



АКУШЕРСТВО

УЧЕБНИК

Под редакцией
В.Е. Радзинского и А.М. Фукса

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» в качестве учебника для студентов образовательных учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по направлению подготовки «Лечебное дело» по разделу дисциплины «Акушерство и гинекология»

Регистрационный номер рецензии 325 от 17 июня 2015 года
ФГАУ «Федеральный институт развития образования»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

Глава 23

Chapter 23

ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

POSTTERM PREGNANCY

Диагноз «переношенная беременность» может быть ошибочным, если неправильно определен гестационный срок. В настоящее время ошибочный диагноз — большая редкость, благодаря использованию сонофетометрии в I и II триместрах беременности.

Особенность перенашивания — экспоненциальный рост осложнений у матери, плода и новорожденного по мере увеличения гестационного срока.

Главная причина увеличения числа материнских осложнений — кесарево сечение, так как при этом выше вероятность послеродовых инфекций, гипотонических кровотечений, септических и эмболических осложнений. Частота кесарева сечения после 42 нед в 2 раза выше, чем в 38–40 нед беременности. К материнским осложнениям также можно отнести и травмы при родоразрешении крупным плодом через естественные родовые пути (разрывы шейки матки, стенок влагалища, разрывы промежности III степени). Следствием этих осложнений могут быть задержка мочеиспускания, образование свищей, кровотечения, инфицирование, послеродовые язвы. Заболеваемость и смертность переношенных новорожденных выше, чем доношенных.

К неонатальным осложнениям относят хроническую гипоксию, родовую травму (за счет макросомии), аспирацию меконияльных вод.

23.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ

DEFINITION

Беременность называют **переношенной** (*postterm pregnancy*), если ее длительность составляет 42 нед и более гестационного (менструального, акушерского) срока. Соответственно роды при такой беременности называют **запоздалыми**.

Ребенок, родившийся при такой беременности, довольно часто (**но не всегда!**) имеет признаки **«перезрелости»**. Возможны как запоздалые роды плодом без признаков перезрелости, так и своевременные роды перезрелым плодом.

Таким образом, **«переношенность»** — понятие календарное, а **«перезрелость»** относят к физическому статусу плода и новорожденного.

23.2. ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ HISTORICAL ASPECT

Научный подход к перенашиванию беременности определился к 1902 г., когда впервые Беллентайн, а затем Рунге (1948) описали признаки перезрелости новорожденного. Этот синдром получил название синдрома Беллентайна—Рунге. В 1954 г. Клиффорд описал синдром, встречающийся с частотой 10% при истинном перенашивании беременности.

23.3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ EPIDEMIOLOGY

Перенашивание беременности встречается у 4–14% женщин популяции. При ориентировании на гестационный срок, определяемый по **УЗИ в I триместре**, частота истинного перенашивания (42 нед и более) составляет только 1–3%.

NB! Перинатальная смертность при перенашивании повышена, особенно интранатальная и неонатальная.

При перенашивании чаще встречается синдром аспирации мекония. У детей, рожденных уже после 41 нед, в 2–5 раз чаще встречаются выраженные поражения ЦНС. При перенашивании частота рождения крупных плодов достигает 30%, что вносит свою лепту в повышение частоты осложнений при родоразрешении.

23.4. КЛАССИФИКАЦИЯ CLASSIFICATION

Условно по гестационному сроку в клинической практике можно подразделить беременных на следующие группы:

- тенденция к перенашиванию (при сроке 41 нед — 41 нед 6 дней);
- истинное перенашивание (при сроке 42 нед и более).

В англоязычной литературе применяют термины *prolonged*, *postterm* и *postdate pregnancy*. Смысловых различий *prolonged* и *postterm* нет — срок более 42 нед; *postdate* означает срок более 40 нед.

23.5. ЭТИОЛОГИЯ ETIOLOGY

Переношенную беременность следует рассматривать как результат взаимодействия многих факторов, но ведущее значение принадлежит нейрогуморальной регуляции.

К перенашиванию беременности приводит сочетание многочисленных факторов.

Причина переношенной беременности может быть связана с плодом и плацентой, а не с первичной инертностью материнского организма.

Изменения в плаценте при переношенной беременности, по-видимому, вторичны (рис. 23.1). Однако в дальнейшем они могут играть важную роль в стероидогенезе, состоянии плода и возникновении родовой деятельности. Развивающаяся плацентарная недостаточность приводит к нарушению обмена веществ плода. Ввиду тесной связи плода и плаценты снижение жизнеспособности плода отрицательно отражается на функции плаценты. Так создается порочный круг патологических процессов, присущих переношенной беременности.

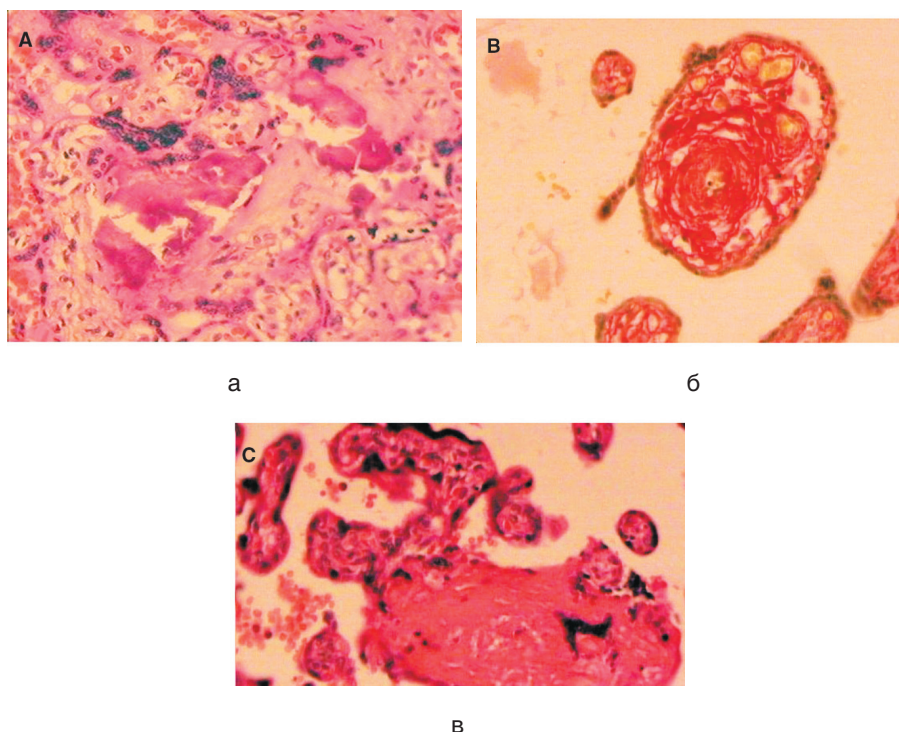


Рис. 23.1. Микроскопия плаценты при перенашивании: а — дегенерация ворсин хориона, окраска — красный сириус; б — диффузная кальцификация, окраска гематоксилин-эозином; в — периваскулярное отложение фибрина, окраска гематоксилин-эозином

23.6. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

CLINICAL FEATURES

Среди клинических симптомов переношенной беременности необходимо отметить:

- уменьшение объема живота на 5–10 см, обычно после 290-го дня беременности (дегидратация);
- снижение тургора кожи беременной;
- снижение массы тела беременной на 1 кг и более;
- увеличение плотности матки, что обусловлено уменьшением количества вод и ретракции мускулатуры матки;
- маловодие;
- макросомию;
- при влагалищном исследовании — увеличение плотности костей черепа плода, узость швов и родничков;
- выделение из молочных желез в конце беременности молока вместо молозива;
- «незрелую» шейку матки.

23.7. ДИАГНОСТИКА DIAGNOSTICS

Точная диагностика перенашивания возможна только при надежной информации о гестационном сроке. Очень важно использовать все клинические данные, помогающие уточнить срок беременности и предполагаемую (должную) дату родов:

- по дате последней менструации;
- по оплодотворению;
- по овуляции;
- по первой явке в женскую консультацию;
- по первому шевелению;
- по данным **УЗИ** в I и II триместрах (наиболее точный метод).

NB! День зачатия (известного или предполагаемого) соответствует полным акушерским 2 нед беременности, т.е. на первое утро после «успешного» *coitus'a* срок беременности составляет 2 нед и 7 ч.

Бимануальное исследование в I триместре не позволяет довольно точно определять срок беременности (± 2 –3 нед). Из других методов можно упомянуть дату первого положительного теста на беременность (β -ХГЧ), дату первого выслушивания сердечных тонов (в 12 нед с помощью доплерографического датчика и с 18 нед — стетоскопом), дату достижения дном матки уровня пупка (20 нед) и дату первого ощущаемого матерью шевеления плода.

NB! Эффективным стало определение гестационного срока с помощью УЗИ в I триместре (измерение диаметра гестационного пузырька до 6 нед, а затем измерение КТР до 14 нед).

Рутинное УЗИ в I и II триместрах беременности позволило снизить частоту регистрируемого перенашивания. Чем раньше произведено УЗИ, тем более точно можно определить срок беременности. Измерение КТР эмбриона в I триместре позволяет получить точный срок беременности с погрешностью $\pm 3-5$ дней. Определение срока по КТР становится менее точным после 12 нед. Однако в это время вплоть до конца II триместра не менее точно можно определить срок беременности, учитывая сразу несколько фетометрических параметров (бипариетальный и фронтоокипитальный диаметр, межполушарный диаметр мозжечка, длина бедра и др.). Точность значительно возрастает, если учитывать половую принадлежность плода. Ошибки в определении срока по данным УЗИ в III триместре возрастают до $\pm 3-4$ нед.

NB! Фетометрию в III триместре используют не для уточнения срока беременности (!), а для определения соответствия размеров плода уже известному или предполагаемому сроку беременности.

23.8. ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ MANAGEMENT OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH

Активная тактика ведения беременности и родов при перенашивании позволила снизить перинатальную смертность в 2–3 раза. При сроке беременности 40 нед рекомендуют обследование беременной. При удовлетворительном состоянии плода — отсрочка госпитализации до 41 нед. В течение этой недели проводят учет двигательной активности плода по методу Кардиффа. Далее показана плановая госпитализация в акушерский стационар для решения вопроса и методе родоразрешения. Метод родоразрешения зависит от «зрелости» шейки матки, состояния плода, сопутствующих заболеваний, данных анамнеза и др.

NB! При неосложненном течении беременности и отсутствии существенных факторов риска **госпитализация ранее 40,5–41 нед нецелесообразна, а иногда и вредна** (нозокомиальная инфекция, элементы акушерской агрессии и др.).

Перенашивание беременности само по себе — относительное показание для оперативного родоразрешения, а при других отягощающих факторах («незрелость» шейки матки, гипоксия плода, экстрагенитальные заболевания и акушерские осложнения, возраст первородящей, данные акушерско-гинекологического и социального анамнеза и др.) вопрос может быть решен в пользу планового кесарева сечения по сумме относительных показаний.

NB! Перенашивание представляет определенную опасность для плода. Беременную госпитализируют в сроке 41 нед беременности для наблюдения за состоянием плода.