**«СОГЛАСОВАНО» «УТВЕРЖДАЮ»**

**На общеврачебной Директор РПЦ конференции \_\_\_\_\_\_\_\_\_Любчич А.С.**

**«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2013 г.**

**ПРОТОКОЛ**

**ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН С ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ**

Шифр: 0.48 Класс XV.

Цель: Обоснование выбора срока и метода родоразрешения женщин при переношенной беременности.

Снижение перинатальной заболеваемости и смертности.

**Обоснование:**

**Сложности:**

* В определении срока беременности;
* В выборе метода родоразрешении;
* В выхаживании переношенных детей (перинатальная патология)
* Переношенной следует считать беременность длящуюся после 42 недель. При этом гестационный срок может быть установлен на основании УЗИ не позднее 12 недель. (золотой стандарт)

Переношенная беременность нередко связана с плодом и плацентой, а не с инертностью материнского организма.

Начиная с 41 недели, рекомендуется усиленный антенатальный контроль.

Женщина осматривается акушер-гинекологом, неонатологом. Определяется срок беременности: по месячным, по УЗД, по I-шевелению, осматривается вагинально и оценивается степень зрелости шейки по шкале Бишопа.

**Шкала Bishop:**

**Зрелость шейки матки по шкале Бишоп**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Баллы** | **Оцениваемый симптом** | | | | |
| Раскрытие ш/м, см | Длина ш/м, см | Местонахожд. предлеж. Части (в см. от седалищ.ости) | Консистенц. ш/м | Положение ш/м |
| 0 | <1 | >4 | -3 (на 3см выше) | Плотная | Кзади |
| 1 | 1-2 | 2-4 | -2 | Средняя | В центре |
| 2 | 2-4 | 1-2 | -1 | Мягкая |  |
| 3 | >4 | <1 | - | - |  |

Показанием к индукции родов является само перенашивание. Метод индукции выбирается в зависимости от зрелости шейки матки с информированного согласия женищины.

Для родовозбуждения есть две важные причины:

* некоторые плоды продолжают набирать вес и после 40 недель беременности, что приводит к макросомии плода, что может и привести к развитию в родах тазово-головной диспропорции.
* Существует риск внезапной дородовой гибели плода при перенашивании на фоне полного благополучия.

При незрелой шейки и точно известном сроке беременности существуют следующие альтернативы;

Усиленный антенатальный контроль, до спонтанного начала родов или созревания шейки матки.

**Для этого применяют несколько методов:**

1. Сонофетометрия;

2.Субъективная оценка двигательной активности плода;

3. КТГ с оценкой состояния плода: нестрессовый тест, контрактивный тест;

4. Доплеровское исследование маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока.

5.Применения ПГ (PGE-2) вагинально 2 раза в сутки с интервалом 6 час (см.протокол индукция родов). Если шейка остаётся незрелой можно прибегнуть к повторному введению геля или придерживаться выжидательной тактики.

При созревании шейки матки по шкале Бишопа>5 баллов производится отслаивание амниона (рефлекс Фергюсона) (при котором выделяется ПГ) и амниотомия (см.протокол амниотомия). В ряде случаев этого достаточно для развития родовой деятельности.

Если в течении 4 часов после амниотомии родовая деятельность спонтанно не разовьётся, следует приступить к родовозбуждению путём в/в капельного введения окситоцина через линиомат. При отсутствии эффекта от родовозбуждения и ухудшении состояния плода роды закончить КС.(см. проткол КС)

Роды при перенашивании вести под мониторным контролем сердечной деятельности. При сочетании поздних децелераций со сниженной вариабельностью сердечного ритма при отсутствии условий для быстрого родоразрешения предложить КС.

**Осложнения при перенношенности:**

* Высокая частота мекониального окрашивания вод;
* Макросомия плода;

Частое обнаружение мекония в ОВ объясняют тем, что при перенашивании более выражен вагусный рефлекс, кроме того, при перенашивании страдает плацента, развивается гипоксия; уменьшается количество ОВ, «сгущается меконий» и возникает большая вероятность обструкции дыхательных путей.

Вероятность аспирации мекония уменьшается при активной аспирации мекония после рождения плода.

**Один из важных аспектов ведения переношенной беременности и родов:**

* Профилактика родовой травмы при макросомии.

**При подозрении на макросомию необходимо чётко придерживаться следующих принципов ведения родов:**

* Избегать наложение акушерских щипцов;
* Роды в присутствии анестезиолога и неонатолога;
* Врач, ведущий роды должен владеть приёмами оказываемые при ДП;
* При массе плода >4500 и подозрении на развитие несоответствия размеров таза и плода принять решение о оперативном родоразрешении.

После рождения плода определяют степень перенашивания:

По Клиффорду выделяют три степени перезрелости:

* I-степень-новорожденный сухой, но кожа нормального цвета. Сыровидная смазка выражена слабо. ОВ светлые, но количество их уменьшено. Общее состояние новорожденного удовлетворительное.
* II-степень- сухость кожных покровов выражена сильно, есть признаки гипотрофии плода. ОВ, пупочный канатик, кожа новорожденного окрашены меконием в зелёный цвет. ПС детей при II-степени перезрелости высока.
* III-степень- ОВ жёлтого цвета. Кожа и ногти новорожденного имеют жёлтую окраску (признаки глубокой гипоксии). Смертность в данной ситуации меньше, чем при II-степени.

**Обязательно!**

**- Описать в истории родов признаки переношенности новорожденного**

**- Указать в диагнозе : запоздалые роды в сроке 42-43 недели.**

**ПРОГНОЗ:**

Прогноз зависит от наличия осложнений в родах. Изолированное перенашивание на дальнейшем уровне развития ребёнка не сказывается.

**Литература:**

Савельева Г.М. Акушерство: Учебник Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др. Медицина, 2000.

Айламазян Э.А. Акушерство: Учебник для студентов мед.вузов-СПб.: Специальная литература, 1997г.

Bennet K.A. Crane J.M.G. O Shea P. Lacelle J. et al. First trimester ultrasound screening is effective in reducing post-term labor induction rates: a randomized controlled trial // Am.J. Obstet. Gynecol.-2004.-Vol.190.-P.1077-1081

Boulvain M. Iroin O. Stripping/sweeping the membranes for inducing labour or preventing post-term pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1/Oxford, 2001.

Briscoe ., Nguen H., Mencer M., Gautam N., Kalb D.B.Management of Pregnancy Beyond 40 Weeks’ Gestation // Am.Fam.Physician.-2005.-Vol.71.-P.1935-1942.

Mongelli M.,Wong Y.C.,Venkat A.,Chua T.M. Induction policy and missed post-term pregnancies: mathematical model// Aust.N.Z.J. Obstet. Gynecol.-2001.-Vol.41.-N1.-P.38-40.

Mongelli M.,Yuxin N.G.,Biswas A.,Chew S.,Accuracy of ultrasound dating formula in the kate second trimestr in pregnancies conceived in vitro fertilization// Acta Radiologica -2003.-Vol.44.-P.452.-455.

Sanchez-Ramos L.,Olivier F.,Delke I.,Kaunitz A.M. Labor induction Versus Expectant Management for postterm pregnancies6 A systematic review with meta-analises// Obstet.Gyn.-2003.-Vol.101.-N 6.-P.1312-1318.

Smith G.C.S. Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and post term in singleton pregnancies //Amer.J.Obstet.Gynec.-2001.-Vol.184.-N3.-P.489-496.

Smith M.,French L.,Induction of labor for postdates pregnancy//Clinics in Family practice-2001.-Vol.3.-N2.