



Перинатальные исходы – зеркало работы акушера

доцент, к.м.н. Нурмагомедова С.С.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК ППС ДГМУ

Гипертензивные расстройства

Гипертензивные расстройства при беременности занимают ведущие позиции среди проблем современного акушерства, поскольку существенно влияют на показатели как материнской, так и перинатальной заболеваемости и смертности.

Частота гипертензивных расстройств колеблется в широком диапазоне – от 5 до 22%.

Источники:

1. Сухих Г.Т., Ходжаева З.С., Филиппов О.С. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. Клинические рекомендации МЗ РФ.М2016;85.
2. Сидорова И.С. Преэклампсия. М: Медицинское информационное агентство, 2016; 528.
3. Song Clinical Practice Guideline. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary, , Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy Working Group, 2014; 23.

Актуальность преэклампсии и эклампсии

Преэклампсия встречается у 6–8% беременных в развитых странах и превышает 20% в развивающихся. В России, несмотря на наблюдающееся в последнее десятилетие снижение абсолютного числа родов, частота преэклампсии из года в год увеличивается и достигает 16–21%.

Частота эклампсии в развитых странах составляет, в среднем, 1:2000-3500 родов и значительно варьирует в зависимости от качества дородового наблюдения и социально-экономического статуса женщин

В структуре материнской смертности преэклампсия и эклампсия занимают 3-4 место.

Это одна из наиболее частых причин перинатальной заболеваемости (16-40%) и смертности (18-30%) каждый третий-четвертый ребенок имеет последствия перенесенной гипоксии и внутриутробной задержки роста плода, отстает в психомоторном и физическом развитии.

У женщин перенесших тяжелую преэклампсию и эклампсию в последующие жизни увеличен риск артериальной гипертонии в 3,7 раза, ишемической болезни сердца в 2,7 раза, инсульта в 1,81 раза, ТЭЛА в 1,79 раза и общая летальность спустя 14,5 лет выше в 1,49 раза по сравнению с общей популяцией женщин.

Распространенность ПЭ

Частота 2-8% (из протокола 2013 г)

Материнская смертность – 10,1% - 4-е место (Байбарина Е.Н и соавт. (2013 г)

ПЭ развивается на фоне А Г в 25%

ПЭ развивается на фоне гестационной АГ – в 55%

Осложняется эклампсией в 0,03- 0,1%

Осложняется HELLP синдромом в 0,17- 0.2%.

Факторы, влияющие на частоту преэклампсии

Уровень социально-экономического
развития страны

Качество и доступность оказываемой
медицинской помощи

Рост общей заболеваемости среди
женщин

Количество беременных позднего
репродуктивного возраста

Статистика ПЭ

Частота тяжелых форм преэклампсии 7 - 16%

Перинатальная смертность 18 – 30%

Перинатальная заболеваемость 463,0–780,0 на 1000

- Каждый четвертый ребенок при этой патологии имеет последствия перенесенной гипоксии
- Перинатальная заболеваемость и смертность при преэклампсии обусловлены недоношенностью хронической гипоксией внутриутробной задержкой роста плода

Источник: Перинатальные исходы на фоне различных методов профилактики гипертензивных расстройств при беременности. Н.А. Шахбазова, Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2018; 63:(3)

Факторы риска преэклампсии

Возраст (до 18 лет и старше 35 лет)

Паритет (первобеременные или повторнобеременные)

Временной интервал между родами при повторных беременностях (до 2 лет или более 10 лет)

Повышенный индекс массы тела более 30

Исходные показатели систолического и диастолического давления

Факторы риска преэклампсии

Преморбидный фон (заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, эндокринопатии, варикозная болезнь, антифосфолипидный синдром и др.)

Репродуктивные потери в прошлом (наличие трофобластной болезни, антенатальная гибель плода, задержка внутриутробного развития, неразвивающаяся беременность т.д.)

Неблагоприятный семейный анамнез (наличие гипертензии, инфаркта, инсульта, тромбофилических расстройств, сахарного диабета у ближайших родственников, случаи преэклампсии, эклампсии, бесплодия у матери, сестер и т.д.)

Генеративная функция обследованных (бесплодие, поликистоз яичников, применение вспомогательных репродуктивных технологий в лечении бесплодия и др.).

Социально-бытовые факторы:

вредные
привычки

профессиональ-
ные вредности

несбалансиро-
ванное питание

незамужнее
состояние или
повторный брак

Преэклампсия - одна из основных причин развития осложнений со стороны матери и плода - развивается у 2-3% беременных.

Стратегия снижения риска преэклампсии заключается в ранней диагностике на доклиническом этапе, которая может потенциально улучшить перинатальный исход.

Преждевременные роды являются основным фактором, способствующим развитию перинатальных осложнений и смертности.

Преждевременные роды ассоциируются с повышенной частотой осложнений и смертности среди новорожденных, причем риск обратно пропорционален сроку гестации на момент родоразрешения. Частота преждевременных родов в мире колеблется от 6 до 11% от числа всех родов.

Источник: Вечные проблемы акушерства - преэклампсия, преждевременные роды.
Е. А. Девятова Москва. 27 октября 2015 г.

Международная классификация болезней 10 пересмотра

O10 Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период

O10.0 Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия

- O10.1 Существовавшая ранее кардиоваскулярная гипертензия
- O10.2 Существовавшая ранее почечная гипертензия
- O10.3 Существовавшая ранее кардиоваскулярная и почечная гипертензия
- O10.4 Существовавшая ранее вторичная гипертензия
- O10.9 Существовавшая ранее гипертензия, не уточненная

Международная классификация болезней 10 пересмотра

O11 Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией

O12 Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии

- O12.0 Вызванные беременностью отеки
- O12.1 Вызванные беременностью протеинурия
- O12.2 Вызванные беременностью отеки с протеинурией

Международная классификация болезней 10 пересмотра

О13 Вызванная беременностью гипертензия без
значительной протеинурии

О14 Вызванная беременностью гипертензия со
значительной протеинурии

- О14.0 Преэклампсия (нефропатия) средней тяжести
- О14.1 Тяжелая преэклампсия
- О14.2 Преэклампсия (нефропатия) не уточненная

Международная классификация болезней 10 пересмотра

О15 Эклампсия

- О15.0 Эклампсия во время беременности
- О15.1 Эклампсия в родах
- О15.2 Эклампсия в послеродовом периоде
- О15.3 Эклампсия не уточненная по срокам

О16 Гипертензия у матери не уточненная

Осложнения ПЭ

Эклампсия

Кровоизлияния в мозг

Отслойка сетчатки

ОПН

Отек легких

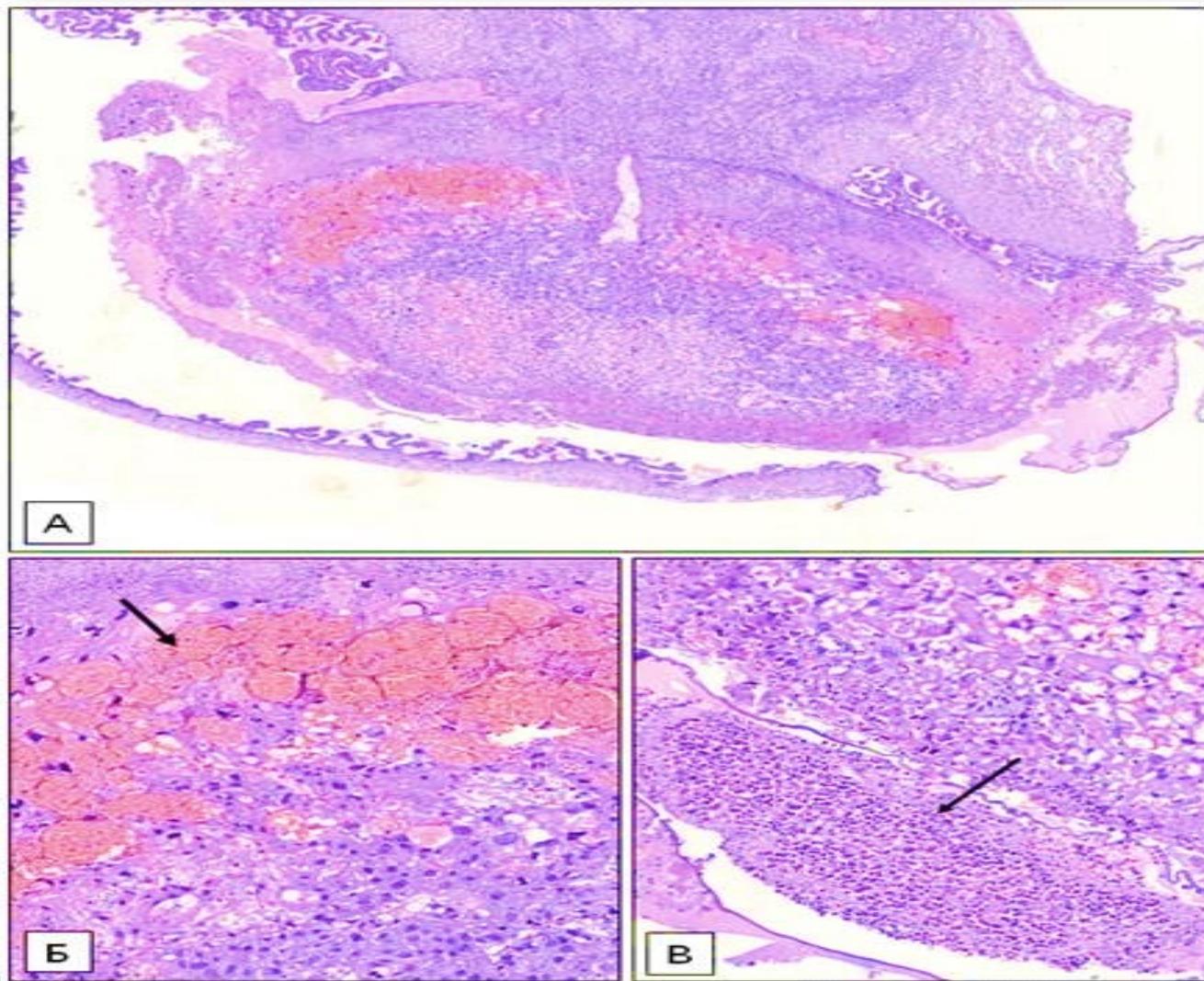
Инсульт

ПОНРП с массивным кровотечением

HELLP – синдром

Острый жировой гепатоз

Изменения плаценты при ПЭ:



Изменения в легких при ПЭ:

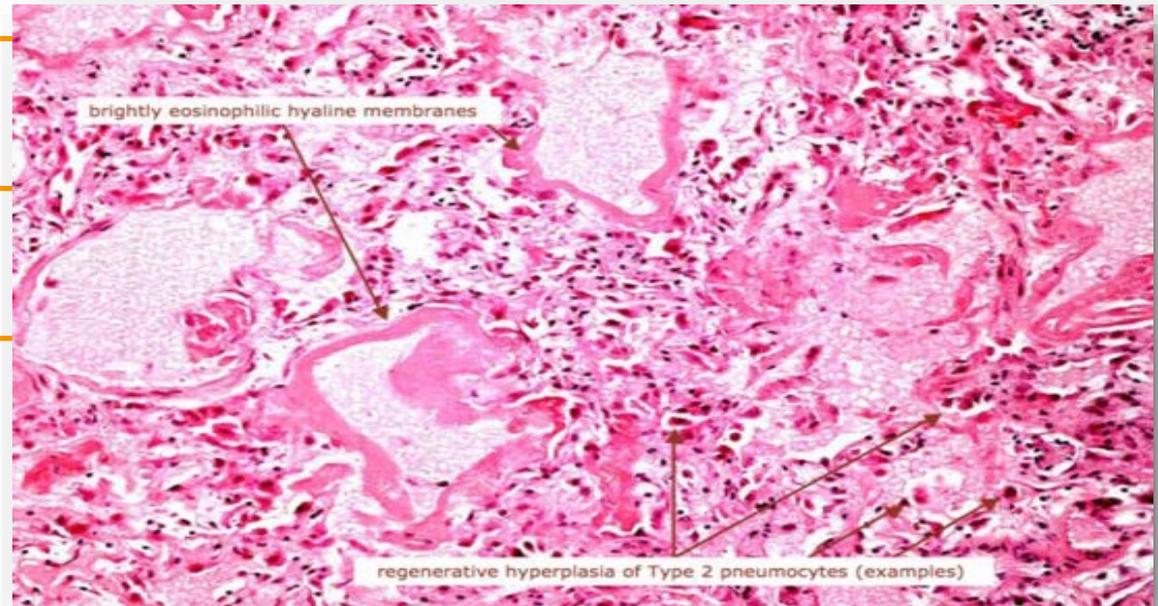
Респираторный дистресс синдром взрослых

Нейтрофильная инфильтрация интерстиция

Эритродиапедез

Дистелектазы

Формирование
гиалиновых мембран



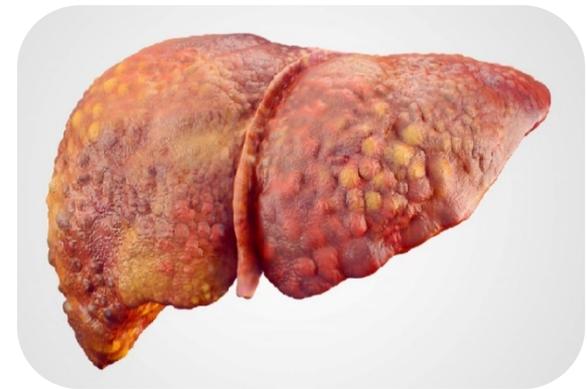
Жировое перерождение печени



здоровая печень

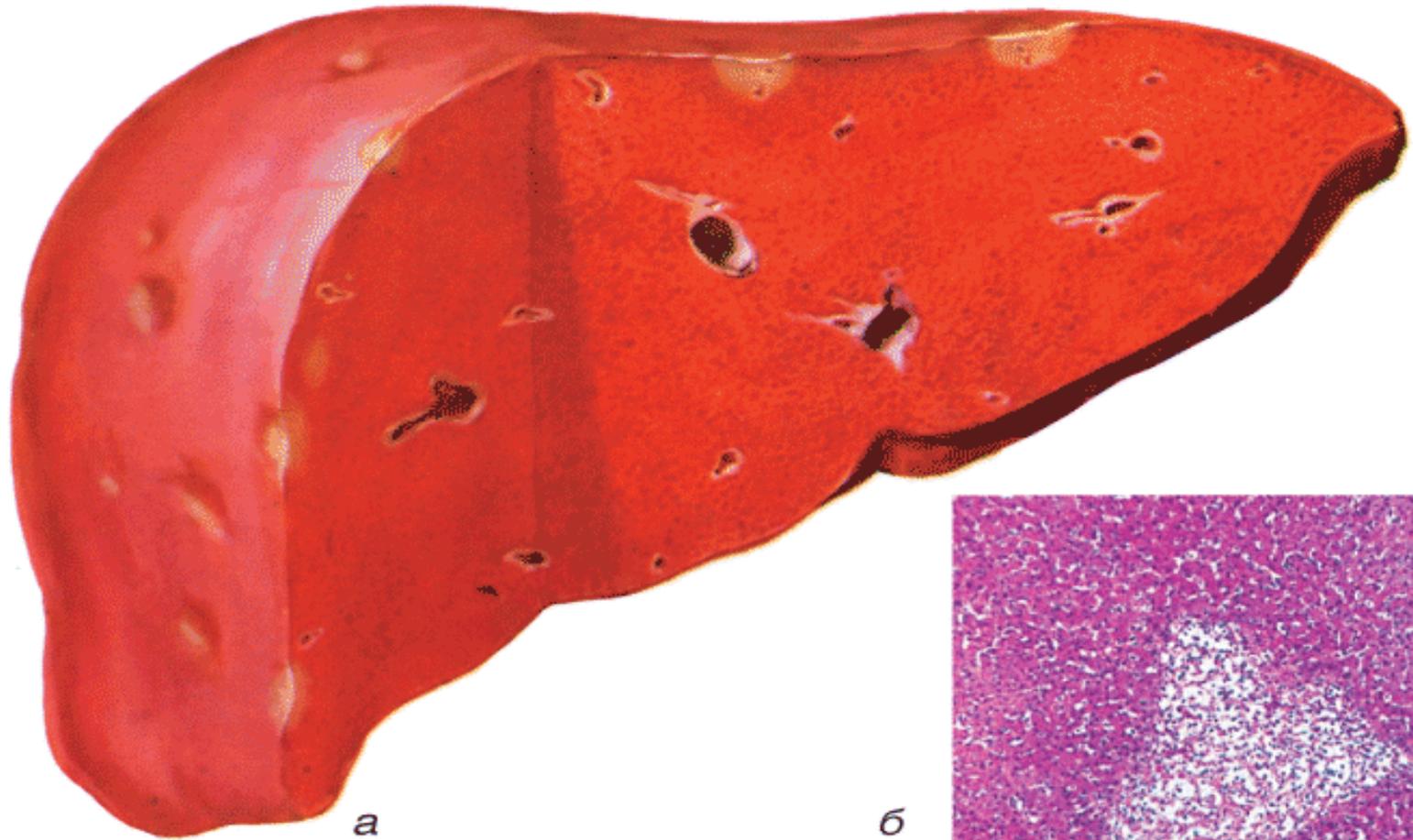


*жировой
гепатоз*



цирроз

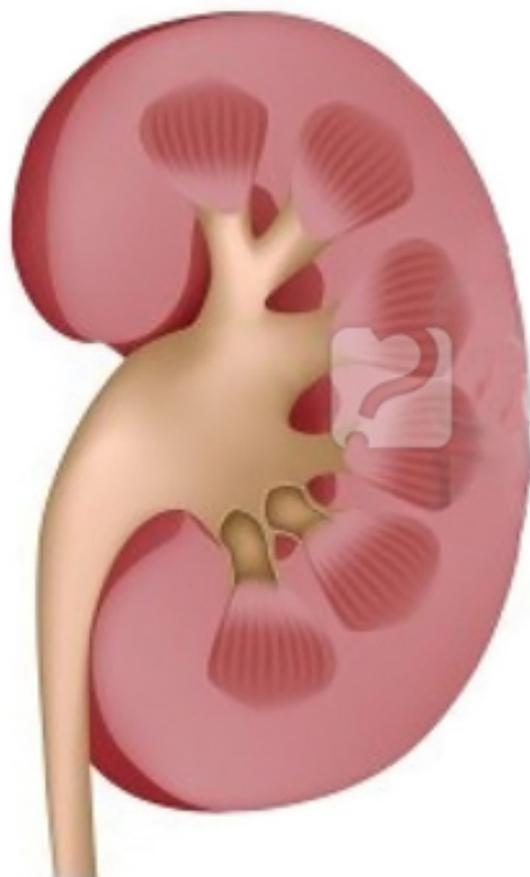
Подкапсульные инфаркты печени



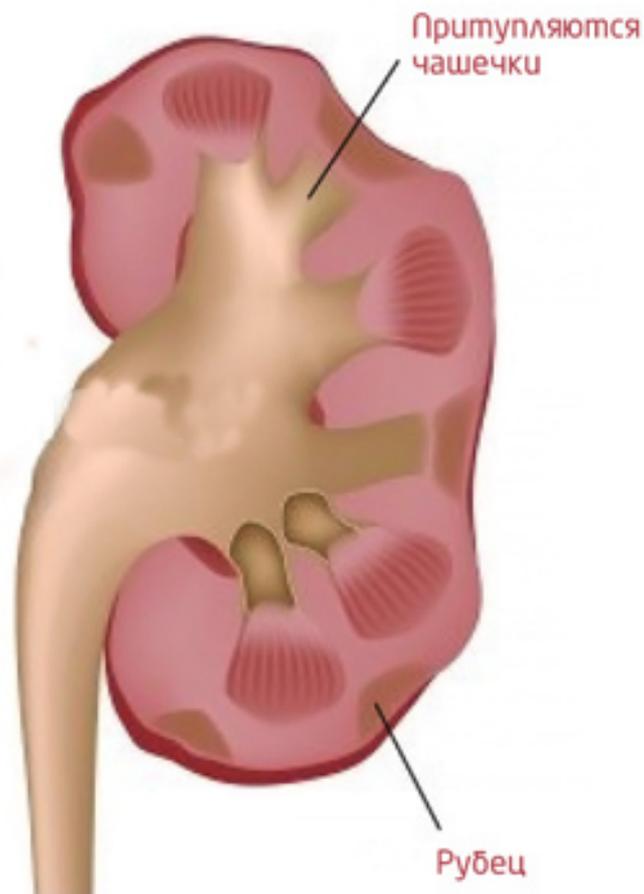
а) макропрепарат
б) гистологическая картина – мелкие треугольные зоны некрозов гепатоцитов. Окраска гематоксином и зозином, х50

Изменения в клубочках почек при ПЭ:

Нормальная почка



Пиелонефрит



Хроническая почечная недостаточность (ХПН) – прогрессирующее уменьшение функций почек

Причины:



Хронические
заболевания почек и
мочевыводящих
путей:

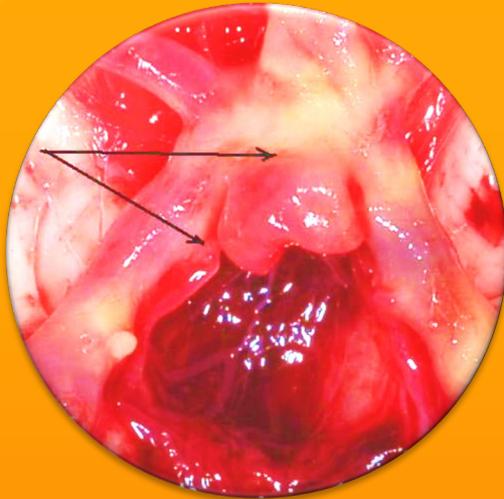


гломерулонефриты

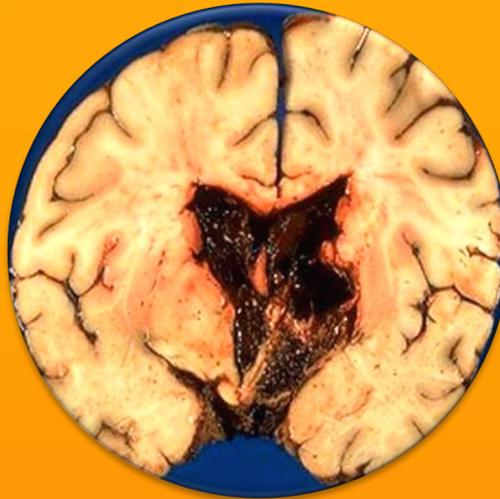


пиелонефриты

Изменения в мозге при геморрагических инсультах



аневризма
сосуда в
основании мозга



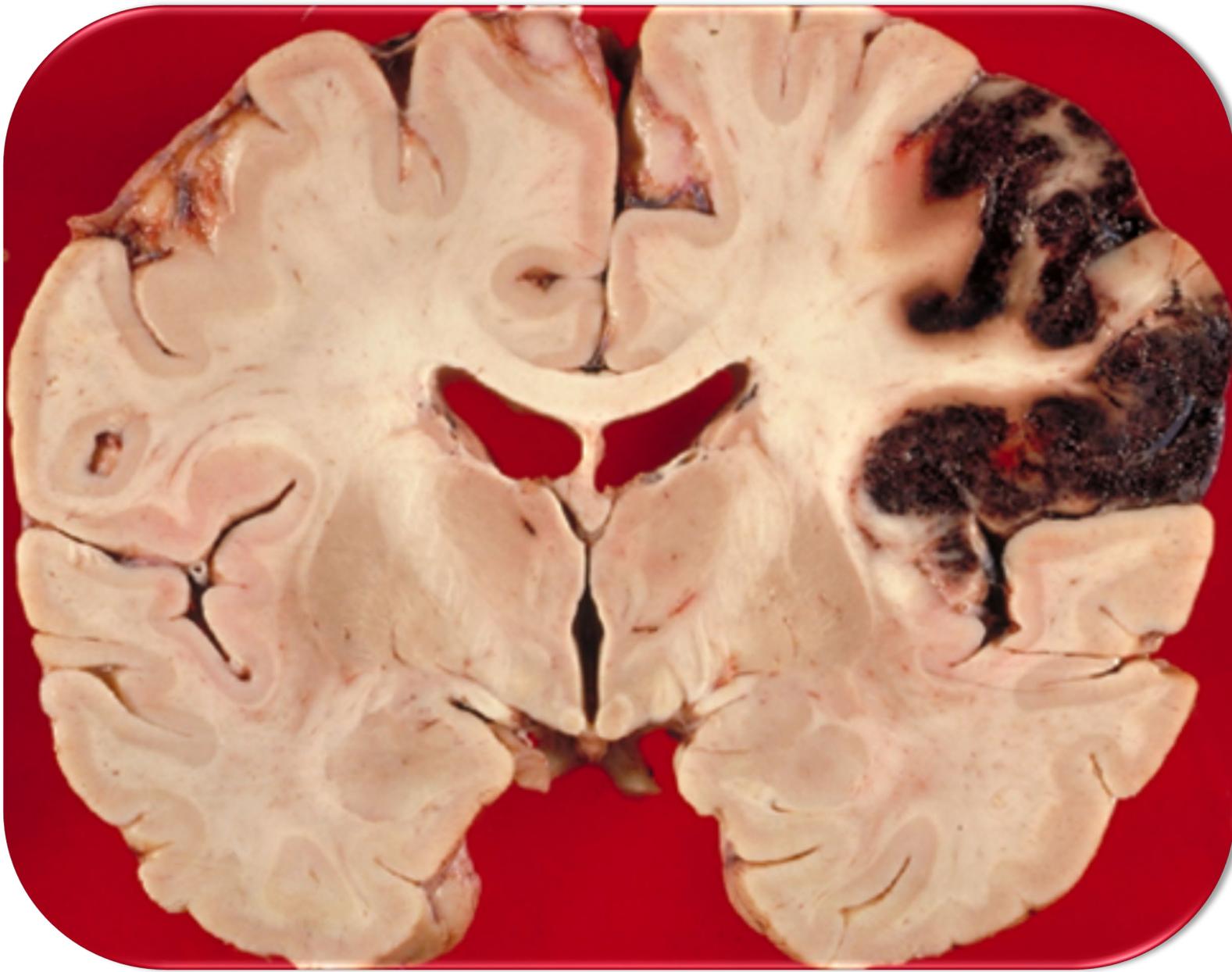
гематома мозга
с прорывом
крови в
желудочки



микроскопия
периферии
гематомы мозга

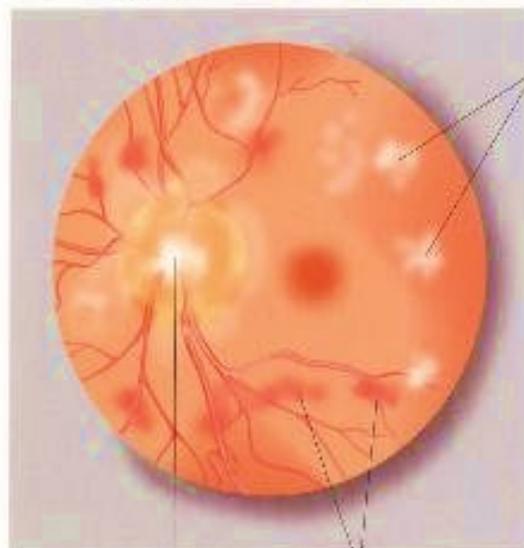


Инфаркт мозга



Глазное дно и отслойка сетчатки

Глазное дно

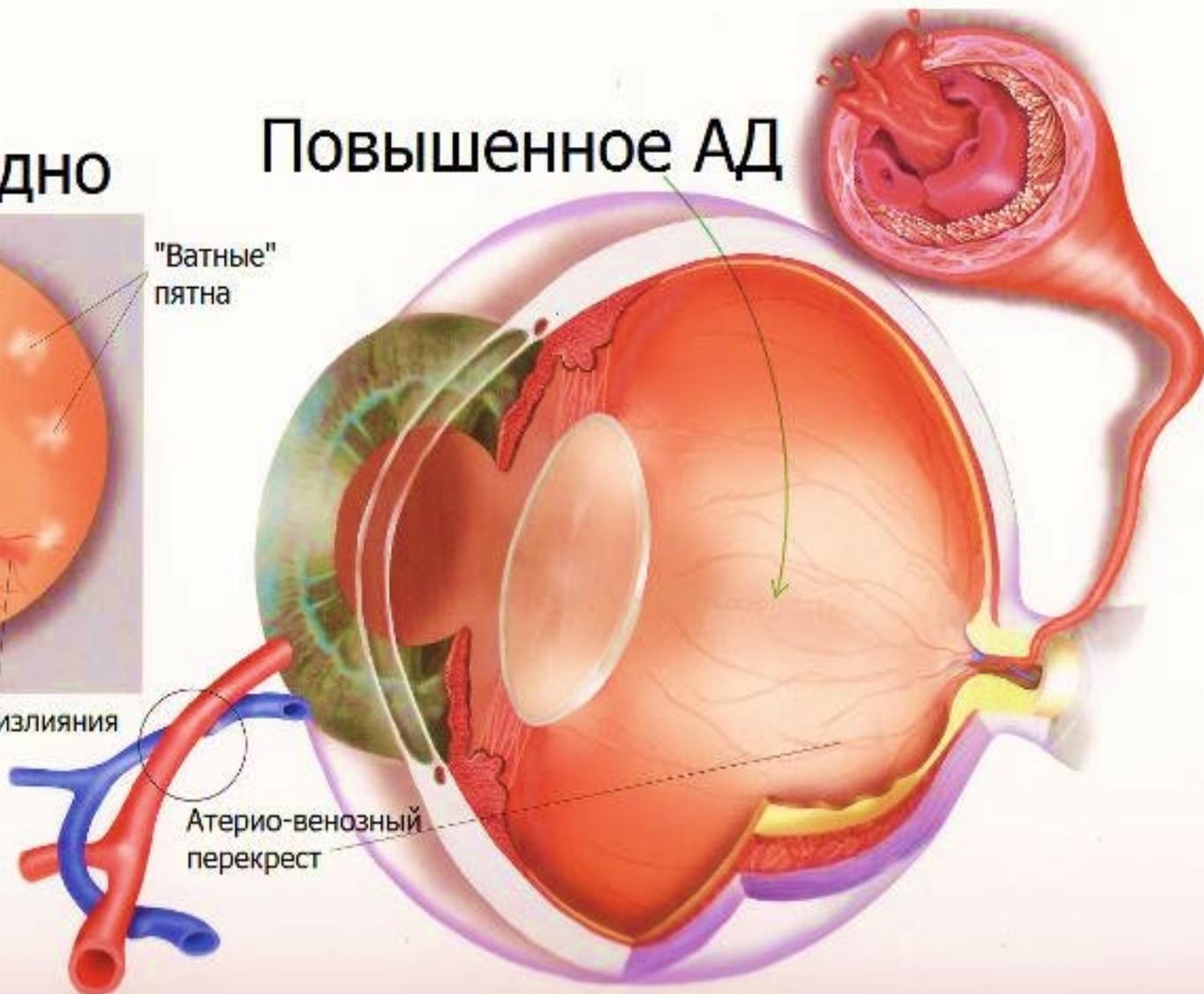


Отек диска

Кровоизлияния

"Ватные"
пятна

Повышенное АД



Атерио-венозный
перекрест

Риск развития сердечно – сосудистых заболеваний через 10-14 лет после родов у женщин с ПЭ

Сердечно-сосудистые заболевания	Относительный риск
АГ	3,7
ИБС	2,16
Инсульт	1,81
Смерть	1,49

Источник: Протокол МЗ РФ от 23.09.2013 г. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия

ПЭ можно подразделить на два вида: с ранним и поздним началом

Широко признано, что данные виды ПЭ представляют собой разные формы заболевания. Ранняя ПЭ, при которой заболевание развивается до 34-й нед. беременности, обычно связана с внутриутробной задержкой развития плода, неблагоприятными исходами для матери и новорожденного.

И наоборот, поздняя ПЭ, развивающаяся на 34-й нед. или позднее, в основном связана с умеренной формой заболевания матери и низкой степенью вовлеченности плода. Перинатальные исходы при поздней ПЭ обычно благоприятны

Ранняя преэклампсия (24-34 недели)

Пролонгирование беременности возможно только при стабильном состоянии материнства под контролем гемодинамических показателей до появления критерия тяжелой ПЭ.

Использование ГКС профилактики ОРДС у плода

Стабилизация состояния матери профилактика эклампсических судорог

Обоснование ведения тяжелых больных

Interventionist versus expectant care for severe pre-eclampsia between 24 and 34 weeks' gestation (Review)

[Churchill D¹](#), [Duley L](#), [Thornton JG](#), [Moussa M](#), [Ali HS](#), [Walker KF](#).



Выжидательная тактика при тяжелой ранней преэклампсии связана с уменьшением заболеваемости ребенка

ПЭ составляет до 15% причин в структуре преждевременных родов

Даже самое качественное лечение и выхаживание не всегда избавляют недоношенных детей, особенно родившихся с ЭНМТ, от перспективы инвалидности (нарушение психомоторного развития, слепота, церебральные нарушения, глухота, хронические заболевания легких).

Выхаживание одного 22-недельного ребенка может обойтись в несколько сотен тысяч долларов

Источники:

Л. Ю. Карахалис, Н. В. Селина. Перинатальные исходы при очень ранних преждевременных родах в зависимости от метода родоразрешения. Кубанский научный медицинский вестник, 2013
Flood K., Malone F. D. Prevention of preterm birth // Seminars in fetal & neonatal medicine. – 2011. – P. 1–6.
Айламазян Э. К., Евсюкова И. И. Дискуссионные проблемы преждевременных родов и выхаживания детей с экстремальнонизкой массой тела // Журнал акушерства и женских болезней. –2011. – Том LX. Выпуск 3. – С. 183–189

Недоношенная беременность

Рождение недоношенного ребенка, особенно с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ), является психологической нагрузкой на членов семьи и их окружающих, социальной нагрузкой для общества. Проблема связана с высокой стоимостью выхаживания таких детей, высокой частотой инвалидности.

- Перинатальная смертность недоношенных новорождённых более, чем в **30 раз выше**, чем доношенных, а мертворождаемость при преждевременных родах в **10-15 раз выше**, чем при своевременных.
- На долю недоношенных детей приходится около **80%** ранней неонатальной, **75%** младенческой смертности и около половины всех случаев тяжелых нарушений неврологического развития

Источник: Доброхотова Ю.Э., [Керчелаева С.Б.](#), [Кузнецова О.В.](#), [Бурденко М.В.](#) Преждевременные роды: анализ перинатальных исходов. [РМЖ. Мать и дитя №20 от 20.10.2015](#) стр. 1220

Проблема гипертензивных расстройств носит не только медицинский, но и социальный характер

Погибающие в первые 7 суток жизни новорожденные составляют 67% всех умерших на первом году жизни. 80% (четыре из пяти!) не переживших первую неделю составляют недоношенные дети.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния новорожденных, рожденных от матерей с различными факторами риска гипертензивных расстройств в зависимости от срока и метода родоразрешения.

Источники:

Айламазян Э. К., Евсюкова И. И. Дискуссионные проблемы преждевременных родов и выхаживания детей с экстремальнонизкой массой тела // Журнал акушерства и женских болезней. –2011. – Том LX. Выпуск 3. – С. 183–189.

Радзинский В. Е. Акушерская агрессия. – М.: изд-во журнала «StatusPraesens», 2011.–668 с.

-
- Под наблюдением находился 109 новорожденных; в I группу вошли 64 новорожденных от матерей с умеренной преэклампсией, во II группу – 45 новорожденных от матерей с тяжелой преэклампсией. Проведено клинико-функциональное обследование детей в неонатальном периоде: использовались клинические методы исследования, нейросонография, эхокардиография.

Перинатальные исходы в зависимости от тяжести ПЭ

Показатель	I группа (n = 64)	II группа (n = 45)	P
Родились недоношенными	62,5%	91,1%	
Средний гестационный возраст	34 ± 2 нед	32,4 ± 3 нед	p < 0,05
34–36 нед.	20	13	–
менее 34 нед	28	31	p < 0,05
менее 28 нед	2	6	p < 0,05
Средняя масса доношенных новорожденных	3010,4 ± 540,8 г,	3150 ± 248, г,	
Средняя масса недоношенных новорожденных	1949,7 ± 816,0 г.	1462,4 ± 626, г.	p < 0,05
ЭНМТ	12,8%	24,4%	p < 0,05
ОНМТ	27,5%	41,5%	p < 0,01
ЗВУР	45,3%	48,9%	–

Перинатальные исходы в зависимости от тяжести ПЭ

Показатель	I группа (n = 64)	II группа (n = 45)	P
Респираторные нарушения	40,6%	71,1%	
РДС	8	11	p < 0,05
РДС в сочетании с врожденной пневмонией	15	19	
врожденная пневмония	3	2	p < 0,05
Респираторная поддержка	31,25%	42,2%	—
В т.ч. ИВЛ	8%	12%	—
Средняя продолжительность ИВЛ	151,3 ± 57 ч.	220 ± 60 ч	—
Летальность	3,1%- 2	8,9%-4	
Переведены в ОПН	17	7	
Выписаны домой	29,7%	8,9%	

Состояние детей при рождении от матерей с умеренной и тяжелой преэклампсией

Показатель	Число случаев, %		P
	I группа (n = 64)	II группа (n = 45)	
Состояние удовлетворительное	28,1	4,4	p < 0,05
Состояние средней тяжести	45,3	24,4	p < 0,05
Состояние тяжелое	26,6	71,1	p < 0,001
Асфиксия тяжелая	7,8	22,2	p < 0,05
Асфиксия умеренная	40,6	66,7	p < 0,001
Синдром задержки внутриутробного развития	45,3	48,9	p < 0,01
Недоношенные дети	62,5	91,1	p < 0,01
Дети с ЭНМТ	12,8	24,4	p < 0,001
Дети с ОНМТ	27,5	41,5	p < 0,001

Частота перинатальной патологии у обследованных новорожденных, %

Показатель	I группа (n = 64)	II группа (n = 45)	P
Перинатальные поражения ЦНС (в целом)	78,1	93,3	p < 0,05
Церебральная ишемия I степени	10,9	4,8	—
Церебральная ишемия II степени	64,1	83,3	p < 0,05
Церебральная ишемия III степени	3,1	11,1	p < 0,05
Внутричерепные кровоизлияния (в целом)	45,3	68,9	p < 0,05
ВЖК I степени	35,9	61,3	p < 0,05
ВЖК II степени	7,8	32,2	p < 0,01
ВЖК III степени	1,6	4,4	—
Дыхательные нарушения	40,6	71,1	p < 0,05
Потребность в ИВЛ	12,5	26,7	p < 0,05
Неонатальная желтуха	21,9	26,7	—
Анемия	10,9	11,1	—
Врожденные аномалии развития	7,8	6,7	—

1-я группа – с 22 до 28 нед. (27 нед. 6 дней) – новорожденные с ЭНМТ, до 1000 г, прогноз крайне неблагоприятный, высокие показатели перинатальной смертности и заболеваемости – 8,9% родов;

2-я группа – 28–30 нед. 6 дней – новорожденные с ОНМТ, до 1500 г, исход родов для плода более благоприятный – 5,8% родов;

3-я группа – 31–33 нед. 6 дней – недоношенность средней степени – 9,7% родов;

4-я группа – 34–36 нед. 6 дней – родов – 65,6% родов.

Средняя оценка по шкале Апгар

в 1-й группе

- на 1-й мин $3,3 \pm 1,7$ балла,
- на 5-й – $4,2 \pm 1,4$ балла;

во 2-й группе

- на 1-й мин $5,3 \pm 1,9$ балла,
- на 5-й – $6,2 \pm 1,6$ балла;

в 3-й группе

- на 1-й мин – $6,7 \pm 1,5$ балла,
- на 5-й – $7,6 \pm 1,4$ балла;

в 4-й группе

- на 1-й мин – $7,2 \pm 1,7$ балла,
- на 5-й – $8,1 \pm 1,2$ балла.

Выбор метода родоразрешения при ПР

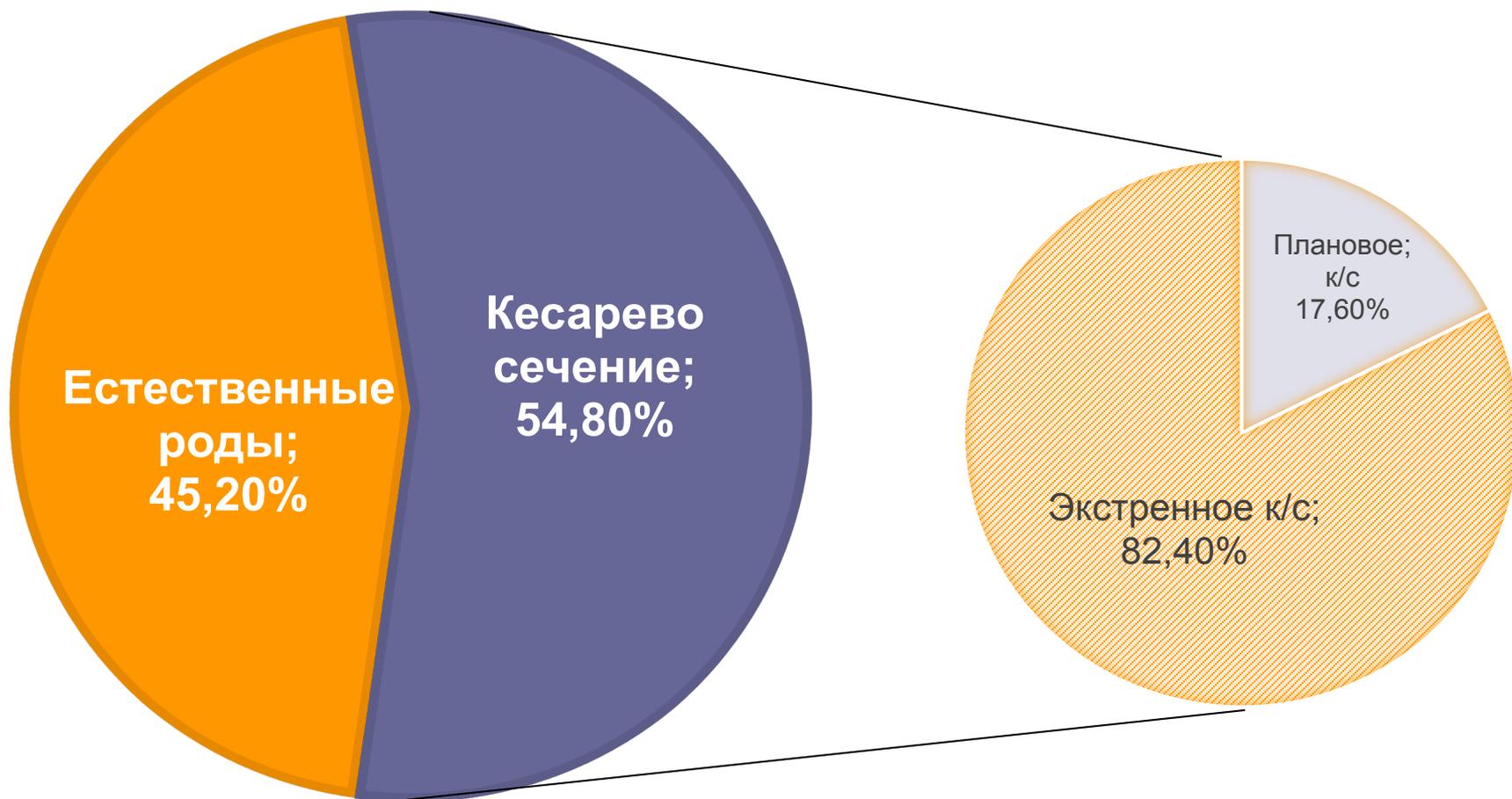
Выбор метода родоразрешения при ПР порой представляет собой сложную задачу. По данным литературы, только около 25% беременных при сроках гестации 28–37 нед. родоразрешаются через естественные родовые пути.

Эту группу, как правило, составляют ПР без акушерских осложнений или экстрагенитальной патологии. В 75% случаев ПР родоразрешение происходит путем операции кесарева сечения

Источник: Лукаев А.А., Пастарнак А.Ю., Болибок Н.В., Оразмурадов А.А. Родоразрешение женщин с преждевременными родами // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 2.

б. Фаткуллин Ф.И. Выбор метода оперативного родоразрешения при преждевременных родах // Казанский медицинский журнал. 2008. Т. 89. № 5. С. 610–613.

Статистика родоразрешения



Показания к хирургическому методу родоразрешения:

Совокупность относительных показаний (плацентарная недостаточность, рубец на матке, презклампсия, бесплодие в анамнезе, экстракорпоральное оплодотворение, хориоамнионит)

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Дистресс плода

Ножное предлежание плода

Показания к оперативному родоразрешению

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 29,4%

Начало регулярной родовой деятельности и наличие рубца на матке после операции кесарева сечения – 23,5%

Начало регулярной родовой деятельности при предлежании плаценты - 31,7%

Выпадение петель пуповины -5,9%

Тазовое предлежание - 5,9%

Определяет разницу в исходах при различных способах родоразрешения тот факт, что риск интранатальной травматизации плода при преждевременных родах в 7 раз выше, чем при родоразрешении в срок.

Известно, что на прогноз и качество будущей жизни ребенка в целом оказывают влияние многие факторы, среди которых в первую очередь необходимо выделить перинатальные поражения ЦНС.

Наиболее серьезным осложнением родов для недоношенного ребенка является родовая травма, которая при ПР встречается в 7 раз чаще, чем при своевременных.

К родовой травме предрасполагают следующие особенности недоношенных новорожденных: относительно большая голова, в основном за счет мозгового черепа, мягкие кости черепа и открытые швы и роднички, включая боковые роднички. Сосуды головного мозга имеют субэпендимальный зародышевый слой, расположенный над головой и телом хвостатого ядра, он истончается после 30-й нед. гестации и исчезает почти совсем к 36-й нед. Указанная область является источником большинства случаев внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенных детей.

Источники:

Макаров О.В., Бахарева И.В., Кузнецов П.А., Романовская В.В. Современные подходы к прогнозированию преждевременных родов // Рос. вестник акушерства и гинекологии. 2009. № . С. 10–15.

Тимошенко В.Н. Недоношенные новорожденные дети: учебное пособие. Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. 192 с.

Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. М.: ГЭОТАР-Медицина, 2006. С. 192–206.

Структура причин ранней неонатальной смертности

Патология	Родоразрешение	
	вагинальное	оперативное
	(n = 14)	(n = 18)
Умерли в неонатальном периоде	42,9%	5,6%
ВЖК II ст	12,3%	16,6
ВЖК III ст	7,1 %	-
Врожденная пневмония	-	16,6

Нами проведен сравнительный анализ перинатальных исходов в зависимости от срока и метода родоразрешения

Родоразрешение путем операции кесарева сечения

в 1-й группе - 25,5%

во 2-й группе – 47,6%

в 3-й группе – 82,9%

в 4-й – 45,8%

Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар в зависимости от метода родоразрешения

Группа	Родоразрешение	
	Вагинальное	Оперативное
22-27,6 нед	4,8±1,1; 4,9±1,2;	4,1±1,3; 4,3±1,0;
28-30,6 нед	5,1±1,1; 6,1±1,2;	6,3±1,3; 6,9±1,4;
31- 33,6 нед	5,3±1,2; 6,5±1,4	6,7±1,5; 7,2±1,7
34- 36,6 нед	7,1±1,1; 8,2±1,3	6,3±1,3; 6,9±1,4

При переводе на 2-й этап выхаживания в 1-й группе ведущими были диагнозы:

Синдром угнетения центральной нервной системы (ЦНС), недоношенность и СДР тяжелой и средней степени (100%), внутриутробная инфекция – у 15 (21,4%) новорожденных, гипотрофия I–II степени – у 8 (11,4%).

Во 2-й и 3-й группах ведущим диагнозом при переводе был синдром угнетения ЦНС, недоношенность и СДР средней степени у 23 (47,92%) и 59 (37,8%) новорожденных соответственно, также в 3-й группе достоверно чаще имел место диагноз гипотрофии II степени – у 78 (50%) ($p < 0,05$).

В 4-й группе с одинаковой частотой фигурировали недоношенность, внутриутробная пневмония, синдром угнетения ЦНС, гипотрофия II степени.

Отсутствие патологоанатомического диагноза.

В нашей работе мы попытались выявить и оценить зависимость перинатальных исходов от выбора метода родоразрешения и алгоритма ведения преждевременных родов.

Во всех группах соблюдение алгоритма ведения преждевременных родов через естественные родовые пути. в полном объеме оценка по шкале Апгар достоверно выше.

Зависимость перинатальных исходов при кесаревом сечении та же тенденция, но значения Апгар ниже, чем при ведении родов через естественные родовые пути.

Зависимость перинатальных исходов от родов путем операции кесарево сечения в целом плодном пузыре, значения Апгар выше в группах, где соблюдался алгоритм ведения родов.

Выводы:

гипертензивные расстройства матери при беременности- умеренная и тяжелая преэклампсия – неблагоприятно влияют на состояние здоровья их новорожденных детей.

в группе женщин с преэклампсией чаще регистрируется рождение детей раньше срока

наиболее часто из патологий перинатального периода у детей от матерей с гипертензивными расстройствами регистрируются: асфиксия, синдром задержки внутриутробного роста, перинатальные поражения центральной нервной системы.

новорожденные от матерей с тяжелой преэклампсией статистически значимо чаще рождаются недоношенными, в том числе с экстремально низкой массой тела, чаще имеют синдром задержки внутриутробного роста, рождаются с признаками асфиксии, в том числе тяжелой, чаще имеют перинатальное поражение ЦНС, а именно церебральную ишемию II и III степени, внутримозговые кровоизлияния, респираторные нарушения, требующие длительной респираторной поддержки

Выводы:

Причины тяжелого состояния недоношенных при рождении обусловлены не только сроком беременности, но и качеством ведения беременности и родов.

Отсутствие антенатальной профилактики СДР, недооценка негативной роли стремительных и быстрых родов и как следствие пренебрежение интранатальным токолизом, отсутствие обезболивания родов относятся к наиболее частым нереализованным возможностям акушерской помощи при преэклампсии и преждевременных родах.

Выводы:

- Улучшить перинатальные исходы для недоношенных новорожденных позволяют: выжидательная тактика при длительном подтекании околоплодных вод, подавление сократительной деятельности матки методами антенатального токолиза для возможности проведения профилактики РДС, ведение преждевременных родов через естественные родовые пути на фоне адекватного обезболивания (эпидуральная аналгезия).

Выводы:

- Резервом к улучшению перинатальных результатов преждевременных родов является расширение показаний к кесаревому сечению в плодном пузыре, однако для этого необходимо наличие полноценной службы неонатальной реанимации и интенсивной терапии.



Выводы:

- Методом выбора родоразрешения при ПР у беременных высокого перинатального риска должно быть оперативное родоразрешение, поскольку оно достоверно снижает показатель перинатальной смертности. Тем не менее в сроке гестации с 22 до 28 нед. операция кесарева сечения, как показали полученные нами результаты, не увеличивает жизнеспособность новорожденного.



Выводы:

- В сроке гестации с 29 до 34 нед. более бережным методом родоразрешения следует считать операцию кесарева сечения исходя из перинатального риска.
После 34 нед. метод оперативного родоразрешения не всегда влияет на перинатальный исход.
- Методом выбора родоразрешения в сроке гестации после 34 нед. являются роды через естественные родовые пути.



Выводы:

- С целью решения обозначенных проблем рекомендуются:
 - предгравидарная подготовка, включающая в себя в обязательном порядке полное обследование;
 - планирование беременности, увеличение интергенеративного промежутка;
 - тщательный сбор анамнеза, выявление группы риска по ПЭ;
 - индивидуальный подход к составлению плана родоразрешения исходя из перинатального риска;

Консультирование пациенток после перенесенной ПЭ

Предмет консультирования:

- Отдаленный риск развития почечной недостаточности

Содержание консультирования:

- Проинформировать женщину с ПЭ в анамнезе с отсутствием протеинурии и АГ в послеродовом периоде (6-8 нед. после родов), что хотя относительный риск почечной недостаточности повышен, но абсолютный риск относительно невысок.

Консультирование пациенток после перенесенной ПЭ

Проинформировать женщину после ПЭ о том, что риск развития:

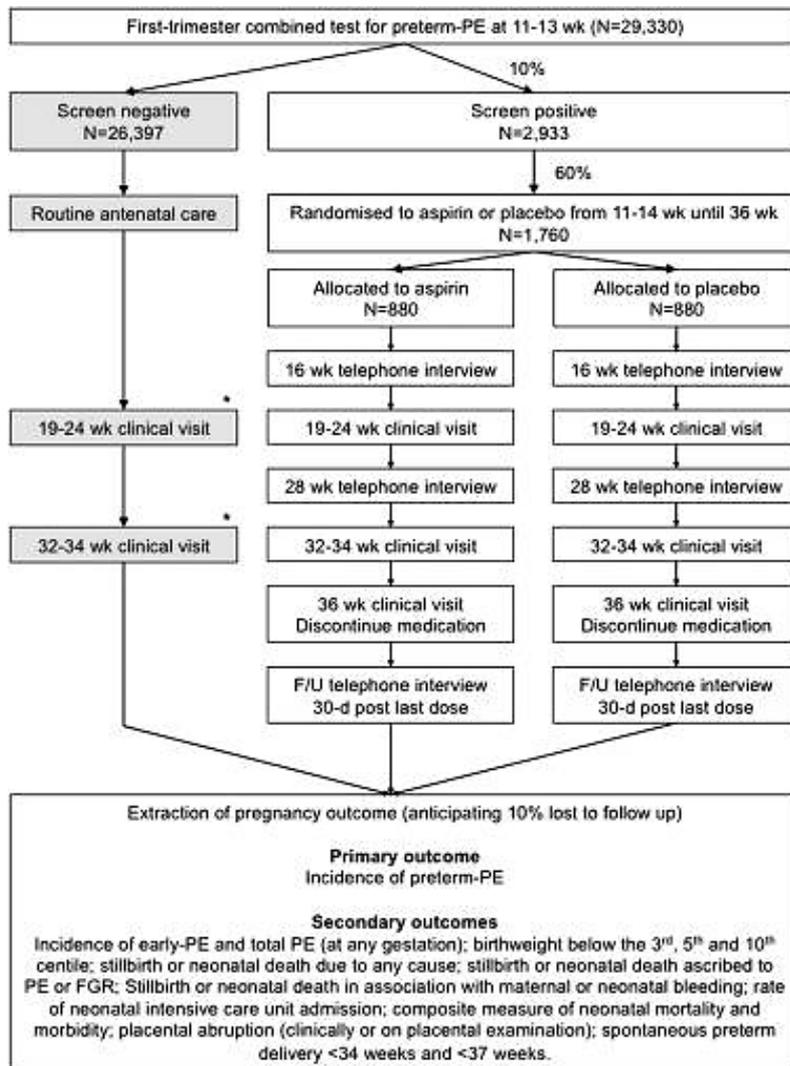
Гестационной (индуцированной беременностью) гипертензии при последующих беременностях варьирует в пределах от 1 на 8 (13%) беременностей до 1 на 2 (53%) беременности.

ПЭ в последующие беременности- примерно 1 на 6 (16%) беременностей

ПЭ в последующие беременности- о примерно 1 на 4 (25%) беременностей в случае, если была тяжелая ПЭ, HELLP синдром или эклампсия и это приведет к преждевременным родам до 34 недели, а также о примерно 1 из 2 (55%) беременностей, которые закончатся родами до 28 недели.

ASPREE

aspirin for evidence based preeclampsia prevention 2014-2016



Проспективное рандомизированное плацебо-контролирующее исследование **29330** женщин Великобритании, Бельгии, Италии, Испании, Греции и Израиля.

Скринирование при сроке 11-13 6/7 недель: анамнез, PI маточных артерий, среднее АД, PAPP-A, PIGF в крови

Высокий риск по развитию преэклампсии

Применение ацетилсалициловой кислоты 150 мг/сутки до 36 недель перед сном

ASPREE

aspirin for evidence based preeclampsia prevention 2014-2016

Результаты:

Использование аспирина (150 мг/сутки) может снизить частоту преэклампсии (до 34 нед.) на **82%**

Снижение риска преэклампсии (после 34 нед.), которая была основной целевой группой исследования, составляла **62%**

Алгоритм назначения низких доз аспирина для профилактики преэклампсии

Группа риска развития преэклампсии в 1 триместре беременности

Суточный монитор АД

При исключении ХАГ
определить PIGF
и доплер МА

Назначение аспирина 150
мг/сутки в вечернее время
(ASPRES) с 12 недели до 36
недели

Хроническая артериальная
гипертензия

Назначение низких доз
аспирина 75-162 мг/сутки

Международные рекомендации по применению кальция для профилактики преэклампсии

Guideline:

**Calcium supplementation
in pregnant women**

- В популяциях с низким потреблением кальция рекомендуется назначение кальция как часть антенатальной помощи для предотвращения преэклампсии всем беременным, но особенно в случаях её высокого риска («строгая» рекомендация)

Российские рекомендации по применению витамина D и кальция для профилактики преэклампсии

Профилактика, диагностика и лечение дефицита витамина D и кальция у взрослого населения России и пациентов с остеопорозом (по материалам подготовленных клинических рекомендаций)

Лесняк О.М.^{1,2}, Никитинская О.А.², Торопцова Н.В.², Белая Ж.Е.², Белова К.Ю.², Бордакова Е.В.², Гильманов А.Ж.², Гуркина Е.Ю.², Дорофейков В.В.², Ершова О.Б.^{2,10}, Зазерская И.Е.², Зоткин Е.Г.², Каронова Т.Л.¹¹, Марченкова Л.А.², Назарова А.В.¹⁰, Пигарова Е.А.², Рожинская Л.Я.², Сафонова Ю.А.¹, Скрипникова И.А.¹², Ширинян Л.В.¹³, Юренина С.В.¹⁴, Якушевская О.В.¹⁴

Рекомендации Российской ассоциации по остеопорозу «ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D И КАЛЬЦИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ И У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ»

2015 г под ред. Лесняк О.М.

Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов «ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D У ВЗРОСЛЫХ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА»

2015 г. Дедов И.И., Мельниченко Г.А.

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ЭНДОКРИНОЛОГОВ
ФГБУ «ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D У ВЗРОСЛЫХ:
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА



Клинический протокол Междисциплинарной Ассоциации Специалистов репродуктивной медицины «ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ»

2016 г. В.Е. Радзинский

Обоснование элективных поздних преждевременных родов при тяжелой преэклампсии

Planned early delivery versus expectant management for hypertensive disorders from 34 weeks gestation to term

[Cluver C](#)¹, [Novikova N](#)², [Koopmans CM](#)³, [West HM](#)⁴.

Наблюдается более низкий риск материнской смертности и тяжелой заболеваемости для женщин с запланированным досрочным родоразрешением

Плановое досрочное родоразрешение снижает риск синдрома HELLP и тяжелой почечной недостаточности

Нет чекой разницы в совокупности результатов детской смертности и тяжелой формой заболеваемости, однако это основано на ограниченных данных (из двух исследований), оценивающих все гипертензивные расстройства этих групп

***А ТЫ СОБЛЮДАЕШЬ
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ?!!***



Чек-лист «Преэклампсия»

Исполнение

Шаг 1. -- Оценка общего состояния, осмотр и сбор анамнеза (в приемном покое или в отделении) совместно с анестезиологом-реаниматологом: АД на обеих руках, Ps, ЧДД.

Данные анамнеза: срок возникновения преэклампсии, показатели АД, проводимое лечение.

Шаг 2. --Противосудорожная терапия.

Болюсно магния сульфат 25% - 16,0 в/в медленно на NaCl 0.9% 10.0

Шаг 3. -- При поступлении в стационар - выбор отделения: тяжелая гипертензия - ОРИТ или ПИТ ОПБ

умеренная гипертензия-отделение патологии беременности

Шаг 4. -- Обследование (при тяжелой гипертензии в форсированном режиме)

Лабораторная диагностика: общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, биохимический анализ крови (общий белок, АЛТ, АСТ, ЛДГ, ЩФ, холестерин, билирубин, креатинин, глюкоза, Na,Ка мочевины), коагулограмма (фибриноген, АЧТВ, МНО, ПТИ, тромбиновое время, РФМК), общий анализ мочи 2кратно с интервалом 4-6 часа(удельный вес, белок),суточная протеинурия), консультация смежных специалистов.

Пренатальная диагностика: УЗИ плода, доплерометрия, нестрессовый тест, интерпретация полученных данных.

Шаг 5.- Выставить диагноз

- Умеренная эклампсия (АД $\geq 140/90$ мм.рт.ст., суточная протеинурия $\geq 0,3$ г/л)
- Тяжелая эклампсия (АД $\geq 160/110$ мм. рт.ст., суточная протеинурия ≥ 5 г/л)

Шаг 6. -- Терапия

1. Допегит 250,0 3-4 раза в день
2. Норвакс 5-10,0 1 раз в день
3. Магния сульфат 25% -20,0 на физ растворе 200,0 в/в капельно или 1 грамм в 1 час через инфузomat
4. При сроке до 34 недель – профилактика дистресс-синдрома
 - бетаметазон 12 мг в/м с интервалом 24 часа
 - дексаметазон 8мг 3 раза через 8 часов

Шаг 7.Определение тактики ведения беременности, родоразрешения

Тяжелая преэклампсия:

- при сроке гестации 26-34 недель профилактика РДС новорожденного в течение 24 часа с последующим родоразрешением путем операции кесарева сечения
- при сроке 34 нед и более при наличии условий-«зрелая» шейка матки (по Бишоп -8-10 баллов)- роды через естественные родовые пути, «незрелая» шейка матки (по Бишоп – 4 б) – абдоминальное родоразрешение

Умеренная преэклампсия:

- Роды через естественные родовые пути, 36 недель и более преиндукция к родам:
 1. Антипрогестероновый препарат-миропристон 200 мг дважды через 24ч.
 2. дилатация шейки матки путем применения дилапана или катетера Фоллея
 3. интрацервикальное или интравагинальное введение простагландин-содержащих гелей (препидил-гель) дважды через 6ч.

Экстренное родоразрешение

1. кровотечение из половых путей
2. дистресс-плода

Срочное родоразрешение

1. Тяжелые формы преэклампсии-HELLP- синдром, эклампсия ит.д.

Чек-лист «Эклампсия»

Контроль
исполнения

ШАГ № 1 Осмотр Акушер-гинеколога, реанематолога в приемном покое **5-10мин**

ШАГ №2 Оценить состояние и судорожную готовность.

Судороги в анамнезе

Наличие судорог не момент осмотра

ШАГ №3 Уложить на ровную поверхность в положении на левом боку, освободить дыхательные пути. Одновременно эвакуировать (аспирировать) содержимое полости рта.

ШАГ №4 При отсутствии дыхания : При развитии дыхательного апноэ немедленно начинают принудительную вентиляцию носо-лицевой маской с подачей 100% кислорода в режиме положительного давления в конце выдоха.

При сохраненном дыхании: Ротоглоточный воздуховод, ингаляция кислорода.

ШАГ №5 ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ: **5-10 мин.**

Отсутствие дыхания → Родильное отделение → операционная → интубация → ИВЛ. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Судороги в анамнезе и сохраненное дыхание → ОРИТ

ШАГ №6 Стабилизация состояния, форсированное обследование (6-24ч).

Обследования – 30-60 мин.:

Со стороны матери: -

- SpO2
- Измерение АД: каждые 15 мин до достижения стабилизации, затем каждые 30 мин.
- Общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов.
- Креатинин, билирубин.
- Коагулограмма (фибриноген, МНО, АЧТВ).
- Гемостазиограмма.
- Определение группы крови и резус фактора.
- Катетеризация мочевого пузыря и почасовой

контроль диуреза.

- Общий анализ мочи: суточная оценка (общий белок, креатинин).

Со стороны плода: -

- КТГ (продолжительно, до стабилизации АД; непрерывно, если в родах).
- УЗИ (фетометрия, амниотический индекс, плацентометрия) и доплерометрия (артерии пуповины, средние мозговые артерии)

Лечение - до 24ч.:

3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов.(в сроке 24-34 нед.)

MgSO4 4 г в/в(16 мл 25% вводится (стартовая) доза шприцем медленно в течение 10-15 мин, затем 1 г в час в/в. Антидот 10% Кальция глюконат 10 мл в/в в течение 10 мин При отсутствии эффекта можно использовать диазепам внутривенно медленно (10 мг) или тиопентал-натрий (450-500 мг).

Допегит 250мг 4раза в день

ШАГ №7 Родоразрешение.

При «зрелой» ш/матки – индуцированные роды.

При «незрелой» ш/матки – к/сечение.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ.

Шаг 1.

Определить срок гестации и подтвердить диагноз.
Регулярные схватки (не менее 4 за 20 мин.)
Динамическое изменение ш/матки активные
(укорочение, сглаживание) } прежд.роды
Раскрытие маточного зева более 3см.
УЗИ цервикометрия (длина ш/матки менее 2.5-3см)
Тест на определение фосфорилированного
протеина-1(ПСИФР-1) в цервикальном секрете.
Не подтвержден диагноз - перевод в дневной стационар.

Шаг 2.

Беременных в сроках гестации 24-34 нед.
госпитализировать в стационар третьего уровня;
в сроке более 34 нед. – в стационар второго уровня.

Шаг 3.

На этапе транспортировки в течение 48ч.
Блокаторы рецепторов окситоцина (Атосибан).
Токолитики в режиме моно-терапии:
Селективные В2-адреномиметики (Гинипрал).
Острый токолиз: 10 мкг(1 ампула по 2 мл.) на 10 мл
NaCl 0/9% 5-10 мин. с послед. инфузией 0.3 мкг/мин.
Длительный токолиз : 0,075 мкг/мин,тах сут.
доза-430мкг.
Нифедипин 20мг per os, далее – если сокращения матки
сохраняются – через 30 мин. 20 мг. повторно, затем по
20 мг каждые 3-8ч. в течение 48ч., после получения
письменного информирования согласия пациентки
на его применение.
Индометацин до 32 нед. и не более 48ч., начиная
с 50-100 мг ректально или per os ,затем 25 мг каждые 6ч.

Статус выполн

Шаг 4. Лечение

Нейропротекторы:
Магния сульфат 4г. в течении 20-30 мин., затем 1г/ч в
течении 24ч.
Доноры оксида азота:
Нитроглицерин с 34-37 нед. берем-ти.
Производные прогестерона :
Утрожестан 200-800мг.(per os или интравагинально)
до 34 нед. с информированным согласием.
Дюфастон 10,0 2 раза в день per os, до 16-20 нед.берем

Шаг 5.

Профилактика РДС- синдрома :
2 дозы бетаметазона, в/м, по 12 мкг.,с интервалом 24ч.
4 дозы дексаметазона, в/м, по 6 мг, с интервалом 12ч.
3 дозы дексаметазона, в/м, по 8мг, с интервалом 8ч.
Профилактика инфекционных осложнений:
Эритромицин per os по 0,5г через 6ч до 10 суток.
Ампициллин per os по 0,5г каждые 6ч до 10 сут.
При выявлении В-гемолитич. стрептококка –
пенициллин по 1,5 г в/м каждые 4 ч.

Шаг 6.

Мониторинг состояния плода (доплерометрия
сосудов ФПК, КТГ, фетальный мониторинг) с
интерпретацией полученных данных.

Шаг 7.

При дистрессе – досрочное родоразрешение путем
операции к/сечения.

Шаг 8

При развитии спонтанной родовой деятельности
предпочтительно: к/сечение при сроке < 32- 34 нед;
роды per vias naturalis -при сроке 34- 36,6 нед.

Шаг 9

При положительном эффекте от токолиза –
продолгование беременности до 36,6 нед. беременности.

Ретроспективный анализ историй 450 родов позволил выявить наиболее часто встречаемые ошибки при ведении беременных с ПЭ,Э, ПР, ПРПО

Проспективный анализ историй 625 родов показал значительный эффект применения чек-листов

Анализ истории родов с преэклампсией, эклампсией

Неправильное принятие решения о медицинской эвакуации

50%

15%

Недооценка тяжести состояния больных с тяжелой формой преэклампсии во время беременности, в послеоперационном и послеродовом периоде

40%

10 %

Несоблюдение принципов обследования и диагностики ПЭ

50%

10%

Нерациональная медикаментозная терапия (подбор гипотензивных препаратов и дозы MgSo4)

40%

10%

Неадекватное и запоздалое родоразрешение

50%

10%

Анализ истории родов с ПРПО в доношенном сроке

Отсутствие объективной оценки состояния матери и плода	50%	10%
Отсутствие обязательной объективной оценки состояния шейки матки по шкале «Бишоп» в момент поступления и в динамике	50%	10%
Необоснованная активная тактика	40%	10%
Неоправданная выжидательная тактика с большим риском восходящей инфекции	45%	15%
Выбор препарата для индукции четко не регламентирован!	45%	10%
Не уделено внимание клинико-лабораторному мониторингу матери и плода.	60%	10%
Антибиотикотерапия : 	либо рано либо поздно	60% 20%

Анализ истории родов с преждевременными родами

Отсутствие «персонализированного» подхода к беременным из группы риска преждевременных родов.

50% **10%**

Необоснованная госпитализация, либо несоблюдение листа маршрутизации.

50% **10%**

Неправильно определен уровень стационара.

50% **10%**

В диагностике не выдерживаются основные критерии.

50% **10%**

Не соблюдаются основные принципы лечения.

60% **10%**

Отсутствует рациональный выбор родоразрешения. Высокая частота оперативного родоразрешения.

45% **10%**

Не соблюдается преемственность в действии акушер-гинекологов и неонатологов.

45% **10%**



Жизненный ОПЫТ - это когда
наступаешь на ГРАБЛИ...ОПА!!!!
а ты уже в КАСКЕ!)))