ниже второго уровня регионализации акушерско-гинекологической помощи.

I .Зрелая шейка матки.

Рекомендации к проведению индукции родов:

- начинать следует с 6 до 8;
- амниотомия;
- оценка качества и количества околоплодных вод;
- ведение партограммы с момента проведения амниотомии;
- выжидающая 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.

Схема введения окситоцина:

С целью инфузии 1 мл окситоцина (5 ЕД) растворяют в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида. Обязательное проведение катетеризации локтевой вены для обеспечения активного поведения роженицы. Начинается введение со скоростью 6-8 капель / мин. (0,5-1,0 мЕд / мин). При достижении эффекта через

30 минут скорость введения остается прежней. В случае отсутствия эффекта скорость введения увеличивают каждые 30 минут на 6 капель (0,5 мЕд / мин). Максимальная скорость введения не должен превышать 40 капель в одну минуту.

Критерием достижения регулярной адекватной родовой деятельности без гиперстимуляции матки считается наличие 4-5 маточных сокращений за 10 минут при продолжительности сокращений 40-50 сек. Родовозбуждение проводится с наблюдением за состоянием плода. При отсутствии эффекта в течение 3-4 часов - следует переоценить план ведения и завершить роды операцией кесарева сечения.

## II .Недостаточно зрелая шейка матки.

При недостаточно зрелой шейки матки тактика ее подготовки различается в зависимости от паритета родов. У первородящих женщин рекомендуется начинать подготовку шейки матки путем применения мифепристона по схеме 200 мг с интервалом 24 часа (схема 1). При недостаточной эффективности можно продолжить преиндукцию с

помощью простагландинсодержащего геля (динопростон 0,5 мг/1 мг интроцервикально через 6 часов не более 3-х доз) (схема 2).

Если применение вышеуказанных методов обеспечили полное созревание шейки матки, можно применить родовозбуждение с помощью амниотомии.

У повторнородящих пациенток любой из этих методов может быть использован с первого этапа подготовки шейки матки.

Перед каждым этапом преиндукции, индукции родов - оценка состояния плода с помощью КТГ.

### Схема 1. Преиндукция мифепристоном

- Одна табл. 200 мг per os.
- Через 24 часа – повторно одна табл. 200мг per os.
- Оценка эффективности через 48-72 часа.

### Схема 2. Преиндукция динопростом

- Содержание шприца ( 3 г геля соответствует 0,5/1 мг динопростона) с помощью входящего в комплект катетера вводят в цервикальный канал (ниже уровня внутреннего зева). После процедуры 10-15 мин лежать на спине, чтобы избежать вытекания геля. Влагалищная форма геля с динопростомом вводится в задний свод влагалища.

- Если желаемый результат достигнут, рекомендуемый интервал до назначения в/в окситоцина не составляет 6-12 ч.
- Если ответ на начальную дозу не достигнут можно назначить повторно 0,5 мг, а интервал от предыдущего введения- 6 ч.
- Необходимость дополнительного назначения и интервал определяет врач, исходя из клинической ситуации.
- Максимальная рекомендуемая доза за 24-часовой период – 1,5 мг (т.е. три дозы за 24 часа с интервалом 6 – 12 ч).

## II Незрелая шейки матки.

При наличии незрелой шейки матки независимо от паритета родов начальным препаратом для индукции является мифепристон.

1. Если применение мифепристона приводит к достижению недостаточно зрелой или зрелой шейки матки можно продолжить подготовку шейки матки или родовозбуждения в соответствии с пунктами I и II
2. Если шейка матки остается незрелой после преиндукции мифепристоном, следует решить вопрос о родоразрешении путем операции кесарева сечения.

## Ведение родов.

Выбор метода родоразрешения зависит от состояния внутриутробного плода. Консервативное ведение родов возможно при удовлетворительном состоянии внутриутробного плода. Для оценки состояния плода необходимо учитывать биофиль плода, данные доплерометрии.

- Роды при перенашивании следует вести по партограмме под постоянным мониторным контролем за сердечной деятельностью плода.
- Вопросы родостимуляции решать консилиумом.
- При неудовлетворительном состоянии внутриутробного плода, «незрелых» родовых путях предпочтительно кесарево сечение в плановом порядке.
- Экстренное кесарево сечение - при угрожающем состоянии плода, при отсутствии условий - вакуум-экстракция плода.
- Неонатолога следует заранее предупредить о предполагаемых запоздалых родах.
- В родах готовность к оказанию экстренной помощи новорожденному.



## Список используемой литературы

- 1)Савельева Г.М. Акушерство: Учебник / Г.М. Савельева, В.И. Кулаков, А.Н. Стрижаков и др. — М.: Медицина, 2000.
- 2)Айламазян Э.А. Акушерство: Учебник для студентов мед. вузов — СПб.: Специальная литература, 1997.
- 3)Bennett K.A., Crane J.M.G., O'Shea P., Lacelle J. et al. First trimester ultrasound screening is effective in reducing postterm labor induction rates: a randomized controlled trial // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2004. — Vol. 190. — P. 1077–1081.
- 4)Радзинский В.Е., Фукса А.М. Акушерство.Учебник., стр 843-850, 2016 г.