



Непатологические состояния во время беременности

Использованы материалы учебного пакета ВОЗ
эффективной перинатальной помощи (ЭПП) 2е издание,
2015 год

В ЧЕМ ПРОБЛЕМА И КАКОВА ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ?

Группа 1: Продолжительности беременности свыше 41 недели

Группа 2: Тазовом предлежании плода

Группа 3: Многоплодной беременности



ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БЕРЕМЕННОСТИ СВЫШЕ 41 НЕДЕЛИ

ИНДУКЦИЯ РОДОВ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Murray W. Enkin et al, 2000
RCOG, 2001
Crowley P, 2005

Переношенная беременность – беременность, продолжающаяся 42 полных недели и более

ДЛЯ ЧЕГО?

Рутинная индукция родов после 41 недели беременности снижает перинатальную смертность

КОГДА?

Женщинам с не осложнённым течением беременности следует предлагать индукцию родов после 41 недели беременности



ОТКАЗЫВАЮЩИЕ ЖЕНЩИНЫ ОТ ИНДУКЦИИ

- ✓ Усиленный антенатальный мониторинг
- ✓ Дважды в неделю КТГ плода и УЗИ оценка объема амниотической жидкости

ИНДУКЦИЯ РОДОВ: критерии применения

Murray W. Enkin et al,
2000

**ПРЕРЫВАНИЕ
БЕРЕМЕННОСТИ ДО
СПОНТАННОГО
НАЧАЛА РОДОВОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ –
ОДНО ИЗ НАИБОЛЕЕ
РАДИКАЛЬНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ В
ЕСТЕСТВЕННЫЙ
ПРОЦЕСС
БЕРЕМЕННОСТИ И
РОДОВ**

Индукция
родов может
применяться:

При отсутствии противопоказаний
к родоразрешению через
естественные родовые пути

Когда опасность пролонгирования
беременности для здоровья
матери и ребенка превышает
опасность, связанную со
стимуляцией родов

РОДОВОЗБУЖДЕНИЕ ПОСЛЕ 41 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ

Murray W. Enkin et al, 2000

Уменьшает
риск
перинатальной
смертности

На каждые 500
родов
предотвращается
гибель 1 плода

Снижает риск
появления
мекония в
околоплодных
водах

Не является
причиной
каких-либо
серьезных
осложнений

Не сопровождается никакими
преимуществами, кроме небольшого
уменьшения частоты примеси
мекония в амниотической жидкости

Тактика рутинного
родовозбуждения при
физиологической беременности
при сроке 40 – 41 неделя не
может рекомендоваться и не
показана в большинстве случаев

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Murray W. Enkin et al, 2000



Рутинное ультразвуковое исследование на ранних сроках беременности позволяет:

- определить точный срок беременности
- предотвращает необоснованное применение родовозбуждения в связи с ошибочным диагнозом переносимой беременности.

ВЛИЯНИЕ ИНДУКЦИИ РОДОВ НА ЧАСТОТУ КЕСАРЕВЫХ СЕЧЕНИЙ

Murray W. Enkin et al, 2000

Не существует связи между индукцией родов при переношенной беременности и увеличением частоты кесарева сечения

В исследованиях показано существенное снижение кесаревых сечений у первородящих женщин, у которых для индукции родов использовались простагландины

В группе женщин, подвергшихся индукции после 41 недели беременности, отмечено статистически значимое снижение частоты кесарева сечения

ТАКТИКА И РЕКОМЕНДАЦИИ

Murray W. Enkin et al,
2000

ТАКТИКА

Предоставление женщине полной информации о:

- ✓ различных методах индукции родов;
- ✓ Преимуществвах и осложнениях, связанных с каждым из них
- ✓ Возможности небольшого снижения риска перинатальной смертности при использовании индукции родов

РЕКОМЕНДАЦИИ

- ✓ До формальной индукции родов женщинам следует предложить влагалищное исследование с целью пальцевого отслаивания плодных оболочек
- ✓ Как только продолжительность беременности достигает полной 41 нед, женщинам, выбравшим индукцию родов, должен быть предложен самый эффективный из доступных методов



МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Format: Abstract

Send to

Obstet Gynecol. 2016 Sep;128(3):e61-8. doi: 10.1097/AOG.0000000000001643.

Committee Opinion No 671: Perinatal Risks Associated With Assisted Reproductive Technology.

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice; Committee on Genetics; U.S. Food and Drug Administration.

+ Collaborators (3)

Open/close investigator list

Abstract

Over the past decades, the use of assisted reproductive technology (ART) has increased dramatically worldwide and has made pregnancy possible for many infertile couples. Although the perinatal risks that may be associated with ART and ovulation induction are much higher in multifetal gestations, even singletons achieved with ART and ovulation induction may be at higher risk than singletons from naturally occurring pregnancies. However, it remains unclear to what extent these associations might be related to the underlying cause(s) of infertility. Before initiating ART or ovulation induction procedures, obstetrician-gynecologists and other health care providers should complete a thorough medical evaluation to ensure that patients are in good health and should counsel these women about the risks associated with treatment. Any maternal health problems or inherited conditions should be addressed. Couples at risk of passing genetic conditions on to their offspring, including those due to infertility-associated conditions, should be counseled appropriately. When a higher-order (triplet or more) multifetal pregnancy is encountered, the option of multifetal reduction should be discussed. In the case of a continuing higher-order multifetal pregnancy, ongoing obstetric care should be with an obstetrician-gynecologist or other obstetric care provider and at a facility capable of managing anticipated risks and outcomes.

PMID: 27548556 DOI: 10.1097/AOG.0000000000001643

[Indexed for MEDLINE]



Full text links



Save items

★ Add to Favorites

Similar articles

Committee Opinion No 671 Summary: Perinatal Risks Associated With As: [Obstet Gynecol. 2016]

Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology. [J Obstet Gynaecol Can. 2006]

Pregnancy outcomes after assisted human reproduction. [J Obstet Gynaecol Can. 2014]

Infertility, assisted reproductive technology, and adverse pregnancy outcor [Obstet Gynecol. 2007]

Review Pregnancy and birth outcomes in couples with infertilit [Am J Obstet Gynecol. 2017]

See reviews...

- **ACOG:** «Самое сложное и трудно корректируемое осложнение ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии) – возникновение многоплодной беременности, которая приводит к повышенному риску заболеваемости и смертности матери и плода»

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Murray W. Enkin et al,
2000

**ПО СРАВНЕНИЮ С ОДНОПЛОДНОЙ
БЕРЕМЕННОСТЬЮ ЧАЩЕ НЕПРИЯТНЫЕ
СИМПТОМЫ БЕРЕМЕННОСТИ:**

Изжога

Боли в спине

Геморрой

Повышенная
утомляемость

**ПО СРАВНЕНИЮ С ОДНОПЛОДНОЙ
БЕРЕМЕННОСТЬЮ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ:**

Анемия

Повышение
артериального давления

Преэклампсия

Преждевременные роды

РИСК ДЛЯ ПЛОДА:

- ✓ Повышение частоты врожденных пороков развития
- ✓ Наличие монохориального типа плацентации (оба плода имеют одну плаценту)
- ✓ Нарушение развития плодов
- ✓ Преждевременные роды
- ✓ Повышение частоты перинатальной смертности

*При последующем
наблюдении
отмечается
повышенный риск
развития
церебрального паралича*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОРОДОВОГО УХОДА ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

Murray W. Enkin et al,
2000

Нет никаких
доказательств, что
какая-либо тактика
антенатальной помощи
лучше по сравнению с
другой

Регулярные
антенатальные визиты
позволяют раньше
выявлять возникающие
проблемы

Женщины могут нуждаться в
дополнительной поддержке
при решении
эмоциональных,
практических и финансовых
проблем

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Murray W. Enkin et al,
2000



При рутинном ультразвуковом исследовании на ранних сроках беременности возможны:

- ранняя диагностика многоплодной беременности
- выявление врожденных пороков развития плодов
- определение числа амниотических полостей и количества плацент

ОДНАКО

раннее выявление многоплодной беременности не улучшает исходы для плодов

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Murray W. Enkin et al,
2000

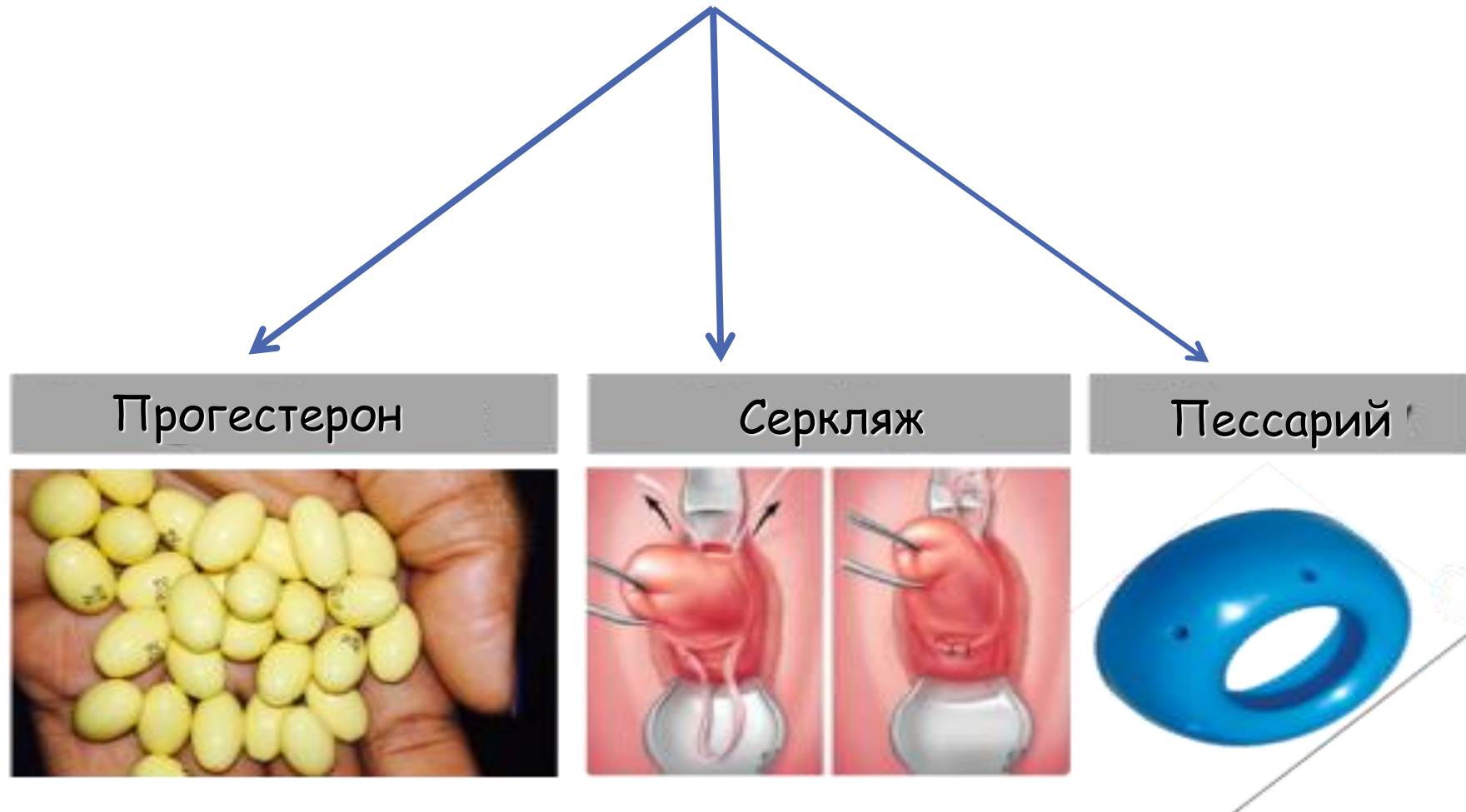


Прогнозирование, профилактика и лечение преждевременных родов при многоплодной беременности отсутствуют

**ОТСУТСТВУЮТ
ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
ЭФФЕКТИВНОСТИ**

- пальцевое исследование состояние шейки матки
- УЗИ
- наложение кругового шва на шейку матки
- назначение токолитиков
- дородовая госпитализация и постельный режим

СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ



ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

SOGC, 2013
RCOG, 2011

1

Серкляж при многоплодной беременности только на основании выявленного укорочения шейки матки не рекомендован (II-1D)

2

Не доказаны преимущества elective профилактического серкляжа при многоплодной беременности даже при наличии преждевременных родов в анамнезе (I-D)

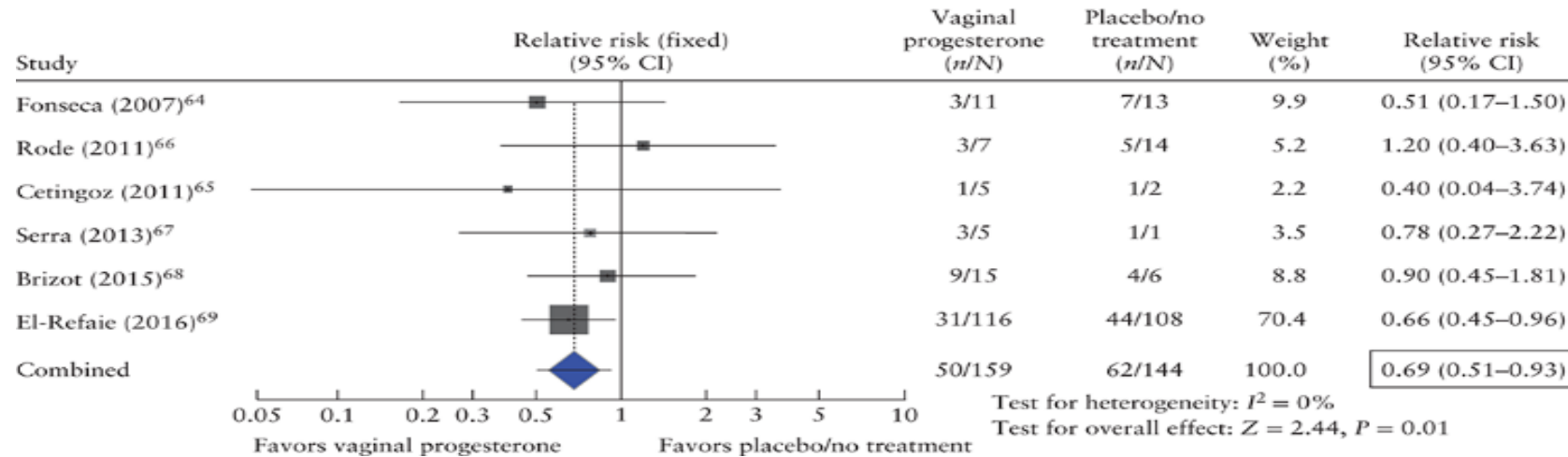
3

Серкляж может увеличить риск преждевременных родов при длине шейки менее 25 мм у женщин с многоплодной беременностью (B)

4

В настоящее время серкляж не может быть рекомендован для клинического применения при многоплодной беременности у женщин с короткой шейкой матки во II триместре (I-A)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВАГИНАЛЬНОГО ПРОГЕСТЕРОНА ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ



Вагинальное введение 400 мг микронизированного прогестерона женщинам с многоплодием без симптомов ПР и с короткой шейкой матки со второго триместра **снижает риск преждевременных родов в сроке гестации от <30 до <35 недель**, неонатальной смертности и неонатальной заболеваемости, без каких-либо осложнений нейро-психического развития детей



Cervical pessary to prevent preterm birth in women with twin gestation and sonographic short cervix: a multicenter randomized controlled trial (PECEP-Twins)

Maria Goya, MD, PhD; Maria de la Calle, MD; Laia Pratcorona, MD; Carme Merced, MD; Carlota Rodó, MD; Begoña Muñoz, MD, PhD; Miquel Juan, MD; Ariadna Serrano, MD; Elisa Llurba, MD, PhD; Teresa Higuera, MD, PhD; Elena Carreras, MD, PhD; Luis Cabero, MD, PhD, on behalf of the PECEP-Twins Trial Group



Пессарии могут иметь потенциальную роль в лечении пациенток с высоким риском преждевременных родов (ПР), могут приносить пользу беременным женщинам с укорочением шейки матки и двойнями, вне зависимости от акушерского анамнеза, а также могут снижать риск ПР у первородящих



Пессарии – доступная, безопасная и надёжная альтернатива для профилактики ПР в селективной популяции пациенток повышенного риска с двойнями, отобранных на основании измерения длины шейки матки во втором триместре.



Лечение вагинальным прогестероном, дополненное наложением акушерского пессария, увеличивает продолжительность гестации и снижает риски неблагоприятных неонатальных исходов



РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ



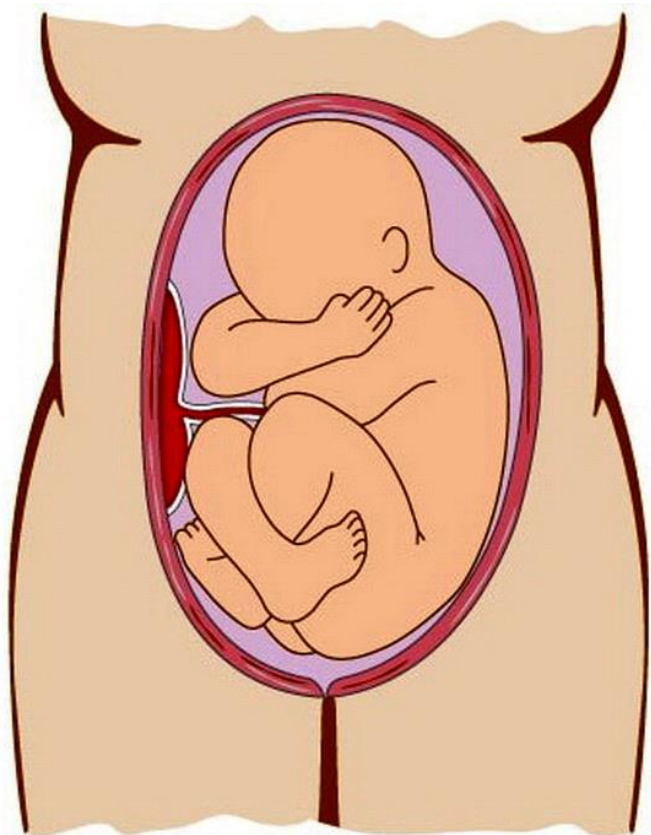
Данные контролируемых исследований о предпочтении определенного метода родоразрешения для женщин с многоплодной беременностью отсутствуют



Показания для родоразрешения путем кесарева сечения при многоплодной беременности пока не установлены

РЕКОМЕНДАЦИИ:

- ✓ Тщательное добровольное наблюдение
- ✓ Динамический мониторинг внутриутробного состояния
- ✓ Адекватность сроков и тактики родоразрешения



Тазовое

ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА

ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

WHO EURO, 2002



ДЛЯ МАТЕРИ:

повышение вероятности
родоразрешения путем
операции кесарева сечения



ДЛЯ ПЛОДА:

- выпадение пуповины
- родовые травмы
- инвалидизация

**Показатели перинатальных исходов при
тазовом предлежании плода хуже, чем при
головном, независимо от метода
родоразрешения**

НАРУЖНЫЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

WHO EURO, 2005
Murray W. Enkin et al,
2000

При доношенной беременности значительно снижает частоту случаев

- ✓ Тазовое предлежание плода во время родов
- ✓ Хирургического родоразрешения путем кесарева сечения

Рутинное использование ТОКОЛИТИКОВ

- ✓ Снижает уровень неудач
- ✓ Облегчает проведение процедуры
- ✓ Профилактика развития брадикардии у плода

Противопоказания

- ✓ Маловодие
- ✓ Излитие околоплодных вод
- ✓ Многоплодие
- ✓ Предлежание и отслойка плаценты
- ✓ Дистресс плода
- ✓ Кесарево сечение
- ✓ Кровотечение

Следует предлагать и обсуждать с женщинами

- ✓ С неосложнённой одноплодной беременностью
- ✓ С тазовым предлежанием плода
- ✓ В сроке беременности 36 недель

Следует выполнять в 37 недель беременности



**При неудаче 3-х попыток
наружного акушерского
поворота – кесарево сечение**

МЕТОДЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

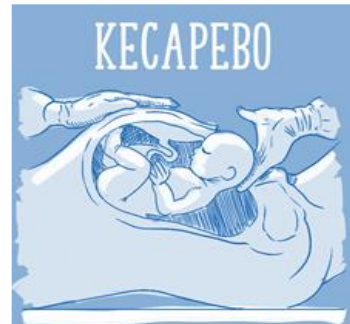
Murray W. Enkin et al, 2000

ПРИ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

ПРИ ВЕСЕ ПЛОДА
БОЛЬШЕ ИЛИ
РАВНОМ
1500 гр



ПРИ ВЕСЕ ПЛОДА
МЕНЬШЕ
1500 гр



Основная причина осложнений и гибели новорожденных – это недоношенность и врожденные пороки развития плода

ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА



Вопрос о методе родоразрешения до сих пор остается спорным

По данным рандомизированных клинических исследований при плановом кесаревом сечении уменьшается риск перинатальной смертности и заболеваемости, но при этом повышается риск материнской заболеваемости



РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

WHO EURO, 2002

ВОЗМОЖНЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СЛЕДУЮЩИХ УСЛОВИЙ:

- Чистое ягодичное предлежание плода или смешанное ягодичное предлежание плода при условии, что ягодицы располагаются ниже ножек плода над входом в малом тазе
- Предполагаемый вес плода 2500-3500 гр
- Отсутствие переразгибания головки плода (по данным УЗИ)
- Отсутствие признаков гипоксии плода
- Отсутствие рубка на матке после кесарева сечения

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Christine C. et al
2003

В сравнении с плановым кесаревым сечением при экстренном кесаревом сечении и вагинальных родах **увеличивается**



**Низкая оценка
новорожденного по шкале
Апгар в 7 раз**







**Случаи травм в
результате родов в 3
раза**



**Перинатальная
смертность в 2 раза**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

-  Нет клинических исследований, поддерживающих или опровергающих распространение мнения о преимуществах постуральных методик при тазовом предлежании плода
-  Наружный поворот на головку при тазовом предлежании до 37 недели беременности нельзя считать оправданным
-  Рутинный поворот плода на головку в 37 недель беременности – рекомендован
-  Эффективность рутинного кесарева сечения при доношенной беременности и тазовом предлежании плода – не доказана

ВОПРОСЫ?