



Решенные и нерешенные вопросы диагностики и терапии преждевременных родов

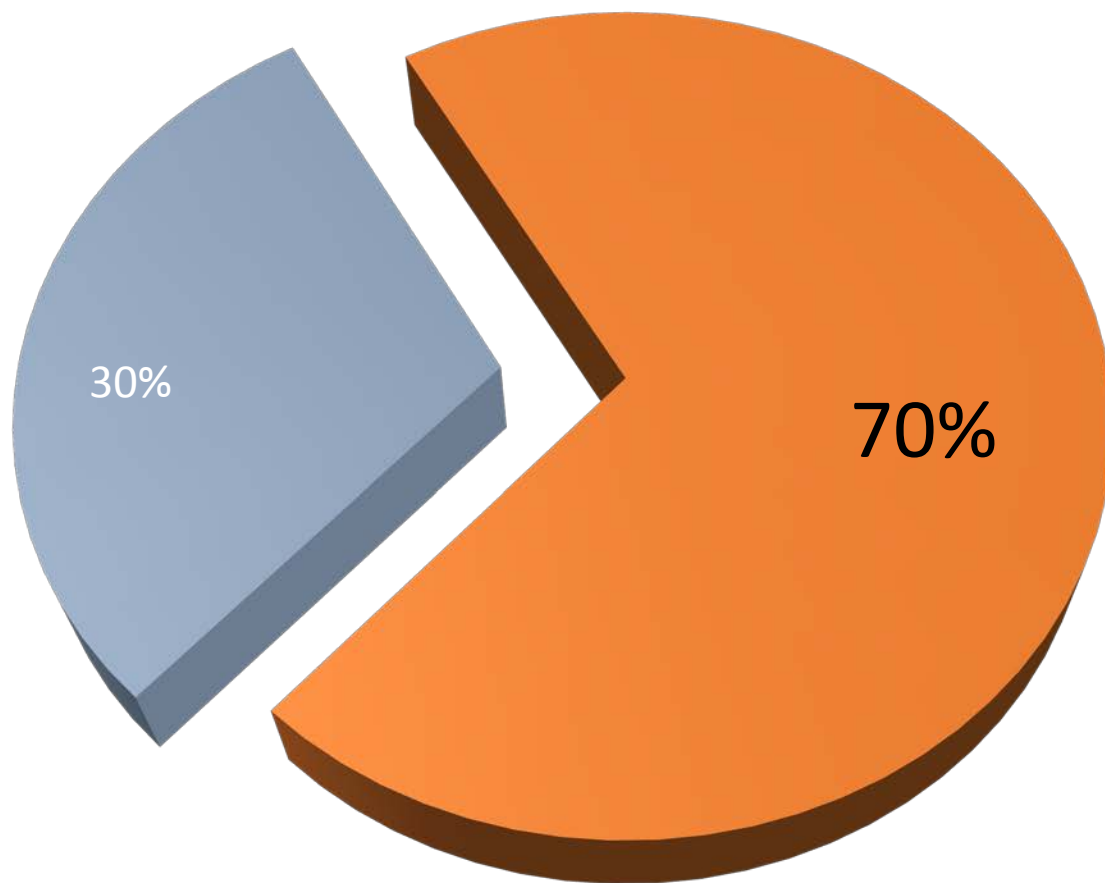
Профилактика и лечение преждевременных родов являются недостаточными и несогласованными в большинстве стран Европы (Доклад Европейской Федерации по лечению новорожденных (EFNCI) 2010)

Проф. Фаткуллин Ильдар Фаридович

Зав.кафедрой акушерства и гинекологии №2 Казанского ГМУ

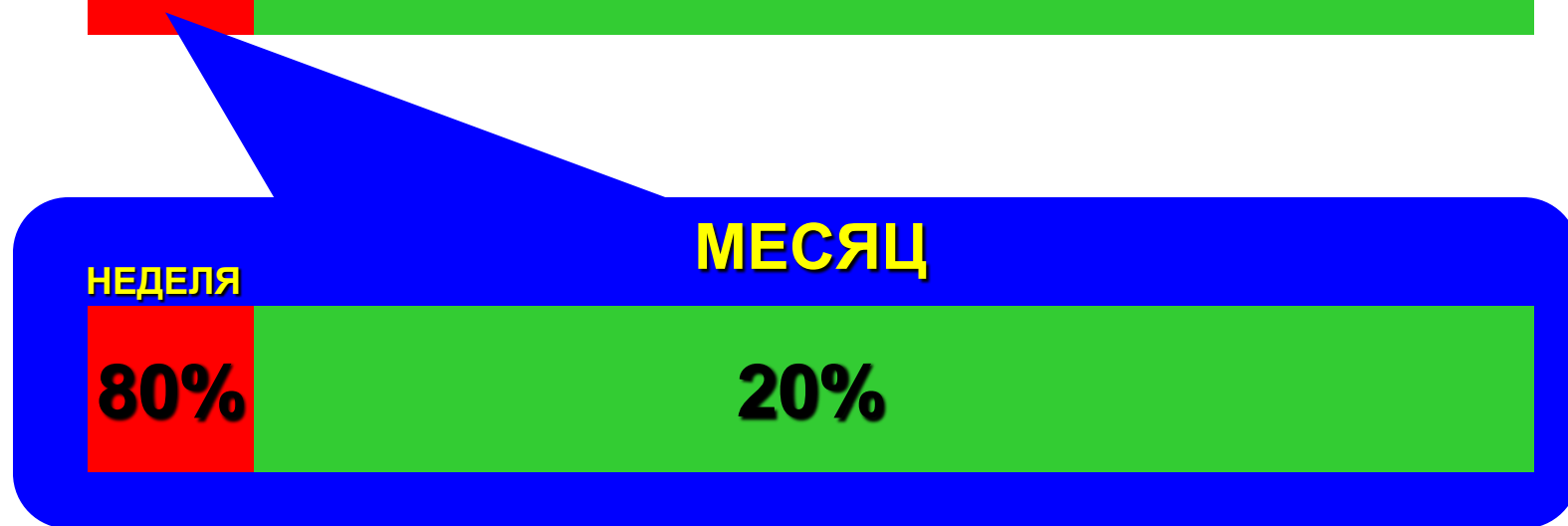
(г. Тверь, 25.02.2016)

Младенческая смертность



■ недоношенные дети ■ доношенные дети

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ()





Преждевременные роды

60—70 % недоношенных детей погибают в первые дни жизни

50 % недоношенных детей страдает:

тяжелыми неврологическими нарушениями, в том числе и ДЦП

• тяжелыми нарушениями зрения и слуха (вплоть до рождения слепоглухих детей)

•тяжелыми хроническими заболеваниями дыхательной системы

•85,5%% - ДЦП

•2-8%- слепота

•30% трудности с двигат. навыками

•67% - нарушения иммунитета

•67% нарушения зрения

•Умственная отсталость



(Академик РАН Л.В.Адамян, 2012)

МАЛОВЕСНОСТЬ - основной фактор риска сокращения продолжительности жизни и ухудшения ее качества



Преждевременные роды в мире



	Кол-во преждеврем. родов	% ПР
Всего в мире	12,870,000	9.6
Африка	4,047,000	11.9
Северная Америка (США & Канада)*	480,000	11.2 (2014)
Азия	6,907,000	9.1
Латинская Америка	933,000	8.1
Океания (Австралия/Новая Зеландия)	20,000	6.4
Европа	466,000	6.2
Россия (2014)	124.620	5,8

...Особенно часто ятрогении сопровождают преждевременные роды, в настоящее время определяющие не только перинатальную, но и всю детскую смертность в России...

«Акушерская агрессия» / В. Е. Радзинский. — Изд.: Медиабюро Статус презенс, 2011 г.



«Несмотря на то, что доктора лечили его (графа Пьера Безухова), пускали кровь и давали пить лекарства он все-таки выздоровел»
(Л.Н.Толстой. Война и мир)

Классификация

По характеру:

- **спонтанные (70-80%)**: спонтанные, ПИОВ, ПОНРП
- индуцированные (20-30 %)

• По гестации:

- **Экстремально ранние (до 28 нед.)**
- **Очень ранние (28—30 нед. и 6 дней)**
- **Ранние (31 – 33 нед. и 6 дней)**
- **Поздние (34 – 36 нед. и 6 дней)**

Преждевременные роды в России

22-27 нед -	8,6%
28-33 нед	28,3%
34-37 нед	63,1%

22 – 27 нед. и 6 дней

- Глубокая недоношенность
- Экстремально низкая масса тела (до 1000 г)

Прогноз крайне неблагоприятный

28 – 30 нед. 6 дней

- Тяжелая недоношенность
- Очень низкая масса тела (до 1500 г)

Прогноз неблагоприятный

31 – 33 нед. 6 дней

- Недоношенность средней степени

Прогноз может быть благоприятным при эффективной помощи

Выживаемость недоношенных детей

В сроки гестации 22-27 недель – живыми рождаются 24,8% детей
Только 13% - прожили 168ч

До 26 недель 90% новорожденных погибают в течение 1 месяца
После 26 недель – 90,9% проживают более 168ч
70,9% - более 1 месяца

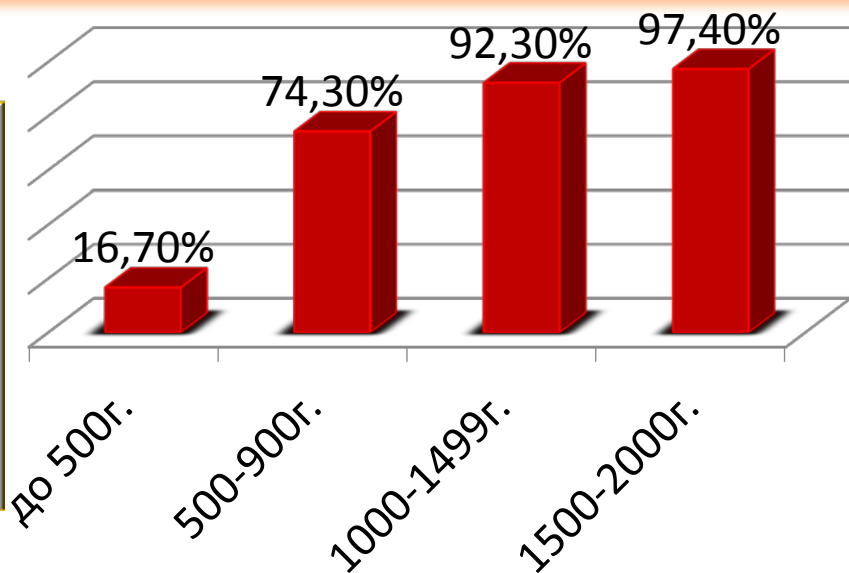
Выживаемость детей в постнатальном и раннем неонатальном периодах:

С массой до 500г – 16,7%

От 500 – 999г – 74,3%

1000-1499г – 92,3%

1500-2000г – 97,4%



Количество живорожденных и выживших в течение 1 мес. и сроки гестации (n=70) (ЦПСиР)

	22-23нед	24-25 нед	26-27 нед
Живорожденные %	20	60	92,7
Прожившие 168 ч. %	0	20	90,9
Прожившие 1 мес. %	0	10	70,9

Неврологические исходы после ранних преждевременных родов **НОРМАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ**

(T.Moore, E.M.Hennessy et al.,2012)

22 недель- 48%

23 недели -53%

24 недели – 65%

Рекомендации по тактике ведения экстремально ранних преждевременных родов (2014)

22-23 недель

отказ от реанимации:

Италия, Испания, Бельгия, Франция, Финляндия, Нидерланды

реанимация:

Россия и Турция

Более 25 недель

Франция, Италия, Словения

Индивидуально!

Основные проблемы

- Рост частоты преждевременных родов
- Все успехи –от неонатологов – реанимация, интенсивная терапия и выхаживание
 - «Акушерские успехи» не впечатляют
- Главная ошибка – ведение преждевременных родов в роддомах , не готовых к оказанию квалифицированной помощи
- Единственно эффективный путь улучшения результатов – ведение преждевременных родов в крупных перинатальных центрах

маршрутизация

Прогнозирование преждевременных родов

50%

наступают неожиданно у
практически здоровых женщин

**Мета-анализ 16
исследований**

25-75%

женщин из групп риска родили
своевременно без
медикаментозных вмешательств

(King J.F. et al., 1988)

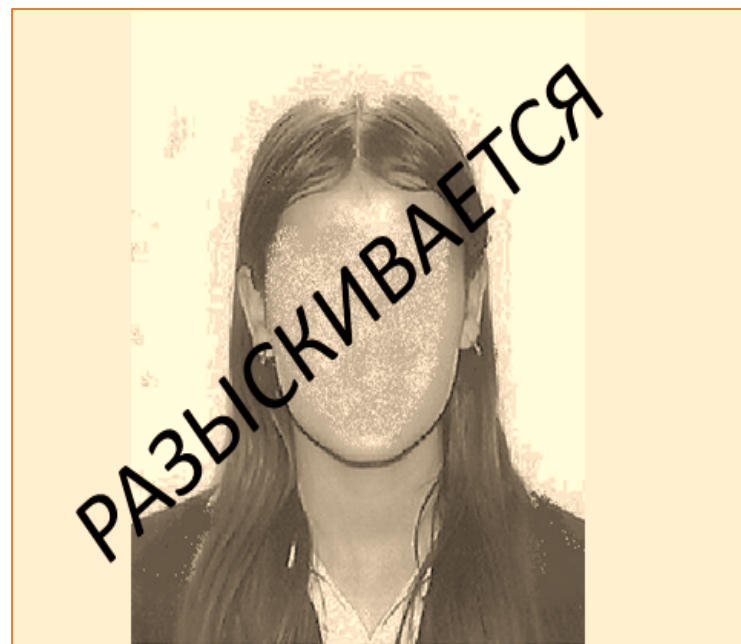
Факторы риска преждевременных родов

- **Преждевременные роды в анамнезе**
- **Бактериальный вагиноз**
- **Укорочение шейки матки**

Портрет пациентки со спонтанными преждевременными родами

(Исследование национального института здоровья детей и развития человека США, 10 центров, 2929 женщин)

худые, курящие, незамужем,
с досрочными родами в анамнезе,
вагинальными кровотечениями
и мочеполовой инфекцией



Moawad AH et al, Am J Obstet Gynecol. 2002
May;186(5):990-6.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ИСТИННЫХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

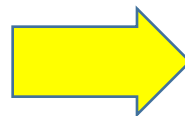
Угрожающие преждевременные
роды?

Не решено !

**В большинстве стран
идентификация преждевременных
родов основана только на
клинических субъективных данных**



**Избыточность:
Госпитализация
Токолититки
Кортикостероиды**



**Увеличение затрат
Увеличение
бесполезных и
потенциально опасных
вмешательств**

Неоправданная госпитализация

Не нуждались в госпитализации **921** беременная

с диагнозом

«угрожающие преждевременные роды».

Из них повторно поступили 9 (1%):

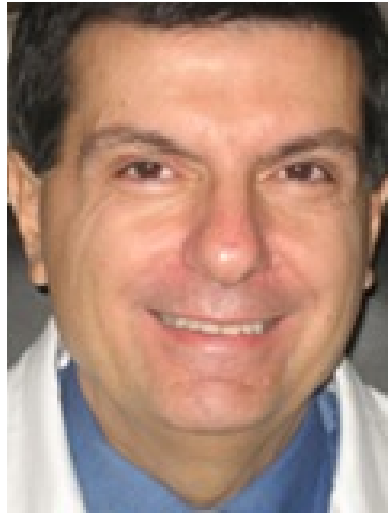
Гестоз – 5

ПОНРП – 1

Угрожающие преждевременные роды – 2

Преждевременное излитие вод – 1

Преждевременные роды – 0!



Carlo Di Renzo



Sonia Hassan



Roberto Romero



Eduardo Borges da Fonseca

Лучшие предикторы преждевременных родов

- ✔ Определение **длины шейки матки** при трансвагинальном ультразвуковом исследовании (19-24нед)
- ✔ Определение **фетального фибронектина** в цервико-вагинальном секрете (до 36 нед)
- ✔ Определение **протеина, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР, тест «актим-партус»)**
- ✔ Определения **плацентарного альфа микроглобулина (ПАМГ-1 тест «PartoSure»)**
- ✔ Определение **эстриола** в слюне (в США)

Бессимптомное укорочение шейки матки

- **Укорочение шейки матки, выявленное при УЗИ, является мощным предиктором преждевременных родов.**
- Возможно внедрение программы скрининга (УЗ-цервикометрия), в состоянии предотвратить преждевременные роды и улучшить неонатальные исходы

S. S. HASSAN^{1,2}, R. ROMERO^{1,3,4}, D. VIDYADHARI⁵, et al/ Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 38: 18–31

Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: **10.1002/uog.9017**

S. S. HASSAN^{1,2}, R. ROMERO^{1,3,4}, D. VIDYADHARI⁵ et al. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; **38**: 18–31/Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.9017

**обследовано 32 091 женщин
вагинальное УЗИ в 19-24 недели
у 733 (2,3%) – длина шейки матки 10-20мм**

459 участвовали в дальнейшем исследовании:

235 получали вагинальный прогестерон

224 – плацебо

частоты преждевременных родов до 33 недель

8,9% (21из235) против 15,2% (34из224)

14 беременных с короткой шейкой матки нуждаются в лечении для предотвращения **одних** преждевременных родов на сроке беременности до 33 нед.

Длина шейки матки ?

Однако даже женщины с короткой шейкой матки чаще рожают в срок, чем преждевременно.

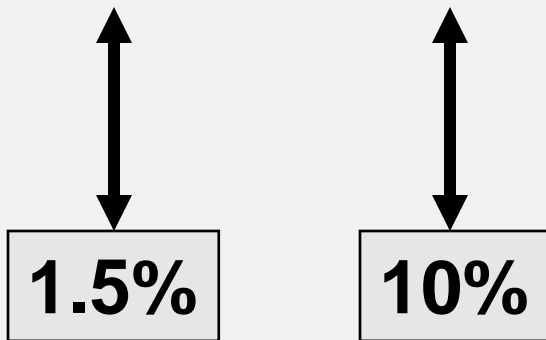
Усанов В.Д. , Штах А.Ф.,Ишкова М.Ф. и др., 2010

Трансвагинальная (не т рансабдоминальная) ультразвуковая цервикометрия

- Диагностические критерии:

Укорочение длины шейки матки (ДШМ)

(<2.5 см или <1.5 см)



- ДШМ >2.5 см
Нет истинных родов
- ДШМ <1.5 см
Могут быть истинные роды

Идентификация преждевременных родов

Следующий шаг – определение
биохимических маркеров, т.н.
плацентарных белков

Предикторы преждевременных родов

Поиск биохимических маркеров в биологических жидкостях (цервикально-вагинальный секрет, слюна, кровь):

- Маркеры воспалительного процесса – цитокины (**ИЛ-6**)
- Ангиогенные и иные факторы роста
- Факторы врожденного иммунитета (экспрессия отдельных генов: **TLR-2, NBD-1**) b
- ИФРСБ-1
- Прогестерон
- **Прогестерон-индуцированный блокирующий фактор (ПИБФ, PIBF)**
- **Эстриол**
- **Фибронектин плодовый**
- **ПАМГ-1**
- И многие другие

Фетальный фибронектин (fFN)

Мета-анализ 40 исследований (Berghella, 2008)

Высокий уровень **fFN** после 20 нед. коррелирует с риском преждевременных родов

- Положительный результат теста – высокий риск в течение **7 – 14 дней (67-71%)**, причем до 35 нед. гестации роды произошли у 53,3% беременных, несмотря на проведенную терапию.
- Отрицательный результат теста – риск очень низкий **(9%)** в течение **7** дней

Ограничения для теста на фетальный фибронектин

- Кровянистые выделения из влагалища.
- Дисбиоз влагалища и инфекции
- Использование вагинальных средств гигиены и терапии
- **Не проводить в течение 24 часов после вагинального осмотра и полового акта.**
- Более чувствителен в сроки менее 34 недель.



ITALIAN MULTICENTRE TRIAL

G. C. Di Renzo, M. Di Tommaso, F. Facchinetti,
F Petraglia, N. Rizzo, A Tranquilli *MIN GINECOL 2011*

Мультицентровое исследование fFN & цервикометрия

- fFN положительный 34 случая (132)
- УЗИ - ДШМ <25 мм 54 случая (96)
- **Роды <34 нед** **23/34** 67%
- 18/54** 33%

Приказ № 572н – комплексный подход

Диагностика на амбулаторном этапе!!!:

- УЗИ-цервикометрия
- Определение маркеров преждевременных родов (тест-система)

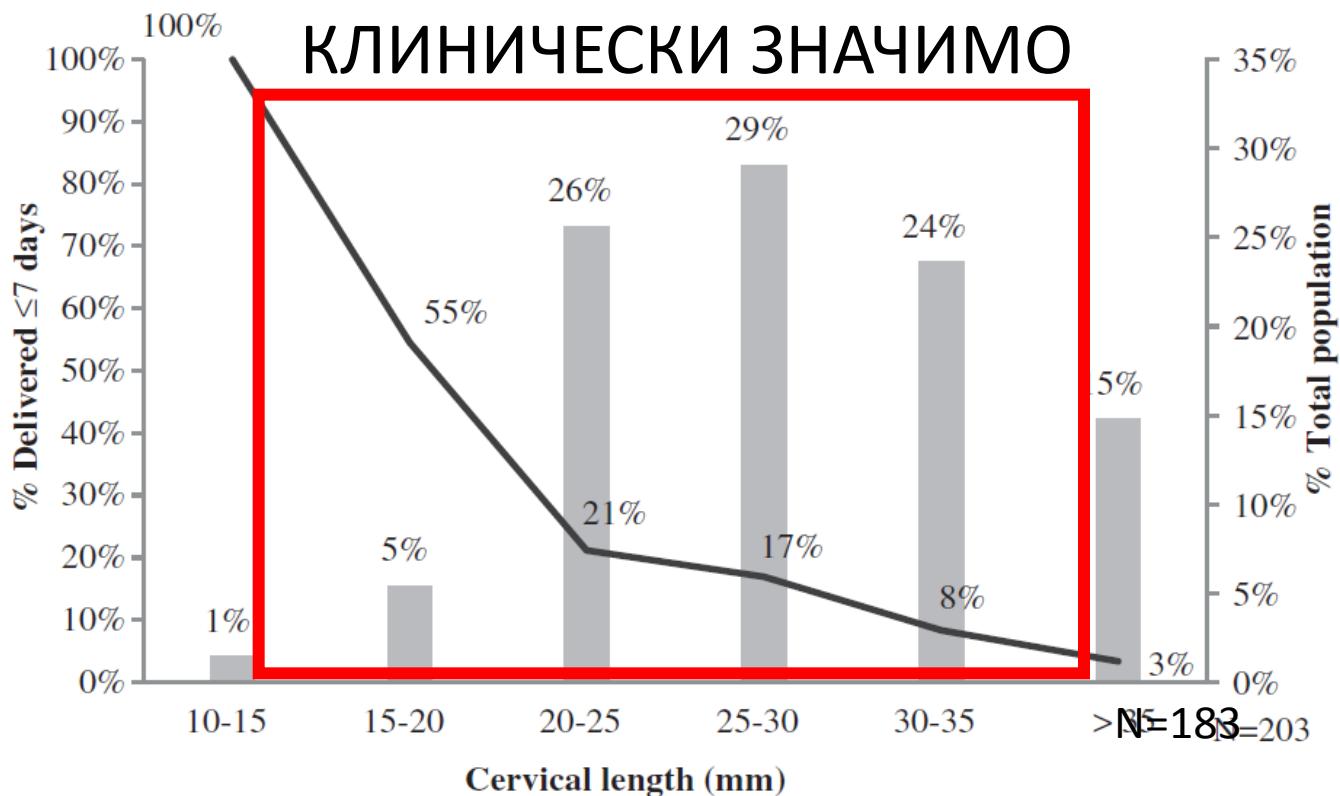
Берлин, 18.03.2015

Экспертный совет «Предикторы преждевременных родов»



НОВОЕ! Прогнозирование ПР у женщин при наличии симптомов

Измерение длины шейки матки при прогнозировании неизбежных самопроизвольных родов у женщин с симптомами ПР



Клинически значимый диапазон длины шейки матки, при котором использование тестов на определение биомаркеров наиболее полезно 15мм-35мм.

**Отрицательный тест на преждевременные
роды при длине шейки матки более 2.5
см - токолитическую терапию и стероиды
для профилактики РДС
НЕ НАЗНАЧАТЬ**

Di Renzo et al., JMFNM 2011

- **Положительный результат теста** на преждевременные роды не зависимо от длины шейки матки - госпитализация.
- При наличии клиники - токолиз и проведение профилактики РДС

Последнее!!!

При длине шейки матки более 25 мм
биохимический тест на
преждевременные роды

не назначать

Эффективный токолиз

Пролонгирование беременности
на 72 часа – для профилактики РДС
до 34 недель – хорошие перинатальные исходы

Задачи токолитической терапии

1. Предупреждение экстремально ранних ПР (**до 28 недель**)
2. Обеспечить время (**48-72 часа**) для профилактики респираторного дисстресс-синдрома у новорожденного
3. Обеспечить возможность перевода женщины с преждевременными родами в стационар более высокого уровня

Диагностика преждевременных родов

- Клиника: регулярные сокращения матки
- ДШМ менее 25 мм
- Положительный тест на преждевременные роды
- **УЗ-гистерография или КТГ (с регистрацией маточных сокращений)**

Профилактика респираторного дистресс-синдрома у новорожденного

- Дексаметазон или бетаметозон (приказ 572н МЗ РФ)
 - **Обязательно !** Но не 100% эффективность.
- Повторные курсы **???** Неоправданы.

Токолитики

Антагонисты окситоцина

- **Атозибан**

Блокаторы кальциевых каналов

- **Нифедипин**

Бета-миметики

- **Гексопреналин (гинипрал)**

Ингибиторы циклооксигеназы (ЦОГ)

- **Индометацин**

Сульфат магния ?

препараты
первой
линии

Блокаторы кальциевых каналов (нифедипин)

- **Схема 1.** 20 мг перорально, если сокращения сохраняются – через 30 мин 20 мг повторно, затем каждые 3-8 часов в течение 48 часов. Максимальная доза 160 мг/сут.
- **Схема 2.** 10 мг под язык каждые 20 мин до прекращения схваток (но не более 3-х таблеток!).
Затем по 10-20 мг per os каждые 6 часов 48-72 часа

Блокаторы кальциевых каналов (нифедипин)

Рекомендуемый мониторинг:

- Постоянный контроль ЧСС плода, пока имеются маточные сокращения
- Измерение пульса, АД каждые 30 минут в течение первого часа, затем ежечасно в течение первых 24 часов, затем каждые 4 часа
- Только в режиме монотерапии.
Не сочетать с магнезией!
- После купирования родовой деятельности поддерживающее лечение не показано

Схемы токолиза гексапренолином (Гинипрал)

Острый токолиз – не в терапии преждевременных родов

- 10 мкг гексопреналина на 10 мл 0,9% NaCl в/в струйно медленно

Массивный токолиз

- в/в 0,3 мкг/мин - капельно или через инфузомат

Длительный токолиз

- в/в 0,075 мкг/мин - капельно или через инфузомат

Категоричный отказ от назначения гинипрала в таблетках!

АТОСИБАН (Трактоцил) – препарат первой линии в европейских клинических руководствах по использованию токолитиков в терапии преждевременной сократительной деятельности матки

страна	Организация	Руководство	Дата вступления в силу
Австрия	OEGGG	Атозибан – 1я линия терапии	Май 2005г.
Бельгия	GGOLFB VVOG	Атозибан – 1я линия терапии	2006 г. 2007 г.
Дания	DSOG	Атозибан – 1я линия терапии	
Франция	CNGOF	Терапия первой линии – Атозибан, бета-миметики, блокатор кальциевых каналов	2002 г.
Германия	DGGG	Атозибан – 1я линия терапии	2008 г.
Италия	SLOG	Атозибан – 1я линия терапии	2004 г.
Нидерланды	NVOG	Атозибан и Нифедипин – 1я линия терапии	2004 г.
Норвегия	NGF	Атозибан – 1я линия терапии	
Испания	SEGO	Атозибан – 1я линия терапии	2004 г.
Великобритания	RCOG	Атозибан и Нифедипин – 1я линия терапии	2002 г

Атозибан

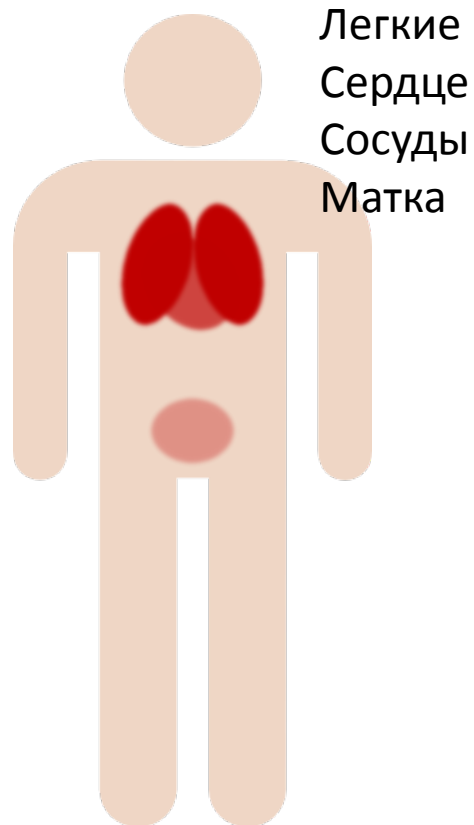
конкурентный антагонист рецепторов окситоцина

- Наиболее безопасный из имеющихся токолитических препаратов (Ромеро 2000 г.), что было подтверждено крупномасштабным исследованием (Де Хеус. 2009 г.) с нулевой частотой нежелательных явлений.
- В2 – агонисты (гинипрал, ритодрин) в 10 раз чаще вызывали нарушения со стороны ССС (Моткуллин, 2001 г. и др.).
- Нифедипин – частота тахикардии и гипотензии выше (Кашаниан, 2005 г., Аль-Омари, 2005 г.)

Побочные действия токолитиков

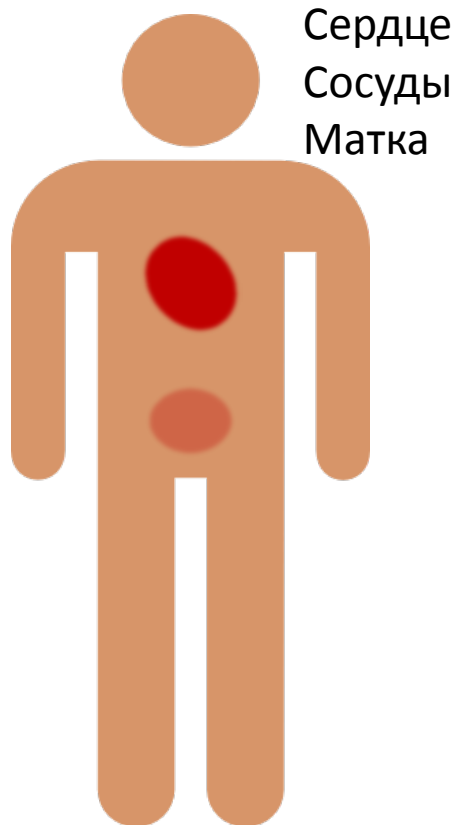
Гексопреналин

β_2 -адреномиметик



Нифедипин

Блокатор кальциевых каналов



Атосибан (трактоцил)

Антагонист рецепторов окситоцина



Атозибан

- конкурентный антагонист рецепторов окситоцина

- Действие трактоцила наступает через 5-10 мин. Сокращения матки полностью прекращаются через 3-12 часов
- Условие эффективного использования – раннее назначение токолиза

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
специалист Минздрава России
по акушерству и гинекологии
академии РАН



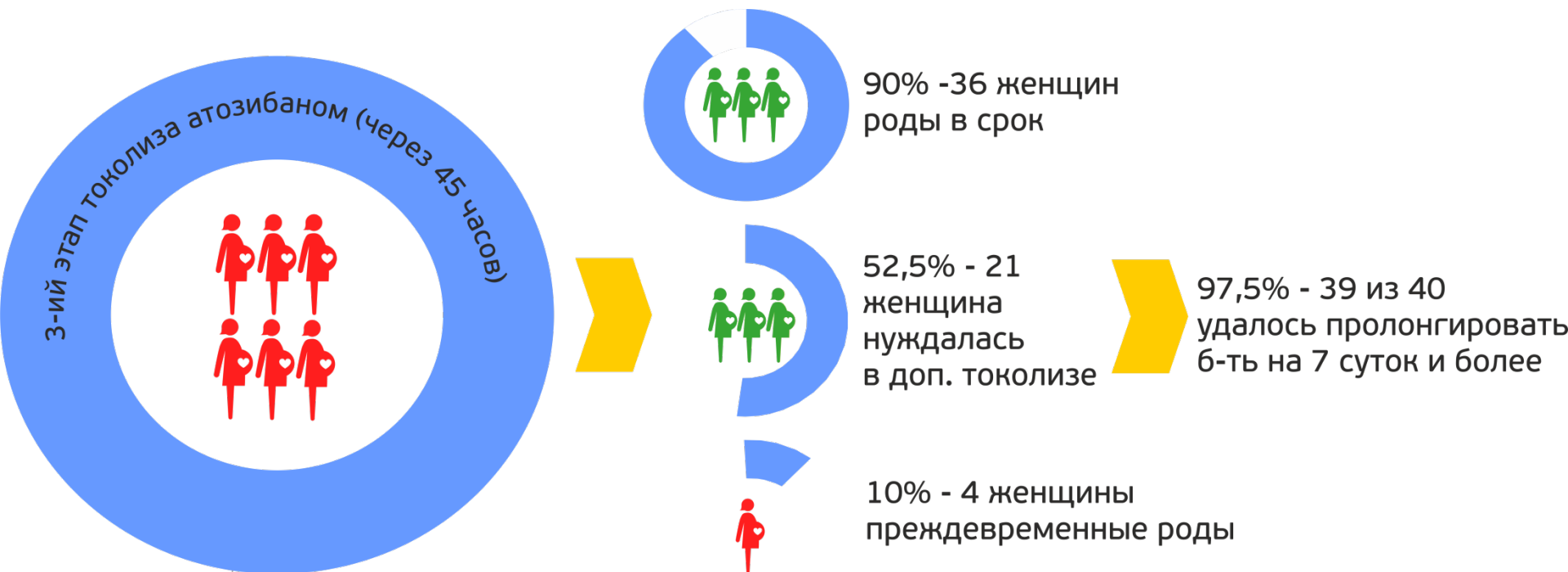
УТВЕРЖДАЮ

Президент Российского
общества акушеров-
гинекологов
академии РАН



В.Н. Серов
2015 г.

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ЭВАКУАЦИИ
ПРИ ПРЕЖДЕВРЕННЫХ РОДАХ
Клинические рекомендации
(протокол лечения)**

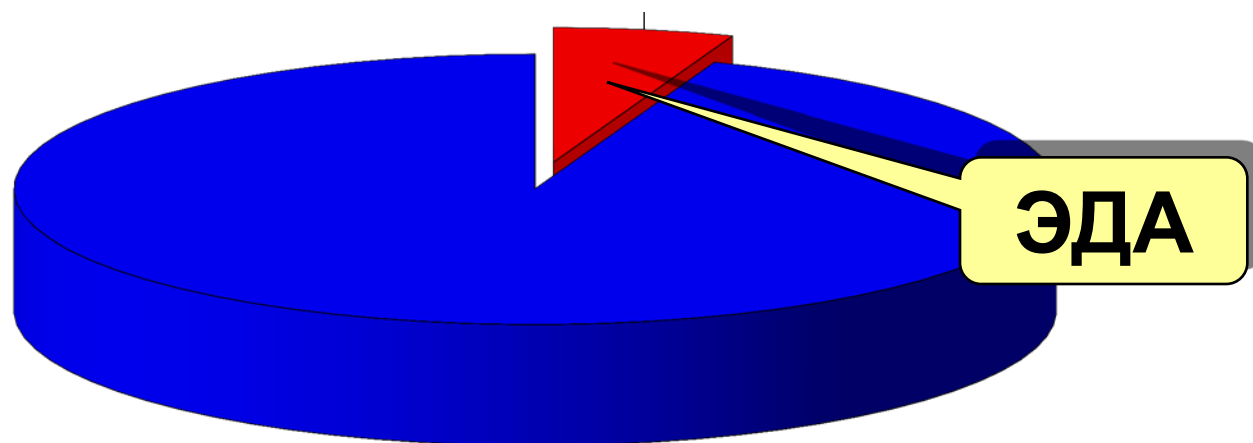


Токолиз atosибаном хорошо переносится, что позволяет рекомендовать его использование в учреждениях более низкого уровня вплоть до фельдш-акушерских пунктов(ФАПы) и женских консультациях в качестве препарата первой линии (при наличии показаний)

Ведение преждевременных родов

- Предупреждение быстрых и стремительных родов – интранатальный токолиз (гинипрал, сульфат магния!)
- **Обезболивание !!**
- Отказ от защиты промежности – руки прочь от головки плода!!!
- Присутствие неонатолога на родах во II периоде преждевременных родов
- Предупреждение переохлаждения ребенка!!!!

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В РОДАХ (%)



*Отсутствие регионарной анестезии
при преждевременных родах -
**НЕПРЕДОСТАВЛЕНИЕ НЕОБХОДИМОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ***

Диагностика преждевременного разрыва плодных оболочек и тактика

**40% преждевременных родов начинается с
дородового излития околоплодных вод**

40% - подтекание околоплодных вод неочевидно

Риск восходящей инфекции

Риск недоношенности



20-25%
Беременных в США
госпитализируются с подозрением
на ПРПО



40%
Пациенток не имеют
обильного
подтекания
амниотической
жидкости из
цервикального
канала

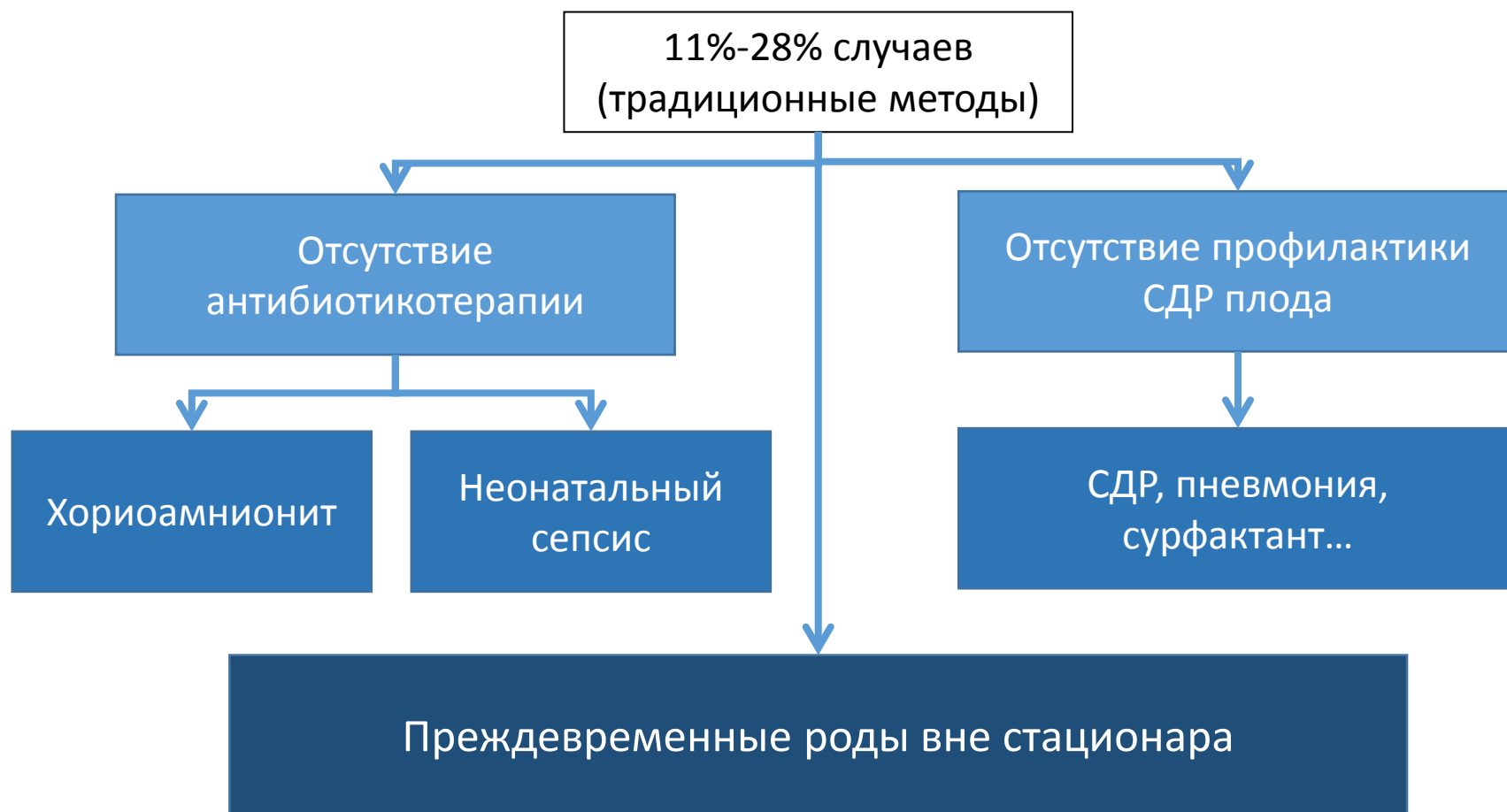
47%
Врачей не уверены
в диагнозе,
поставленном
основываясь только
на осмотре в
зеркала

Новый термин: False ROM?

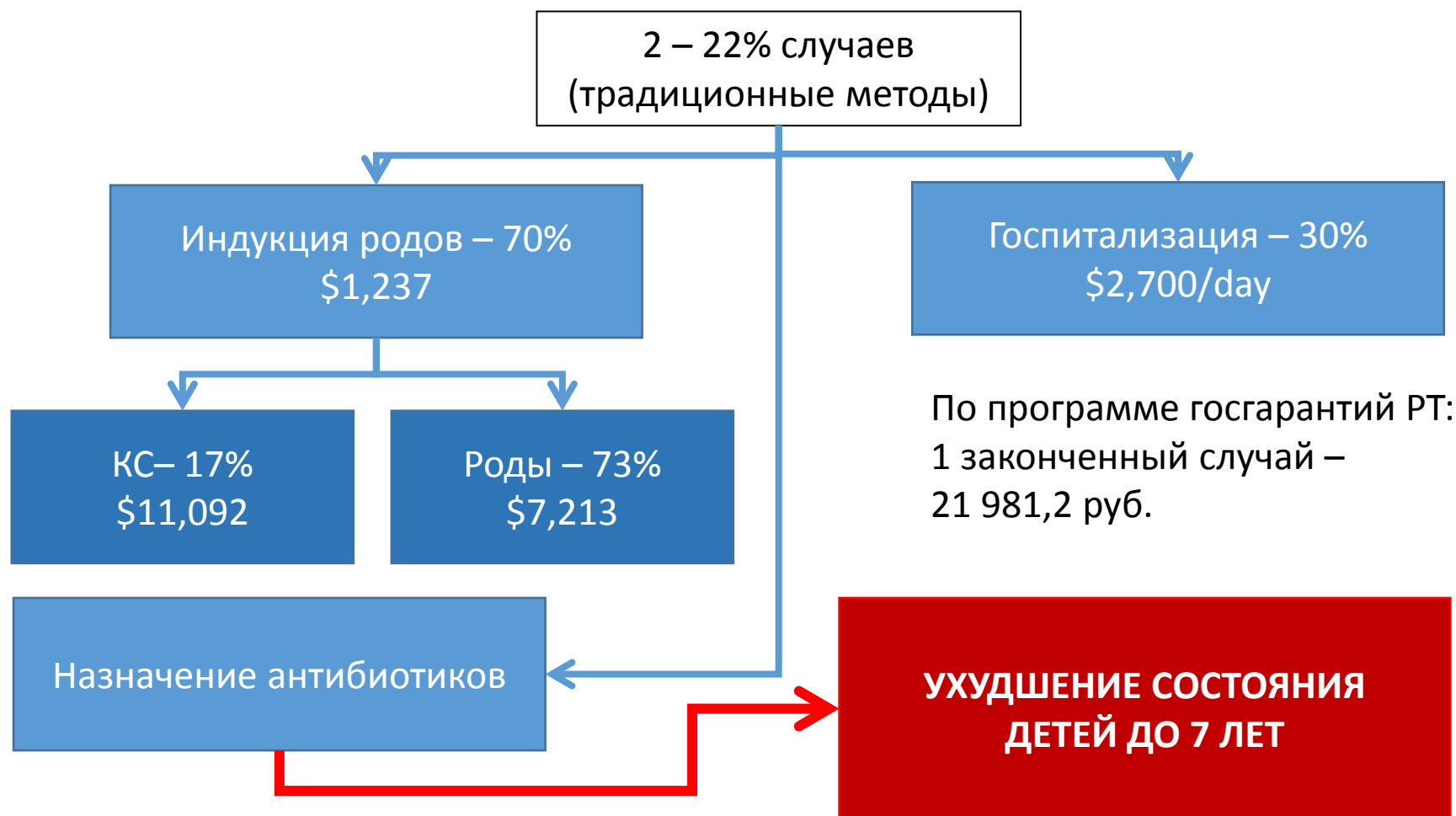
Диагноз ПРПО.

ДА / НЕТ

Ложноотрицательный диагноз



Ложноположительный диагноз



Диагностические тесты

Тест	Патентованное название	Срез	Чувств. (%)	Специф. (%)	PPV (%)	NPV (%)
Нитразиновый (pH)	—	+ / -	90–97	16–70	63–75	80–93
Арборизация слизи	—	+ / -	51–98	70–88	84–93	97–97
АФП	ROM Check®	> 30 µg/L	90–94	95–100	94–100	91–94
fFN	—	> 50 ng/mL	97–98	70–97	74–93	98–100
IGFBP-1	Actim PROM®, AMNI Check®, AmnioQuick®	> 3µg/L	74–97	74–97	73–92	56–87
Пролактин	—	> 30–50 µIU/mL	70–95	76–78	72–84	75–93
β-ХГЧ	—	> 40–65 µIU/mL	68–95	70–95	73–91	78–97
Мочевина и креатинин	—	> 0.12–0.6 mg/dL	90–100	87–100	94–100	91–100
Лактат	Lac test®	≥ 4.5 mmol/L	79–86	88–92	88–92	78–87
PAMG-1	AmniSure® ROM test	> 5.0 ng/mL	98–99	88–100	98–100	91–99

PAMG-1

- Плацентарный Альфа Микроглобулин (PAMG-1) – это белок, который экспрессируется клетками децудальной оболочки плаценты
- Выделен в 1975 году в Советском Союзе, но оставался относительно неизвестным.
- PAMG-1- маркер ПРПО, т.к.:
 - **Очень низкий базальный уровень**, измеряемый в цервико-вагинальном секрете при интактных мембранах
 - Во время беременности PAMG-1 секретируется в амниотическую жидкость в больших количествах

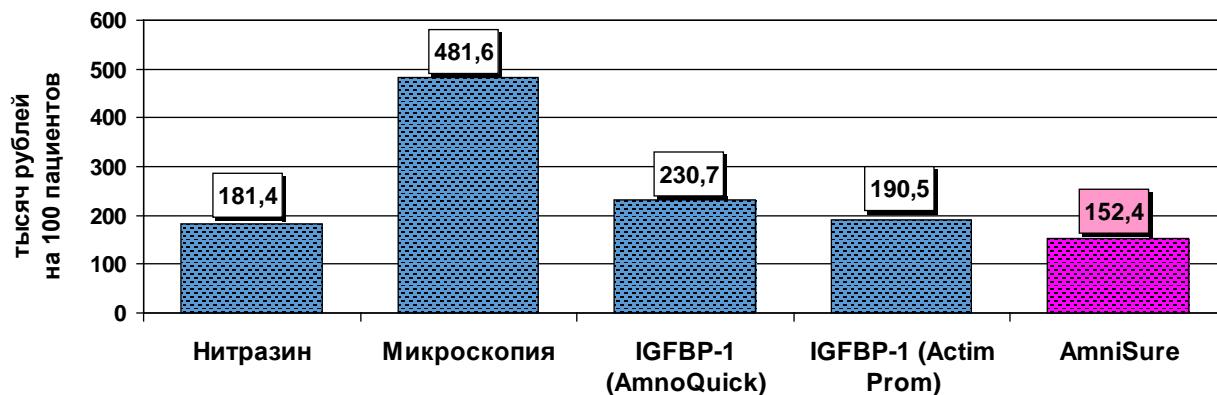


Клинико-экономическая эффективность тест-систем

	Среднее время пребывания беременной в стационаре	Стоимость
С применением теста	3,6 койко-дней	3 690 рублей
Без применения теста	10 койко-дней	10 250 рублей
Выгода:		6 560 рублей

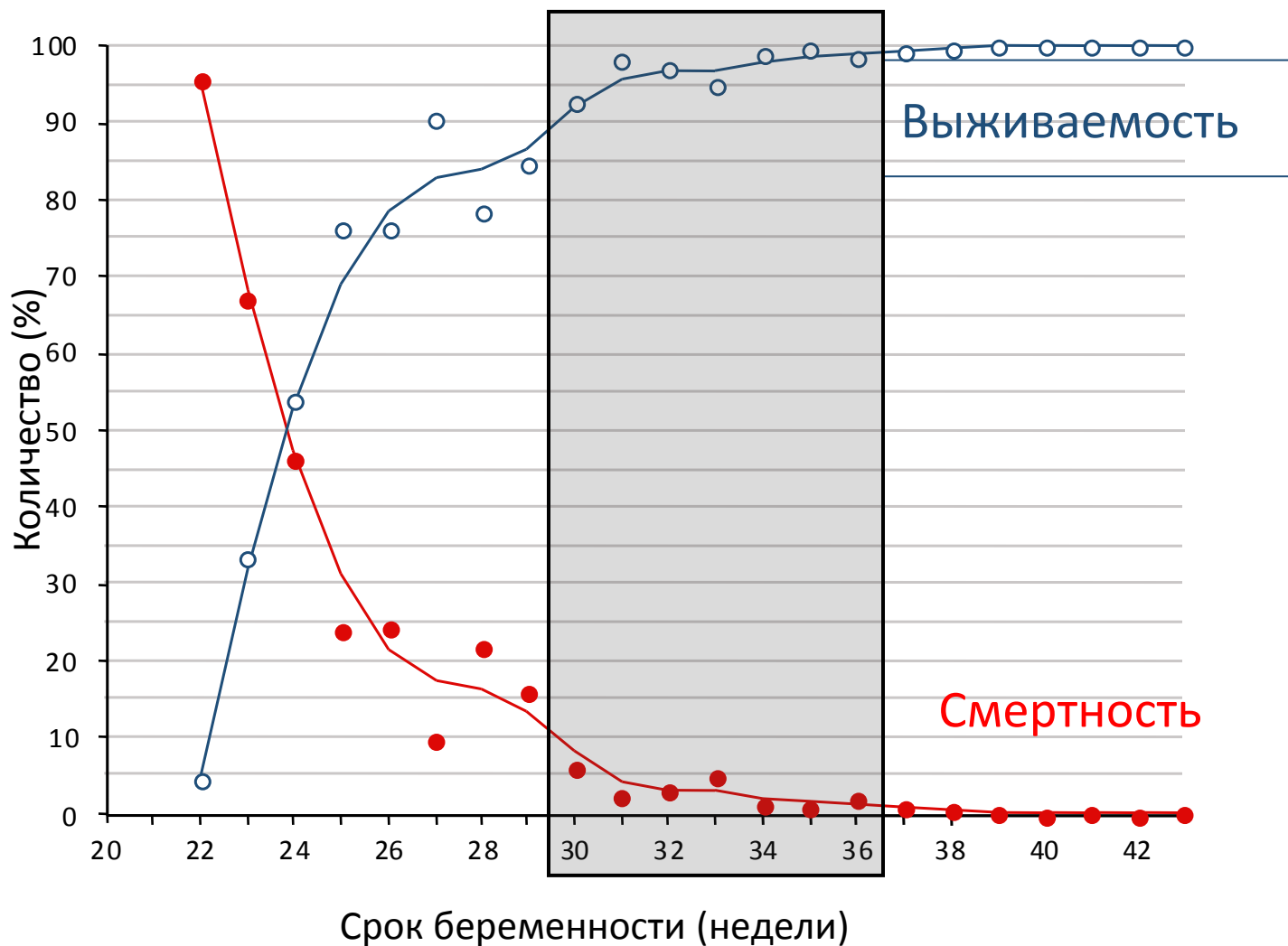
Клинико-экономическая эффективность тест-систем

Название теста	СТОИМОСТЬ ложноотрицательных реакций	СТОИМОСТЬ ложноположительных реакций
Нитразиновый тест	1218 400	88320
Микроскопия мазка	529 200	127200
Тест на определение протеина-1, связывающего инсулино- подобный фактор роста (IGFBP-t) (AmnioQuick®)	125 565	43695
	121 550	40410
Тест на определение плацентарного а-микроглобулина-1 (AmniSure®)	11 600	10 080



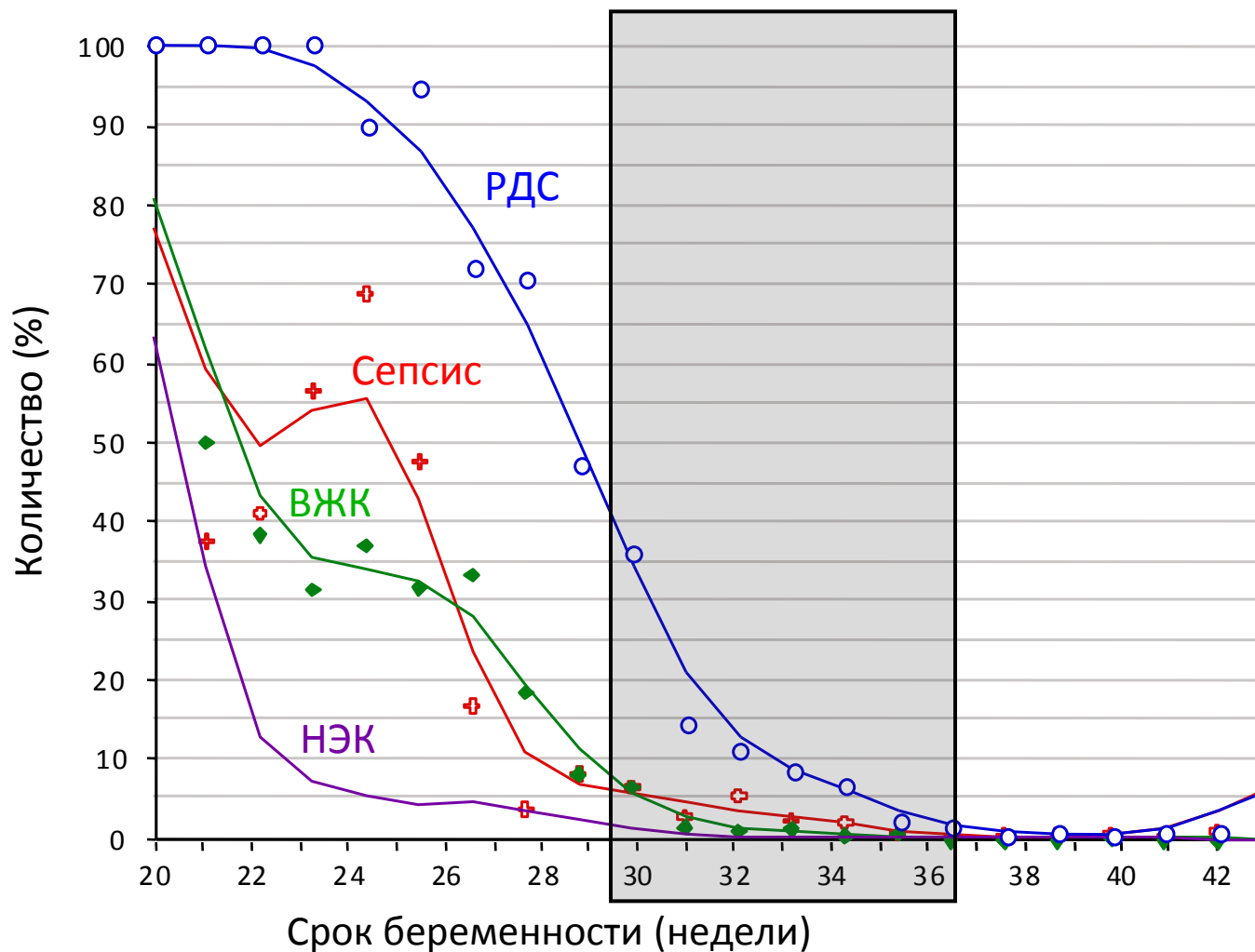
Тактика ведения при ПРПО

Вероятность
выживания
плода



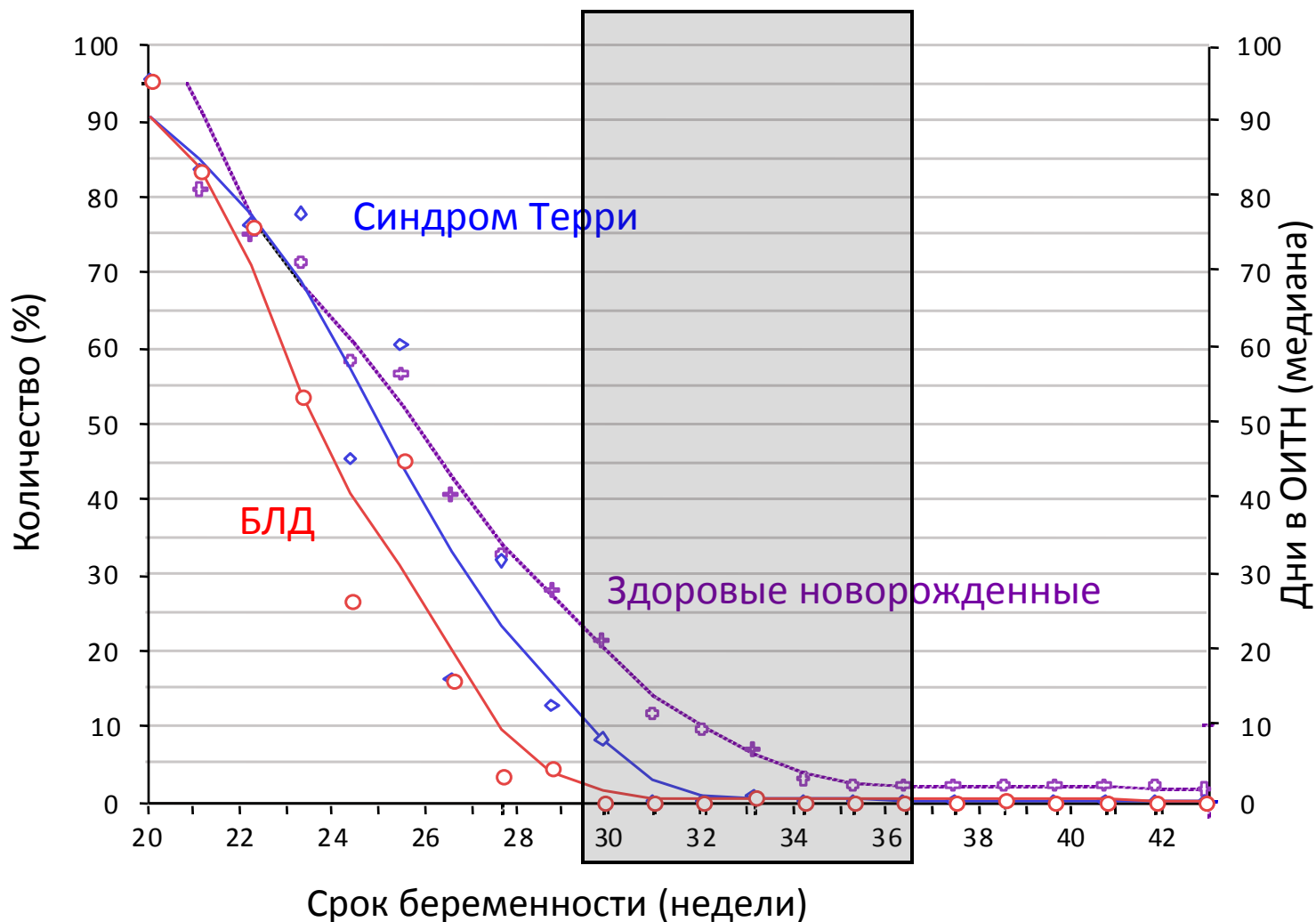
Тактика ведения при ПРПО

Острые
заболевания у
выживших



Тактика ведения при ПРПО

Хронические
заболевания у
выживших



Диагностика ПРПО

- Без исследования РV, если нет схваток
- Если сомнения:
 - Чистая прокладка → 1 час
 - Осмотр в зеркалах
 - Цитологический тест – ложноотрицательно 20%
 - Одноразовые тест системы
 - УЗИ на количество ОПВ

Выжидательная тактика

- 34 нед – показана
 - Токолиз с целью профилактики СДР плода
 - The Cochrane Collaboration – не достаточно данных для принятия обоснованного решения
 - Токолиз 25% раствором $MgSO_4$ – эффективен и безопасен
- 34-37 нед – не показана
 - Токолиз – не показан
 - Индукция родов – не показанаДо

Антибактериальная терапия

- До 34 нед
 - сразу и до рождения ребенка
 - эритромицин per os по 0,5 г через 6-8 часов до 7-10 суток
 - ампициллин per os по 0,5 г каждые 6 часов до 10 суток
 - β -гемолитический стрептококк — пенициллин по 1,5 г в/м каждые 4 часа
 - начало хориоамнионита – добавить гентамицин
 - подтверждение хориоамнионита – после родов добавить метронидазол
- 34-37 нед
 - антибиотикопрофилактика такая же как до 34 нед

Выжидательная тактика

- Запись в «Историю родов» каждые 4 часа:
 - температуры тела
 - пульса
 - ЧСС плода
 - характера выделений из половых путей
 - родовой деятельности
- Объем дополнительного обследования:
 - посев отделяемого из ЦК на β -гемолитический стрептококк, флору и чувствительность к антибиотикам – при первом осмотре в зеркалах
 - ОАК – лейкоциты, формула – 1 раз в 2-3 дня при отсутствии клинических признаков инфекции
 - С-РБ
 - УЗИ, УЗ-доплерометрия, КТГ регулярно, не реже 1 раза в 2–3 дня

Нейропротекция при преждевременных родах

Магnezия внутривенно 4 г болюсно + в/в
медленно 1 г в час
(суммарная доза 8 г)

«Где нам найти таких идей,
спасти спешащих в этот мир детей»

КС в плодном пузыре!

«Кесарево сечение... Клинические рекомендации(протокол) МЗ РФ от 6.05.2014»

Если недавно мы основные надежды возлагали на возможности неонатальной реанимации и интенсивной терапии, то сегодня бережное кесарево сечение с извлечением плода в целом плодном пузыре –

***резерв снижения акушерского
травматизма***

История вопроса

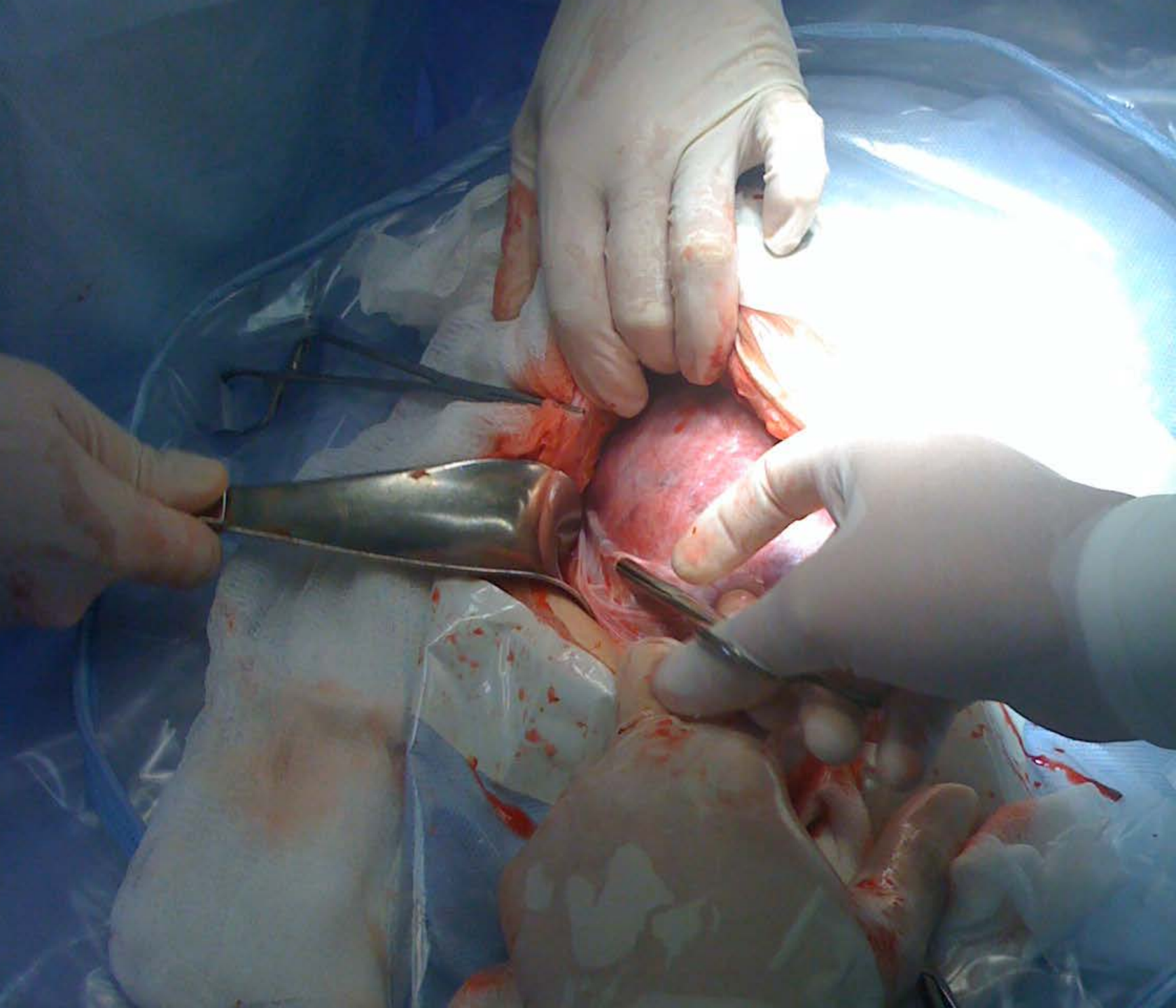
- **H.G.Hillemanns (1988)** предложил методику КС с послойным рассечением матки без повреждения плодных оболочек, которые вскрываются после полного завершения разреза на матке
- **В.И.Краснопольский и В.Е.Радзинский** в 90-го начали использовать данную методику при недоношенной беременности
- **И.Ф.Фаткуллин и Ф.И.Фаткуллин** (2004-2008 гг) разработали технологию метода
- **И.Ф. Фаткуллин и Н.Р.Ахмадеев** (2008-2015) – метод выбора при абдоминаальном родоразрешении женщин с многоплодной беременностью

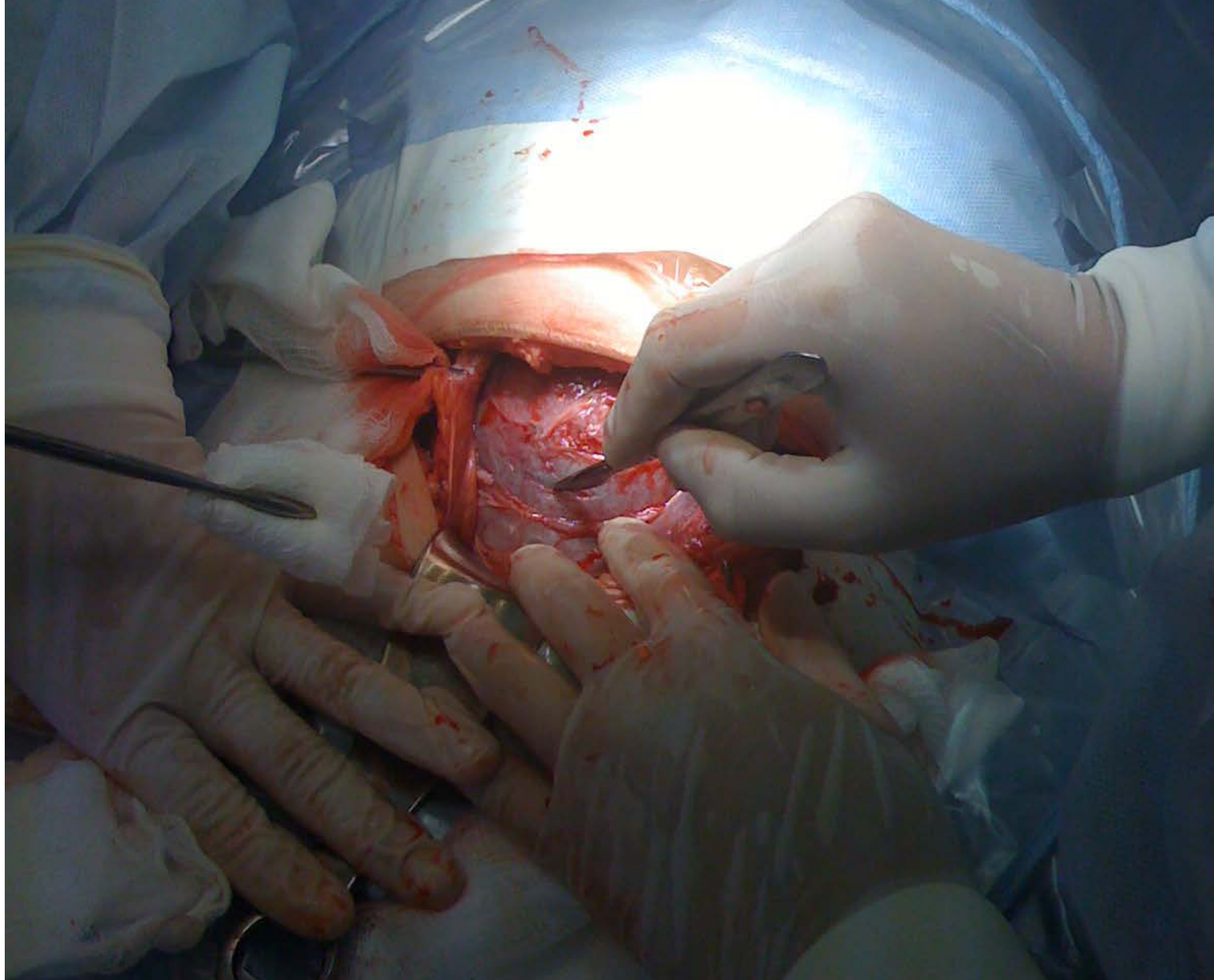
Суть операции:

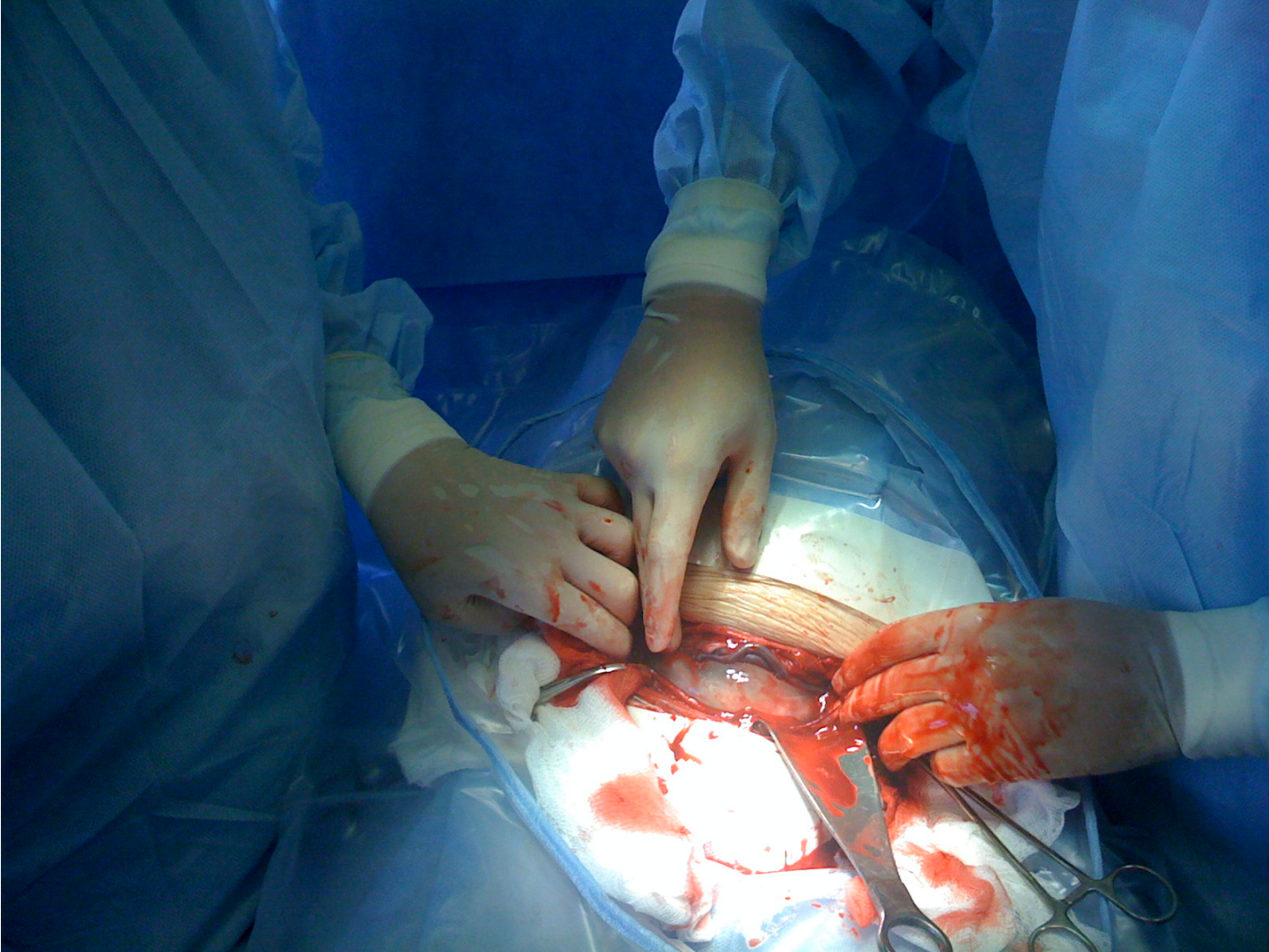
Создание *«гидравлической защиты»* плода при его извлечении из матки

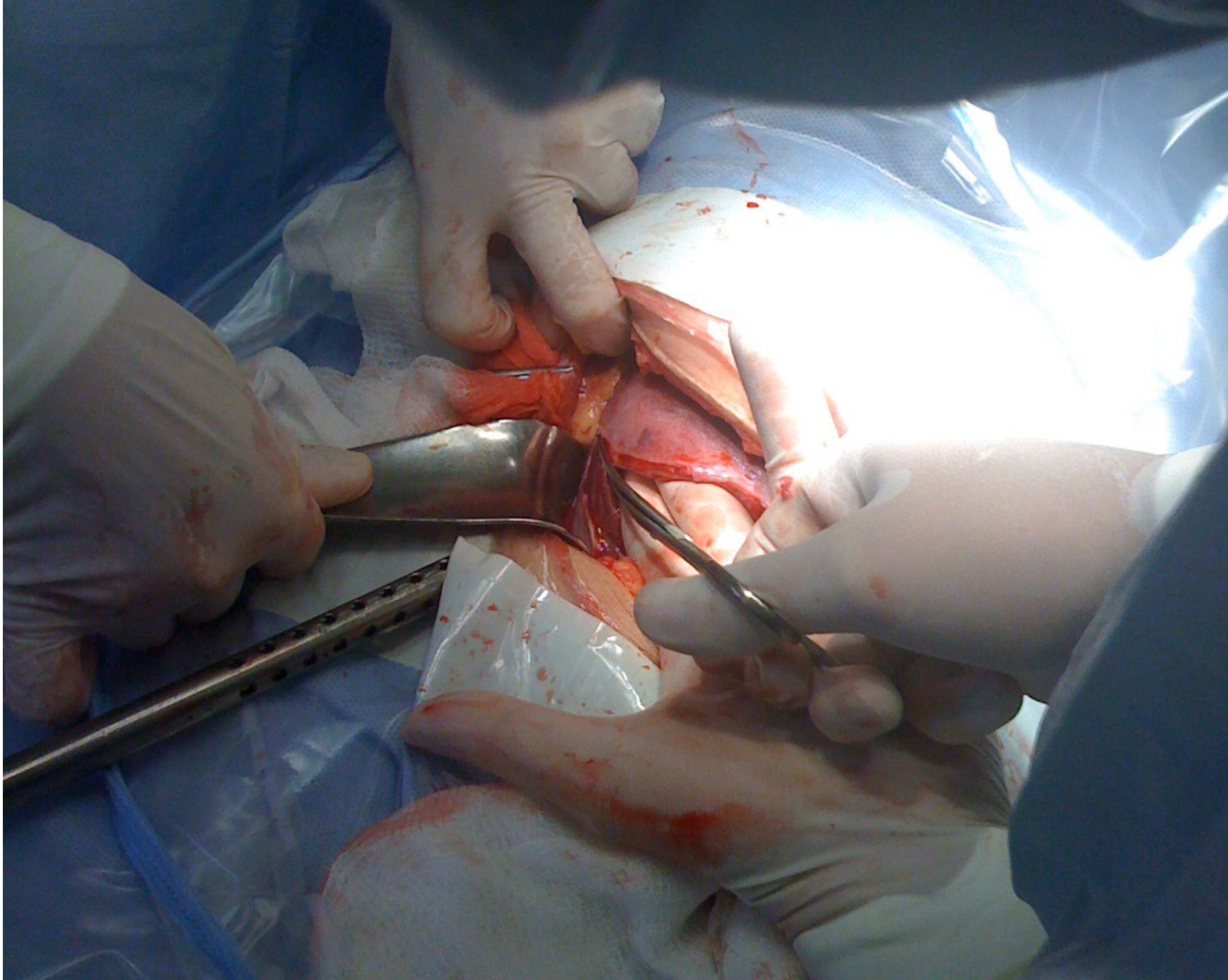


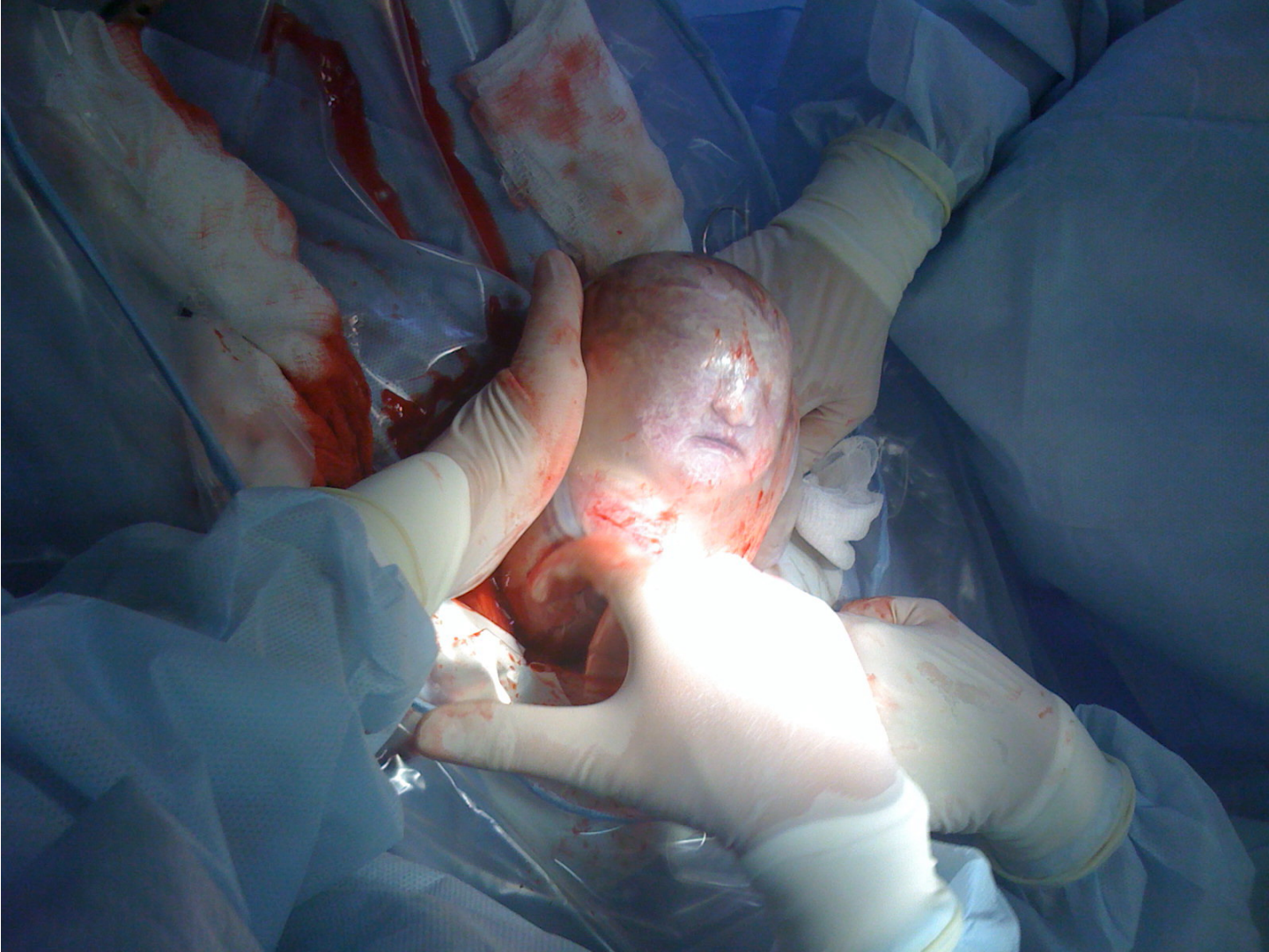




















КС : извлечение плода в целом плодном
пузыре

Тазовое предлежание плода

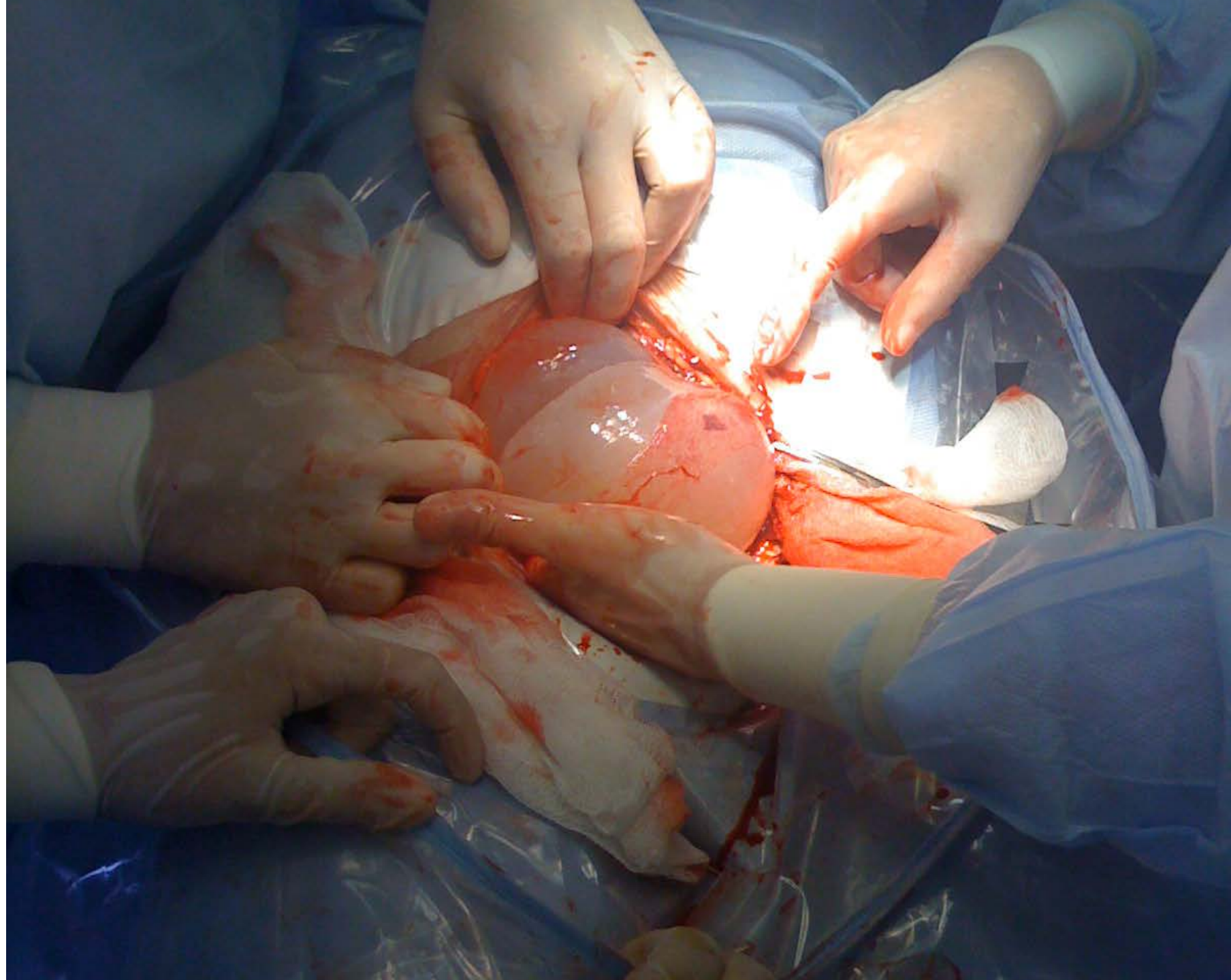








Кесарево сечение при многоплодной беременности



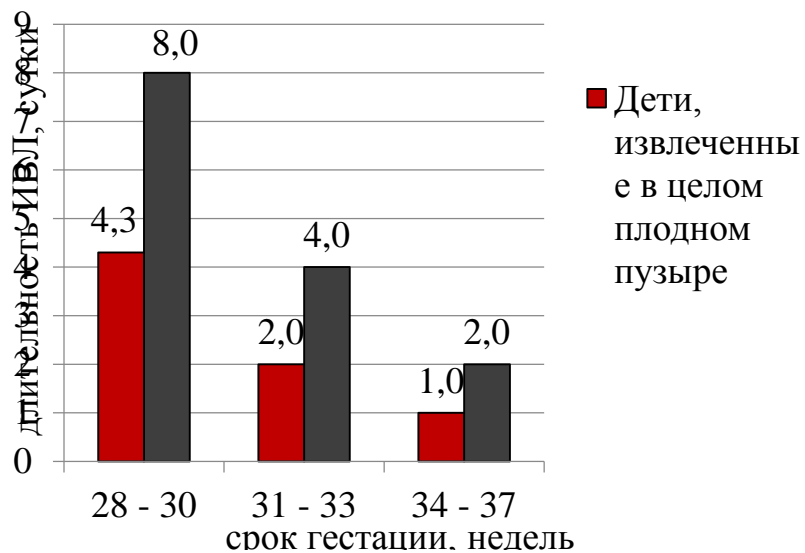




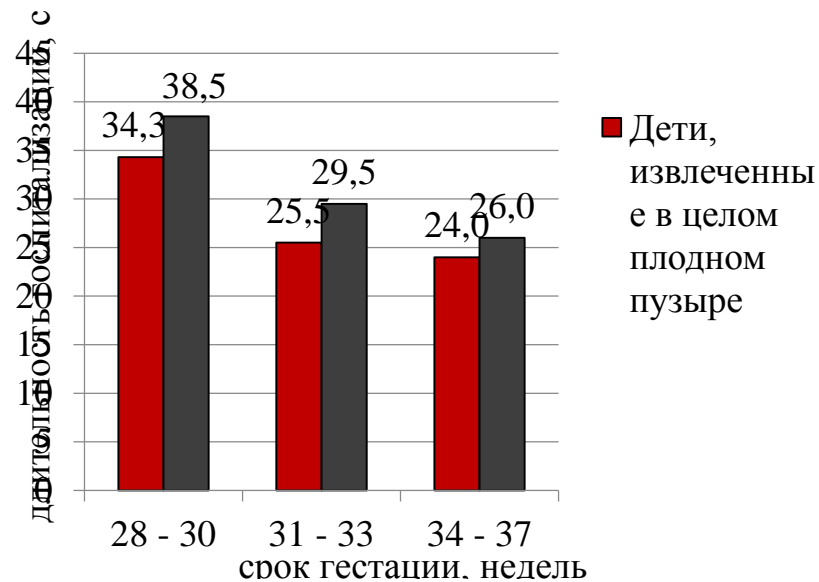
Сравнение «копи-пара»



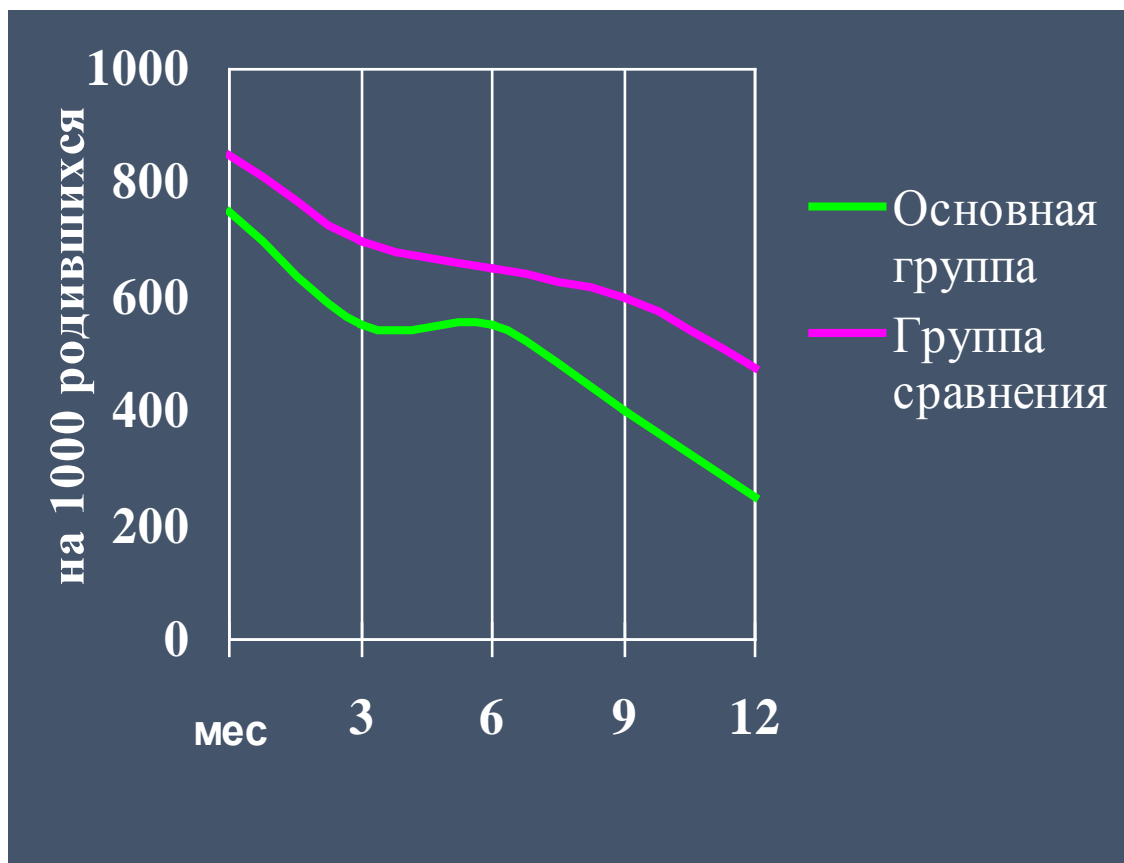
Длительность ИВЛ



Продолжительность госпитализации детей



Младенческая заболеваемость недоношенных детей



The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine

ISSN: 1476-7058 (Print) 1476-4954 (Online) Journal homepage:

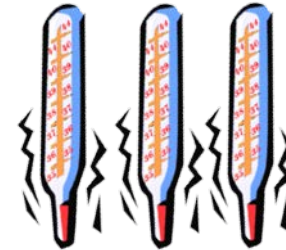
<http://www.tandfonline.com/loi/ijmf2>

[0](#)

Abdominal delivery in the intact amniotic sac in twin pregnancy

Viktor Radzinsky, Nariman Akhmadeev, Ildar Fatkullin & Farid Fatkullin

Тепловая цепочка



Первый шаг в обеспечении «тепловой цепочки»

При ЭНМТ – освобождение от плодного пузыря на реанимационном столике под лучистым теплом (Н.В.Башмакова и сотрудники)

ИЛИ

Освобождение от плодного пузыря сразу после извлечения, пересечение пуповины и перенос новорожденного к реанимационному столику, накрыв его плацентой (исключает гиповолемию).



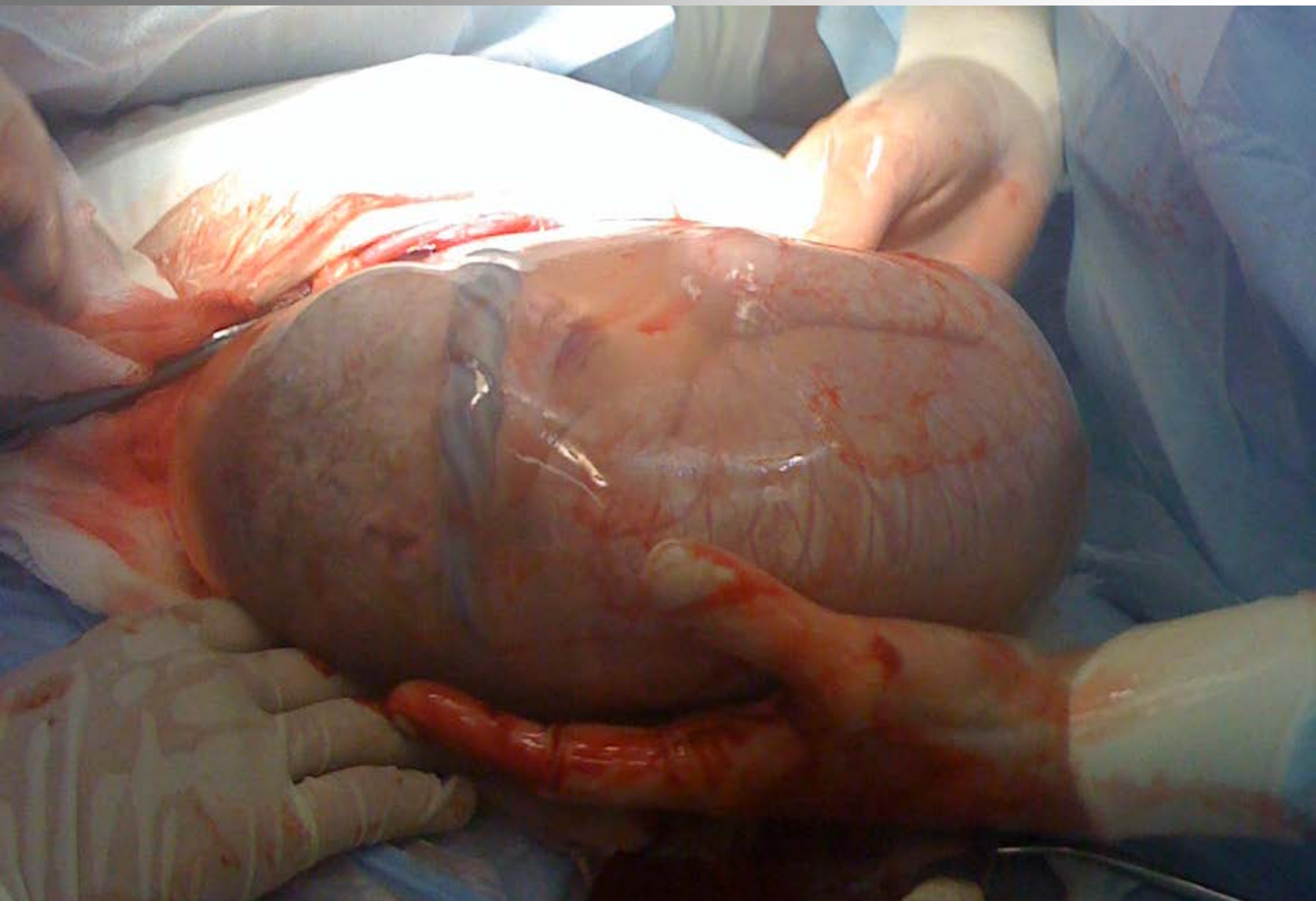
Двойня, рожденная путем операции кесарева сечения с извлечением плодов в целом плодном пузыре

Благодарю за внимание!

Кесарево сечение с извлечением
плода в целом плодном пузыре







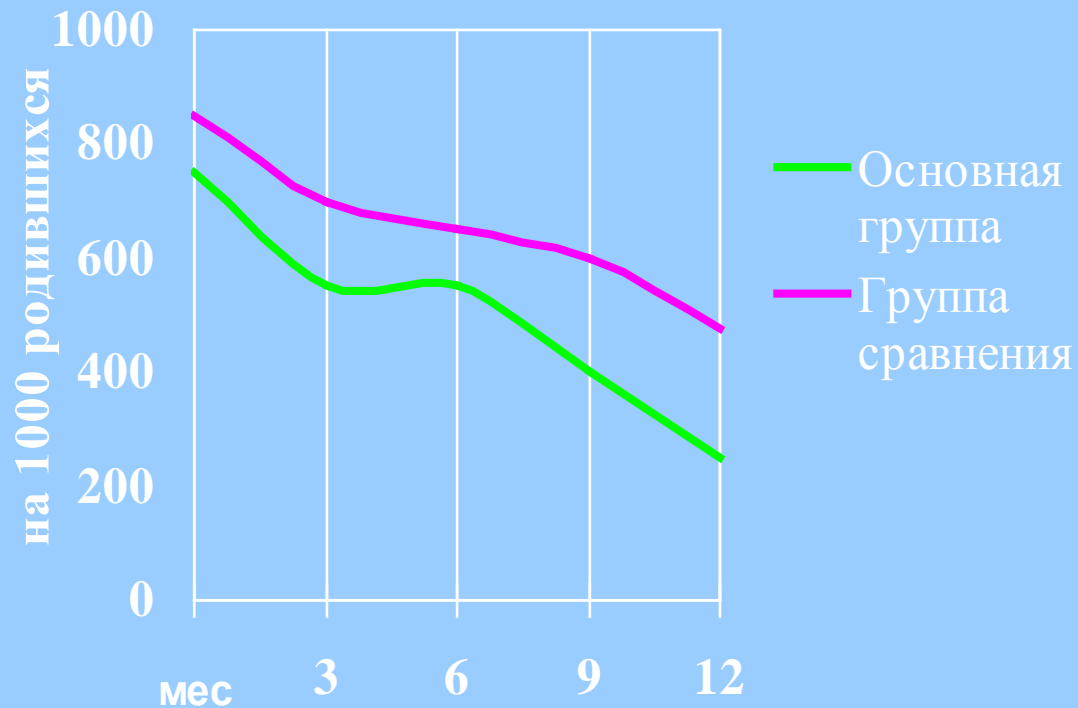
«Тепловая цепочка»

Первый шаг в обеспечении «тепловой цепочки»

Н.В.Башмакова и сотрудники

При ЭНМТ – освобождение от плодного пузыря на реанимационном столике под лучистым теплом

Младенческая заболеваемость недоношенных детей (извлеченных в пузыре и без)



Будьте бдительны...



**В.Е.Радзинский
(Главный эксперт
Росздравнадзора)**



**В.В.Путин
(Президент Российской
Федерации)**



Двойня, рожденная путем операции кесарева сечения с извлечением плодов в целом плодном пузыре

Благодарю за внимание!