

Рецензия на реферат

По теме: Переношенная беременность. Этиология. Принципы диагностики и ведения.

Ординатором 1-го года обучения

Кафедра: перинатологии акушерства и гинекологии.

ФИО: Михайлова Надежда Сергеевна

Реферат выполнен на 17 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

Актуальность темы не вызывает сомнений, переношенная беременность является проблемой, представляющей большой научный и практический интерес в акушерстве. Актуальность ее объясняется большим числом осложнений в родах, высокой перинатальной смертностью. Данный реферат посвящен вопросам этиологии и возможностям диагностики переношенной и протонгированной беременности. Представлены материалы диагностики, течения беременности и возникновения осложнений в родах у беременных группы высокого риска по переношенной беременности.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

При написании реферата использовались современные источники литературы не старше пяти лет.

Реферат принят и оценен на



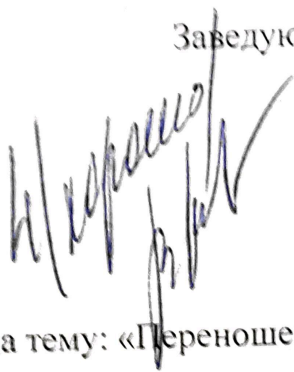
Руководитель клинической ординатуры: Коновалов Вячеслав Николаевич



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

на тему: «Переношенная беременность. Этиология. Принципы диагностики и
ведения»

Выполнила: Клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии

Михайлова Н.С.

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

г. Красноярск 2021 г.

Оглавление	3
Актуальность	4
Переношенная беременность	4
Основными причинами смерти и заболеваемости переношенных плодов и новорожденных являются:	4
Этиология и патогенез	5
Патогенез	7
К инволюционным процессам в конце доношенной, а далее и переношенной беременности относятся:	7
Клинические проявления переношенности у новорожденного:	8
Диагностика:	10
Клинико-лабораторные признаки переношенной беременности можно объединить в синдром переношенной беременности.	11
Степени перенашивания беременности:	12
Родоразрешение при переношенной беременности:	13
Введение родов:	14
Профилактика:	15
Используемая литература:	16

Актуальность

Перенашивание беременности — это патология, при которой имеет место удлинение внутриутробного срока пребывания доношенного плода в матке свыше генетически детерминированных 40 нед. в плаценте прогрессируют инволютивные процессы по типу старения недостаточности кровоснабжения; плод испытывает состояние трофического и кислородного голодания, а новорожденный рождается с признаками переносимости разной степени выраженности.

Средняя продолжительность доношенной беременности составляет 280 дней (40 нед) с 1-го дня последней менструации, или 266 дней с момента овуляции при 28-дневном менструальном цикле. Частота переносимой беременности составляет 10–12%. Однако у женщин с нейроэндокринными заболеваниями, пороками развития ЦНС плода частота переносимой беременности может быть выше. Перенашивание беременности чаще наблюдается у первородящих и многоплодных женщин (5 родов и более).

Продолжительность беременности измеряется с 1-го дня последней менструации. Срок беременности, нечислящийся по дате последней нормальной менструации, часто является источником статистических ошибок. Для их избежания следует принимать во внимание, что 1-й день менструального цикла расценивают как день 0 (а не 1-й день). Дни 0–6-й составляют полную лунную неделю. Дни 7–13-й — полную 1-ю неделю. Таким образом, 40-я неделя беременности соответственно является синонимом понятия «полные 39 нед».

Если дата последней нормальной менструации неизвестна, срок беременности нечисляется на основании наиболее надежных критериев (врачебный осмотр в ранние сроки беременности, данные УЗИ и другие клинические показатели). В последние годы широкое распространение получили специальные акушерские календари, включающие многие компоненты, в том числе высоту дна матки, окружность живота, показатели ультразвукового измерения физических данных плода.

Неточное определение срока беременности может быть связано с ошибочной датой последней менструации, пролонгированным сроком менструального цикла, поздним обращением женщины к врачу, задержкой роста плода, опухолью матки и другими причинами.

Роды при переносимой беременности называются запоздалыми. Средняя смертность переносимых (с массой тела свыше 2500 г) составляет 4–6,5%.

Переношенная беременность — тяжелое осложнение для плода и для матери. В связи с более крупными размерами плода, большей зрелостью центральной нервной системы у переношенных плодов нередко возникают родовые травмы. Этому способствуют большие размеры головки и отсутствие ее способности к конфигурации (плотные кости черепа, узкие швы и роднички).

Частыми осложнениями у новорожденных являются синдром дыхательных расстройств, пневмопатии (внутриутробная аспирация околоплодных вод, разрушение сурфактанта в легких у переношенного плода). При перенашивании значительно увеличивается перинатальная смертность (в 1,5—2 раза), мертворождаемость, а также заболевания новорожденных.

Основными причинами смерти и заболеваемости переношенных плодов и новорожденных являются:

- гипоксия и перинатальные повреждения ЦНС;
- аспирация околоплодными водами;
- дистресс-синдром и гиалиновые мембраны легких.

Перенашивание способствует нарушению функции ЦНС у ребенка в отдаленном периоде жизни: отставание в физическом и нервно-психическом развитии, затруднение в систематическом обучении в школе (следствие перенесенной перинатальной гипоксии). Изучение отдаленных последствий переношенной беременности для детей свидетельствует об их замедленном или даже сниженном развитии: в более позднем периоде жизни начинают сидеть, ходить, говорить, значительно чаще болеют.

Этиология и патогенез

Причины перенашивания беременности до настоящего времени изучены недостаточно. Известно, что перенашиванию способствуют нейроэндокринные заболевания (ожирение, сахарный диабет, гипоталамический синдром и др.). Предполагают комбинацию неблагоприятных факторов со стороны плода, плаценты и материнского организма. Ведущие из них следующие.

1. Отсутствие синхронной готовности матери и плода к сроку родов:
 - со стороны матери — недостаточная биологическая готовность шейки матки, а также несвоевременное формирование «доминанты родов» в ЦНС, нарушение вегетативного равновесия (преобладание функциональной активности парасимпатической вегетативной нервной системы над симпатико-адреналовой), снижение возбудимости и тонуса миометрия (снижение количества α -адренорецепторов);
 - со стороны плода — могут быть пороки развития ЦНС (анэнцефалия, микроцефалия, гидроцефалия, нарушение развития гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, поликистоз почек, болезнь Дауна). Пороки развития плода сопровождаются снижением синтеза кортикостероидных гормонов, от которых зависит каскадный выброс простагландинов и развитие родовой деятельности. Подтверждением роли плода в генезе перенашивания беременности является увеличение частоты пороков развития плода, которые наблюдаются в 10—15 раз чаще, чем при доношенной беременности, при наличии пороков развития ЦНС у плода снижается экспрессия в эпифизе так называемого плодового фактора и секреция кортикостероидов, которые оказывают непосредственное воздействие на синтез плодовых простагландинов. Это задерживает возникновение родовой деятельности.
2. Атрофические и дистрофические процессы в амнионе и децидуальной оболочке, которые являются местом каскадного синтеза простагландинов плодового и материнского генеза.
3. Гормональные нарушения в единой функциональной системе мать — плацента — плод. При перенашивании беременности нередко отмечаются изменения в соотношении содержания гонадотропных

гормонов, а также прогестерона, ЭЗ, катехоламинов, повышенный уровень ХГ.

4. Важное значение имеет запоздалое или диссоциированное созревание плаценты, хроническая плацентарная недостаточность, сохранение плацентарной иммунологической толерантности, препятствующей развитию иммунологических реакций по отторжению плода в срок родов. При выраженном перенашивании в крови беременных не определяются клетки-киллеры против плода, сохраняется высокая экспрессия Т-супрессоров. Одной из причин иммунологической толерантности может быть генетически обусловленная близкая совместимость матери и плода (родственный брак), что способствует длительной задержке плода в матке.
5. Определенную роль имеет генетически обусловленная совместимость матери и плода (родственный брак), приводящая к снижению трансплацентарного иммунитета и длительной задержке плода в утробе матери.
6. Значение в перенашивании беременности имеет недостаточная перестройка в конце беременности функциональной активности вегетативной нервной системы. Сохраняется преобладание тонуса парасимпатической нервной системы (парасимпатикотония), что препятствует формированию родовой доминанты и сохраняет спастическое сокращение поперечно расположенных мышц нижнего сегмента матки. Подготовительные схватки принимают болезненный характер и не приводят к укорачиванию шейки матки и открытию шейного канала.
7. Главными патогенетическими факторами перенашивания беременности являются функциональные сдвиги в центральной нервной системе (отсутствие формирования родовой доминанты).

Патогенез

Патогенез перенашивания беременности в большой степени определяется изменениями в плаценте. Известно, что в конце доношенной беременности в плаценте развиваются инволютивно-дистрофические процессы, которые генетически запрограммированы, так как срок внутриутробного развития человека ограничен 40 нед гестации. В отличие от всех других органов женского организма биологической особенностью плаценты является укороченный жизненный цикл, определенный периодом внутриутробного роста плода. Поэтому на протяжении всего срока внутриутробного развития плода (280 дней) в плаценте проходят все стадии биологического развития: рост, зрелость, физиологическая инволюция, патологическое старение и прекращение жизнедеятельности. При доношенном зрелом плоде, готовым к внеутробному существованию (37—40 нед), в плаценте развиваются атрофические, склеротические и дистрофические процессы, сходные с изменениями, характерными для физиологического старения. Снижается плодовоплацентарный коэффициент, отражающий соотношение массы плаценты, приходящееся на единицу массы плода. За время развития беременности этот показатель снижается более чем в 70 раз: с 9,3 на сроке 8 нед до 0,13 — в 40 нед.

К концу полной зрелости плода (38—40 нед) плацента завершает рост и представляет собой ограниченную со всех сторон структуру. Тканевые пластины хориальной, базальной ткани, скрепленные по краю фибриноидной субстанцией, не позволяют повысить объем плаценты даже в случае компенсаторного увеличения (гиперплазии) терминальных ворсин. Масса плаценты не может больше увеличиваться.

К инволюционным процессам в конце доношенной, а далее и переносимой беременности относятся:

1. Циркуляторные расстройства, которые заключаются в редукции плодовоплацентарного, кровообращения. Возникают спазм и облитерация стволых артерий, компенсируемые первоначально раскрытием артериовенозных анастомозов. Постепенно уменьшается число функционирующих капилляров и конечных — терминальных ворсин.
2. Дистрофические изменения: обызвествление — скопление солей кальция в ткани плаценты, снижение общей площади ворсин.

Интересно отметить *Милованов А. П., 1998+, что средняя концентрация кальция в плацентарной ткани в I триместре беременности составляет 4 мг/г, во II — 3,65 мг/г, к 40-й неделе — 10,26 мг/г. При переносимой беременности этот показатель может возрастать в 3 раза, но главное — он полностью отражает темпы минерализации костного скелета плода. Обызвествление плаценты отражает содержание кальция, поступившего из крови матери в кровяное русло ворсин хориона. Некоторые патоморфологи *Глуховец Б. И., Глуховец Н. Г., 2002+ считают, что отсутствие известковых депозитов в плаценте при доношенной беременности свидетельствует либо о завышенном неточном ее сроке, либо о недостаточном содержании кальция в материнской крови, следовательно, о недостаточной минерализации костей плода (новорожденного).

3. Склеротические процессы в сосудах плаценты и плацентарного ложа (утолщение сосудистых стенок, сужение и облитерация просвета, тромбоз).
4. Гипопластические и атрофические изменения ворсин хориона (уменьшение их диаметра, уплотнение стромы, расширение стромальных каналов, истончение хориального эпителия и др.).
5. Истончение плацентарного барьера

Все эти изменения касаются прежде всего плодовой части плаценты и имеют определенное физиологическое значение, направленное на завершение внутриутробного срока развития плода и необходимость подготовки матери, плаценты и плода к родоразрешению.

Клинические проявления переносимости у новорожденного:

- слабая выраженность подкожной жировой клетчатки;
- отсутствие казеозной смазки;
- прижизненная мацерация кожных покровов («банные ладошки и стопы»);
- плотные кости черепа, узкие швы и роднички, затрудняющие конфигурацию головки;
- окрашенные меконием кожа, пуповина у новорожденного, плодные оболочки и околоплодные воды;
- длинные ногти у новорожденного;

- отсутствие пушковых волос;
- снижение тургора кожи.

Эти характерные признаки переносимого новорожденного были описаны еще в 1902 г. Беллентайном и в 1939 г. Рунге. В литературе этот симптомокомплекс называется синдромом Беллентайна — Рунге. Развивается он в связи с длительным пребыванием зрелого плода в матке, который превышает генетически детерминированный на 2 нед и более. Он обусловлен хронической гипоксией и централизацией кровообращения, возникающей в ответ на сумму неблагоприятных факторов (снижение кровоснабжения, гипогликемия, недостаток кислорода, уменьшение количества околоплодных вод, затруднение двигательной активности, метаболические расстройства и др.). При централизации кровообращения необходимый кровоток сохраняется только в головном мозге, сердце и печени плода, тогда как в коже, подкожной жировой клетчатке, легких, кишечнике кровоснабжение снижено до минимального уровня, что и вызывает трофические расстройства. Следствием внутриутробного кислородного голодания являются снижение сократительной функции миокарда, поликистоз почек, гипоплазия легких и желудочно-кишечного тракта, нарушение обменных процессов у новорожденного, а далее у ребенка.

Характерной особенностью переносимой беременности является снижение количества околоплодных вод (маловодие) и изменение их качества и биохимического состава. В 40 нед беременности количество околоплодных вод составляет 1200—1100 мл. С каждой неделей перенашивания количество околоплодных вод уменьшается на 150—200 мл. В 41 нед их объем составляет 1000—800 мл, в 42 нед — 800—600 мл, в 43 нед их количество снижено в 2 раза по сравнению с нормой. Далеко зашедшее перенашивание (44 нед и более) отличается практически отсутствием околоплодных вод (их объем может составлять 30—40 мл).

Снижается прозрачность и состав околоплодных вод. При небольшом перенашивании беременности воды становятся опалесцирующими, беловатыми из-за наличия в них сыровидной смазки и поверхностных слоев кожи плода. При асфиксии плода и наличии мекония в околоплодных водах последние имеют зеленую или даже желтую окраску (меконий из верхних отделов кишечника плода).

С уменьшением количества околоплодных вод изменяются их физико-химические свойства, снижаются их бактерицидные свойства, что повышает риск развития внутриутробной пневмонии. Нарушение фильтрации амниотической жидкости и уменьшение ее количества сопровождается снижением очищения околоплодной среды от мочевины и других продуктов жизнедеятельности плода, а если это происходит за 2—3 нед до родов в околоплодной жидкости накапливаются азотистые шлаки, что может привести к развитию особого состояния — уреагидроамниона. Аспирация мекониальных вод вызывает развитие ателектазов и гиалиновых мембран в легких переносенного новорожденного. Известно, что каждые 3 ч состав околоплодных вод обновляется. Плод заглатывает околоплодные воды, которые затем выделяются почками плода. Часовая экскреция мочи составляет 30 мл. При снижении количества околоплодных вод уменьшается диурез у плода. При выраженном перенашивании (свыше 42 нед) экскреция мочи плода снижается вдвое, что отражает снижение почечного кровотока.

Диагностика:

Диагностика переносенной беременности основывается на учете совокупности данных анамнеза, клинико-лабораторных и ультразвуковых методов исследования. После родов — при осмотре ребенка и последа подтверждаются их характерные изменения.

При сборе данных анамнеза следует установить срок появления менархе, особенности менструального цикла, наличие инфантилизма, нейроэндокринных заболеваний, перенесенные воспаления матки и придатков; аборт, перенашивание в анамнезе, течение настоящей беременности. Срок беременности (родов) определяют по дате 1-го дня последней менструации, дню предполагаемой овуляции и срока зачатия, данным первой явки в женскую консультацию, первому шевелению плода, результатам объективного исследования и данным ультразвукового сканирования.

Клинико-лабораторные признаки переношенной беременности можно объединить в синдром переношенной беременности.

- Со стороны матери этот синдром включает следующие симптомы:
 1. Отсутствие биологической готовности шейки матки при доношенной беременности (38— 40 нед).
 2. Уменьшение окружности живота после 40-й недели беременности (уменьшение количества околоплодных вод).
 3. Увеличение ВСДМ из-за гипертонуса нижнего сегмента (следствие нарушения вегетативного равновесия в сторону парасимпатикотонии).
 4. Предлежащая часть (головка) плода в 38— 40 нед беременности и позже остается подвижной или неплотно прижатой ко входу в малый таз.
 5. В организме матери снижено содержание ЭЗ, Э2, ПЛ, кортикостероидов. Сохраняется повышенный уровень прогестерона и ХГ.
 6. При переношенной беременности в крови и моче женщины отмечено возрастание концентрации молочной кислоты, мочевины, креатинина как отражение нарушения КОС, хронической гипоксии и метаболического ацидоза.

О стороны плода:

- Диагностическим методом распознавания переношенной беременности является амниоскопия, которая позволяет обнаружить типичное для перенашивания изменение околоплодных вод: уменьшение их количества, зеленое или желтое окрашивание, наличие хлопьев сыровидной смазки.
- Следует выявить наличие хронической гипоксии плода, столь характерной для перенашивания беременности. С этой целью проводят выслушивание сердцебиения плода, ультразвуковое и кардиомониторное исследование. Усиление или ослабление двигательной активности, изменение частоты, тембра и ритма сердечных сокращений, наличие тахикардии, монотонного ритма ЧСС характерно для дистресса плода. На КТГ можно выявить поздние децелерации и отсутствие variability ЧСС.
- Ультразвуковое исследование позволяет выявить:
 1. маловодие;

2. повышенная эхоплотность околоплодных вод (наличие взвеси);
3. изолированное снижение внутриплацентарного кровотока в терминальных ветвях артерии пуповины; • снижение БФП плода;
4. признаки централизации кровообращения (начальные или выраженные);
5. III степень зрелости плаценты.

К маловероятным признакам перенашивания следует отнести:

1. II степень зрелости плаценты;
2. нормальный внутриплацентарный кровоток;
3. удовлетворительное состояние плодового кровообращения, нарушение кровотока только в маточных артериях и артериях пуповины.

При переносимой беременности не происходит нарушение кровотока ни в маточных артериях, ни в артерии пуповины. Все изменения гемодинамики затрагивают внутриплацентарный кровоток и магистральные сосуды плода. При прогрессировании переносимой беременности происходит постепенная централизация кровообращения.

Степени перенашивания беременности:

1. I степень перенашивания. Срок беременности удлинён в пределах 1 нед (41 нед беременности). Состояние плода сохраняется удовлетворительным. Тем не менее выявляется повышенное шевеление плода, склонность к тахикардии. Наряду с генерализованными нормальными движениями плода с помощью УЗИ диагностируются изолированные движения конечностей. Количество околоплодных вод несколько уменьшено (800—600 мл). При излитии они не прозрачные, а беловатого цвета, опалесцирующие.
2. II степень перенашивания (выраженность перенашивания не вызывает сомнений). Уточнённый срок родов свидетельствует о явном перенашивании беременности. Чаще всего это 42—43 нед. У беременной отсутствует достаточная биологическая готовность шейки матки к родам. Отмечается снижение окружности живота (ежедневно на 1—3 см) и повышение ВСДМ из-за гипертонуса нижнего сегмента матки. При этом предлежащая часть плода плотно не прижимается ко входу в малый таз. Клинико-параклинические методы свидетельствуют о гипоксии плода и выраженной плацентарной недостаточности.

Сердцебиение плода приглушенное, монотонное. При движениях плода оно учащается или урежается.

3. III степень перенашивания беременности. III степень перенашивания относится к крайней степени, при которой в результате длительного снижения внутриплацентарного кровотока, развития процессов ишемии в плаценте и миометрии у плода имеет место не только тяжелая гипоксия и гипоксемия, но и вторичная гипотрофия. В соответствии с этими осложнениями в крови плода повышается концентрация кислых продуктов обмена, имеют место гиперкапния, гиперлактинемия, эритробластоз. В тяжелых случаях развивается полиорганная дисфункция, которая приводит к плохой адаптации новорожденного в постнатальном периоде.

Родоразрешение при переношенной беременности:

Прежде чем решить вопрос о времени и методе родоразрешения при переношенной беременности, следует оценить наиболее важные факторы риска по ante- и интранатальной патологии.

1. Уточнить срок беременности, наличие и степень перенашивания.
2. Оценить состояние плода, плаценты, патологию оводненности плода (маловодие).
3. Определить биологическую готовность шейки матки к родам.
4. Выяснить акушерскую ситуацию.

Роды при переношенной беременности часто осложняются:

- несвоевременным излитием околоплодных вод при «незрелой» («недостаточно зрелой») шейке матки;
- патологическим прелиминарным периодом;
- аномальной родовой деятельностью;
- острой гипоксией плода;
- аспирацией околоплодных вод;

- травматическими повреждениями плода и тканей родового канала матери;
- кровотечением в последовом и раннем послеродовом периодах

Введение родов:

1. При I (легкой) степени перенашивания беременности роды ведут через естественные родовые пути.

Показанием к пересмотру тактики ведения родов от консервативной к кесареву сечению являются:

- выявление той или иной степени диспропорции плода и таза матери (опасность родовой травмы переносимого плода);
- ухудшение состояния плода в процессе родов (усугубление гипоксии);
- аномалии родовой деятельности, утомление роженицы, требующее сна-отдыха;
- задний вид, заднетеменной или переднетеменной асинклитизм, лицевое предлежание плода.

При пререзывании головки плода целесообразно произвести рассечение промежности. Особого внимания заслуживает ведение последового и раннего послеродового периодов, когда может начаться кровотечение.

2. При II (выраженной) степени перенашивания беременности (42—43 нед) запоздалые роды таят в себе еще большую опасность.

У плода в процессе родов может возникнуть острая асфиксия, у роженицы — вторичная слабость родовой деятельности, реализация острого инфицирования матки (эндомиометрит, хориоамнионит, плацентит). Если удастся быстро подготовить шейку матки к родам, состояние плода в процессе родов не ухудшается, акушерская ситуация складывается благополучно, роды ведут консервативно, под тщательным клиническим и кардиомониторным контролем, так как они относятся к родам высокого риска.

3. Роды при III (крайней) степени перенашивания беременности (43—44 нед и более) одинаково прогностически неблагоприятны для плода и

новорожденного при родоразрешении через естественные родовые пути и при кесаревом сечении. В связи с этим роды ведут в зависимости от готовности родовых путей, состояния матери и ее плода. При возможности следует провести роды через естественные родовые пути, предпочитают именно этот метод родоразрешения. При необходимости произвести кесарево сечение.

Профилактика:

Профилактические мероприятия основаны прежде всего на современных представлениях о причинах и патогенезе этой патологии.

Поэтому у женщин группы риска (нейроэндокринные заболевания, хронические инфекции и интоксикации, инфантилизм) следует особенно тщательно определять сроки беременности и родов.

В 38 нед необходимо провести оценку готовности организма матери к родам, углубленное исследование состояния плода. Если шейка матки сохраняется «незрелой», необходимо госпитализировать женщину в стационар не позднее 39—40 нед беременности.

Следует провести оценку состояния плода и структурной «зрелости» плаценты с помощью УЗИ, а также реактивности сердечно-сосудистой системы плода для определения наличия и степени выраженности перенесенной беременности.

Используемая литература:

1. Акушерство и гинекология (2-е изд.) Автор: Айламазян Э. К.
2. Акушерство : учеб. В. И. Дуда.
3. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Давыдов Акушерство. Учебник 2019
4. Акушерство под редакцией Радзинского В.Е. и Фукса А.М. 2016г.
5. Сидорова И. С. “Руководство по акушерству”.
6. Савельева Г. М. “Акушерство”
7. Журнал StatusPraesens
8. В.Е. Радзинский «Акушерская агрессия» 2017 г.