

# 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

Переношенная беременность – беременность, продолжающаяся 42 полных недели и более

Murray W. Enkin et al, 2000

# Индукция родов при переносенной беременности

- ▶ Рутинная индукция родов после 41 недели беременности снижает перинатальную смертность
- ▶ Женщинам с не осложнённым течением беременности следует предлагать индукцию родов после 41 недели беременности
- ▶ Начиная с 41 недели женщинам, отказывающимся от индукции, необходим
  - Усиленный антенатальный мониторинг
  - Дважды в неделю КТГ плода и УЗИ-оценка объема амниотической жидкости

RCOG, 2001

Crowley P, 2005

# Индукция родов

- 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

- ▶ 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

Murray W. Enkin et al, 2000

# Родовозбуждение до 41 недели беременности

- 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

Murray W. Enkin et al, 2000

# Ультразвуковое исследование

- Рутинное ультразвуковое исследование (если доступно и не превышает разумную стоимость) на ранних сроках беременности позволяет определить точный срок беременности и предотвращает необоснованное применение родовозбуждения в связи с ошибочным диагнозом переносимой беременности.

Murray W. Enkin et al, 2000



# Влияние индукции родов на частоту кесаревых сечений

- ▶ 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

Murray W. Enkin et al, 2000

# Тактика

- Лучшей тактикой является предоставление женщине полной информации о:
  - различных методах индукции родов
  - преимуществах и осложнениях, связанных с каждым из них
  - возможности небольшого снижения риска перинатальной смертности при использовании индукции родов

Murray W. Enkin et al, 2000

# Рекомендации

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

Murray W. Enkin et al, 2000

# Многоплодная беременность

NCBI Resources How To Sign in to NCBI

PubMed.gov  
US National Library of Medicine  
National Institutes of Health

PubMed Advanced Help

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)

Abstract Open/close investigator list

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  
Wolters Kluwer

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 outco [Obstet Gynecol. 2007]  
Review Pregnancy and birth outcomes in couples with infertilit [Am J Obstet Gynecol. 2017]

- ACOG: «самое сложное и трудно корректируемое осложнение ВРТ – возникновение многоплодной беременности, которая приводит к повышенному риску материнской и плодовой заболеваемости и смертности»

# Многоплодная беременность

- ▶ Женщины при многоплодной беременности испытывают больше общих неприятных симптомов беременности, по сравнению с одноплодной беременностью:
  - Изжога
  - Боли в спине
  - Геморрой
  - Повышенная утомляемость
  
- ▶ Чаще наблюдаются:
  - Анемия
  - Повышение артериального давления
  - Преэклампсия
  - Преждевременные роды

# Риск для плодов

- 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

Murray W. Enkin et al, 2000

# Эффективность дородового ухода

- 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

Murray W. Enkin et al, 2000



# Ультразвуковое исследование при многоплодной беременности

- ▶ 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,

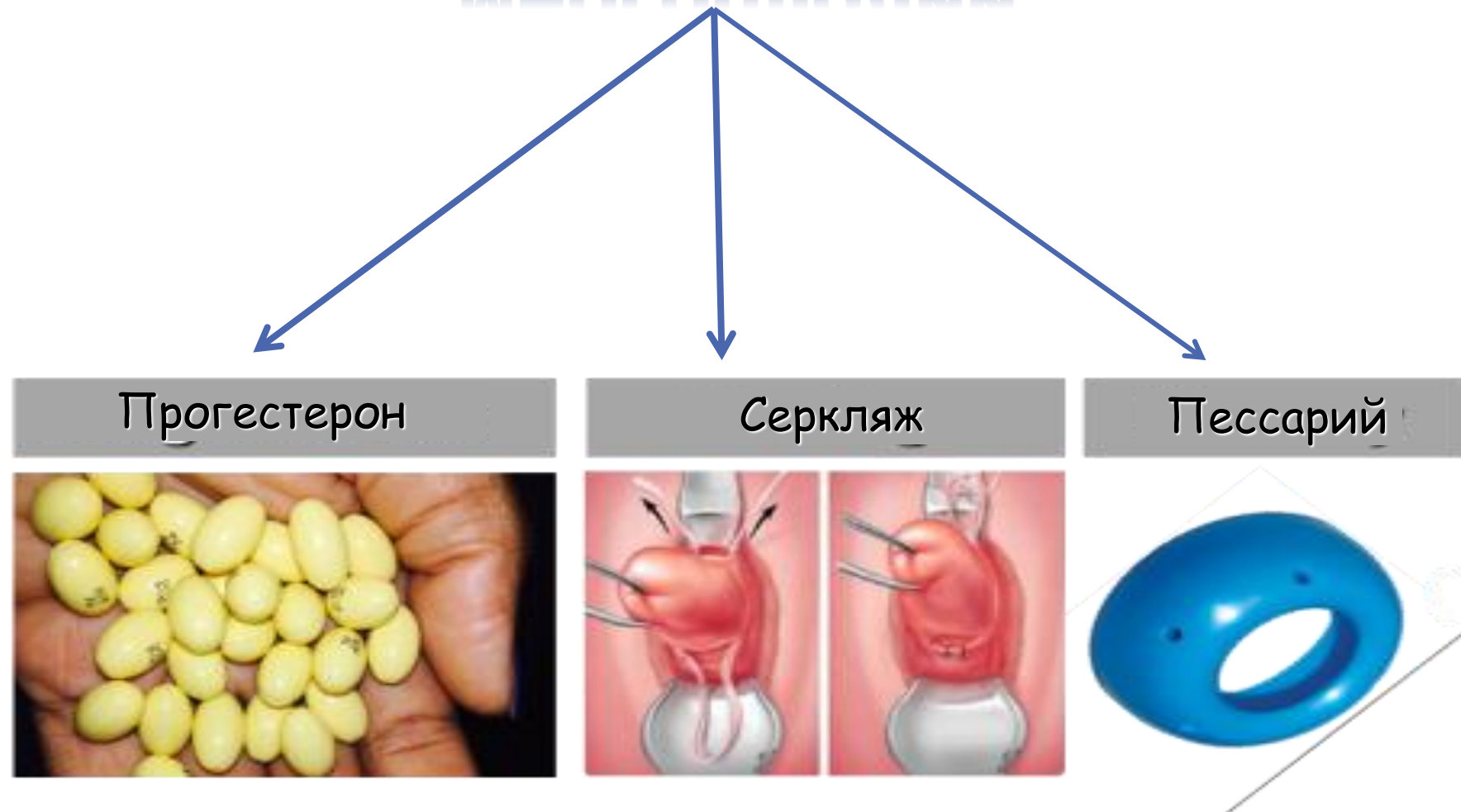
- ▶ Раннее выявление многоплодной беременности не улучшает исходы для плодов

Murray W. Enkin et al, 2000

# Преждевременные роды при многоплодной беременности

- Прогнозирование, профилактика и лечение преждевременных родов при многоплодной беременности отсутствуют
- Отсутствуют доказательства эффективности:
  - пальцевого исследования состояния шейки матки
  - УЗИ
  - наложения кругового шва на шейку матки
  - назначения токолитиков
  - дородовой госпитализации и постельного режима

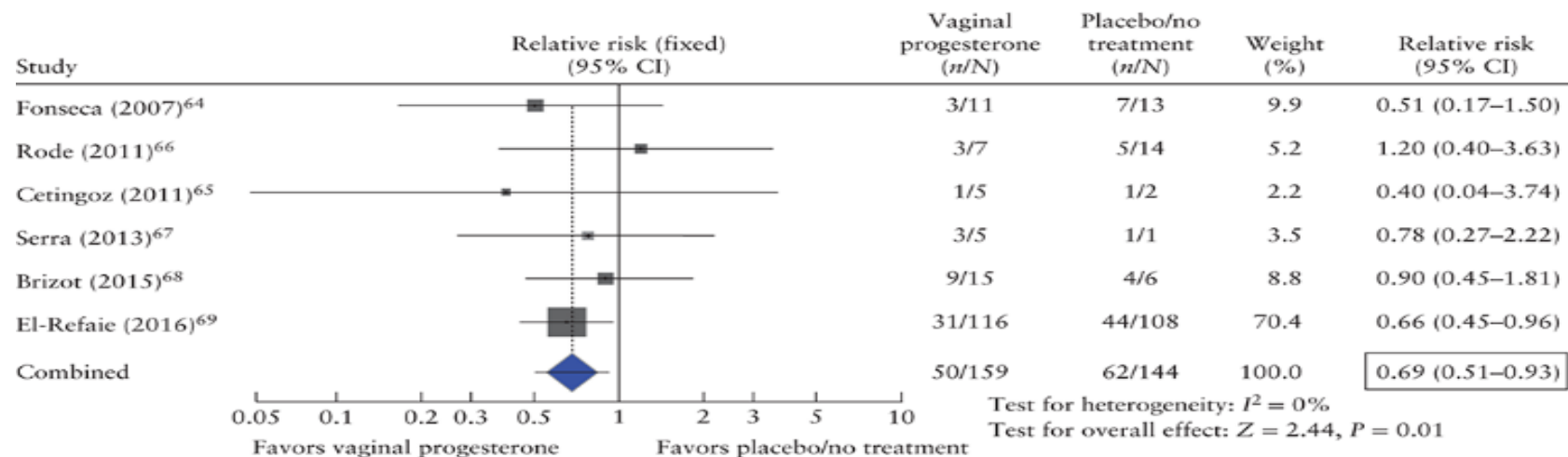
# СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДИИ



# Хирургическая коррекция шейки матки при многоплодной беременности

1. Серкляж при многоплодной беременности только на основании выявленного укорочения ШМ не рекомендован (II-1D)
2. Не доказаны преимущества elective профилактического серкляжа при многоплодной беременности даже при наличии ПР в анамнезе (I-D)
3. Серкляж увеличивает риск ПР 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 ШМ 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



## ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ПЕССАРИЙ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И КОРОТКОЙ ШЕЙКОЙ: МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. 2016 г

- Пессарии могут иметь потенциальную роль в лечении пациенток с высоким риском 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

Murray W. Enkin et al, 2000

# Рекомендации при многоплодной беременности

- Тщательное дородовое наблюдение
- Динамический мониторинг внутриутробного состояния плодов
- Адекватность сроков и тактики родоразрешения

Murray W. Enkin et al, 2000



# Тазовое предлежание плода

# Возможные риски при тазовом предлежании плода

- Для матери:
  - Повышение вероятности родоразрешения путем операции кесарева сечения
- Для плода высока вероятность:
  - Выпадения пуповины
  - Родовой травмы
  - Инвалидизации

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

# Наружный акушерский поворот при тазовом предлежании плода <sup>(1)</sup>

- При доношенной беременности значительно снижает частоту случаев:
  - тазового предлежания плода во время родов
  - хирургического родоразрешения путем кесарева сечения
- Следует предлагать и обсуждать с женщинами:
  - с неосложненной одноплодной беременностью
  - с тазовым предлежанием плода
  - в сроке беременности 36 недель
- Следует выполнять в 37 недель беременности
- Рутинное использование токолитиков:
  - снижает уровень неудач
  - облегчает проведение процедуры
  - профилактика развития брадикардии у плода

# Наружный акушерский поворот при тазовом предлежании плода (2)

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

При неудаче 3-х попыток наружного акушерского поворота — кесарево сечение

# Методы родоразрешения при недоношенной беременности и тазовом предлежании плода

- ▶ При весе плода больше или равном 1500 г рекомендовано родоразрешение через естественные родовые пути
- ▶ При весе плода меньше 1500 г рекомендуемый метод родоразрешения – кесарево сечение

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

Murray W. Enkin et al, 2000

# Методы родоразрешения при доношенной беременности и тазовом предлежании плода

- Вопрос о методе родоразрешения до сих пор остаётся спорным
- По данным рандомизированных клинических исследований при плановом кесаревом сечении уменьшается перинатальная смертность и заболеваемость, но при этом повышается материнская заболеваемость

Murray W. Enkin et al, 2000

# Роды через естественные родовые пути при тазовом предлежании

- Считаются возможными при выполнении следующих условий:
  - Чистое ягодичное предлежание плода или смешанное ягодичное предлежание плода при условии, что ягодицы располагаются ниже ножек плода над входом в м/таз
  - Предполагаемый вес плода 2500-3500 г
  - Отсутствие переразгибания головки плода (по данным УЗИ)
  - Отсутствие признаков гипоксии плода
  - Отсутствие рубца на матке после кесарева сечения

# Перинатальные исходы при тазовом предлежании

- 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

Christine C. et al 2003



# 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?