Казанский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №2

Перинатальная охрана плода и новорожденного

.

Цель акушерства

- Сохранить здоровье матери
- Помочь родить ей здорового ребенка

Перинатология

Наука о развитии плода и новорожденного

Peri (греч.) - вокруг

Natus (лат.) - рождение

Logos (лат) - учение

Важнейшие медицинские и социальные показатели

- Перинатальная смертность
- Перинатальная заболеваемость

Перинатальная смертность

Смертность в связи с родами, включающая погибшие плоды до родов, начиная с 28 недель беременности (антенатальная), во время родов (интранатальная), и новорожденных (неонатальная) в течение первых 7 дней (168 часов) после рождения

Перинатальная смертность

Рассчитывается из числа погибших плодов и новорожденных с массой тела 1000 г и более (или, если масса при рождении неизвестна, длиной 35 см и более, или при сроке беременности 28 недель и более) на 1000 новорожденных.

Перинатальная смертность

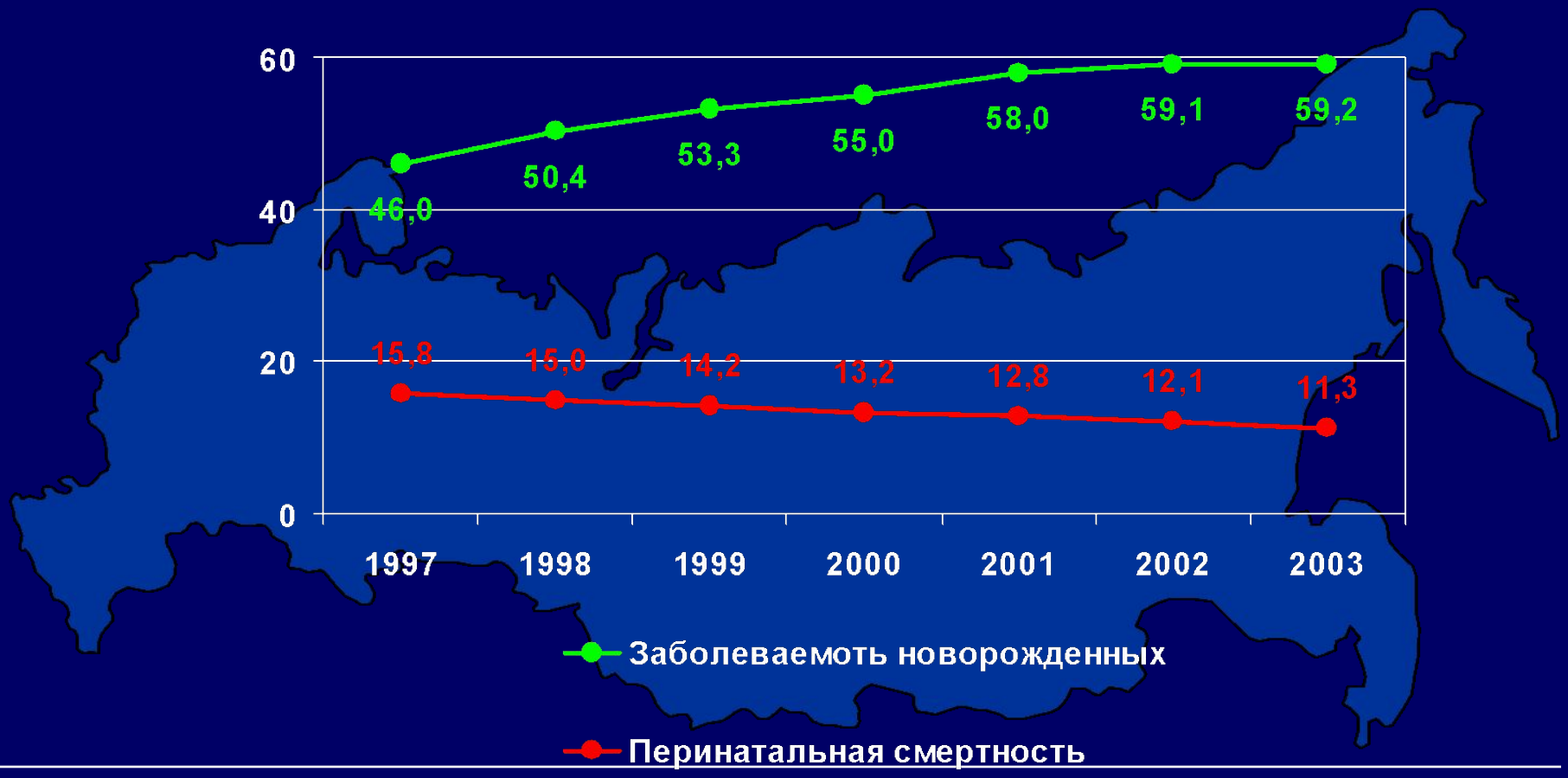
- В отраслевую статистику в соответствии с рекомендацией ВОЗ включаются все случаи рождения плода и новорожденного с массой тела 500 г и более (или длина 25 см при неизвестной массе, или при сроке беременности 22 недели и более)

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ В РОССИИ

Перинатальная заболеваемость

- Заболеваемость в антенатальном, интранатальном и неонатальном периодах

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ (‰) И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НОВОРОЖДЕННЫХ (%)



МАЛОВЕСНОСТЬ – ОСНОВНОЙ ФАКТОР РИСКА СОКРАЩЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ И УХУДШЕНИЯ ЕЕ КАЧЕСТВА

Социальные факторы

- Неблагоприятная экологическая обстановка
- Производственные вредности
- Низкий экономический уровень и недостаточность питания
- Вредные привычки

Медицинские факторы

- Экстрагенитальные заболевания матери
- Акушерская патология
- Вирусные и бактериальные инфекции
- Наследственные и врожденные заболевания плода и новорожденного
- Изоиммунизация матери и плода

Антенатальная охрана плода

- Систематическое наблюдение за течением беременности
- Своевременная диагностика и лечение экстрагенитальных заболеваний матери и осложнений беременности
- Применение специальных методов исследований, позволяющих установить физическое развитие плода и показатели его жизнедеятельности

Антенатальная диагностика

- Оценка анатомического развития плода (эхография и эхоскопия)
- Изучение функционального состояния плода (КТГ, гормональные исследования)

Изоиммунизация

Иммунизация матери антигенами эритроцитов плода по системе резус или АВО

в 1940 г. были открыты этиология и патогенез гемолитической болезни

К.Ландштайнер и А.Винер обнаружили белковый фактор в эритроцитах, обладающий антигенными свойствами

Садыков Бахрам Газизович

Факторы риска

- Переливание крови
- Самопроизвольный или искусственный аборт
- Внематочная беременность
- Кровотечение во время беременности
- Кесарево сечение
- Ручное отделение плаценты

Патогенез гемолитической болезни

Антигены плода

↓

Организм матери

(образование антител: неполные IgG, полные IgM)

↓

Кровоток плода

(агглютинация и гемолиз эритроцитов)

Патогенез гемолитической болезни

Гемолиз эритроцитов

Гипербилирубинемия (непрямой билирубин)

Анемия

Подавление ферментативных процессов

Ядерная желтуха

Гипоксия

Ацидоз

Патогенез гемолитической болезни

Печень

Увеличение эритропоэза

Холестаз

Нарушение паренхимы и архитектоники

Портальная гипертензия

Нарушение функции печени

Гипопротеинемия

Асцит и генерализованные отеки

Гемолитическая болезнь плода и новорожденного

- Анемическая
- Желтушная
- Универсальный отек

Диагностика

- Определение титра АТ у матери
- Оптическая плотность билирубина в околоплодных водах
- УЗИ (увеличение печени, селезенки плода, отеки плода, увеличение толщины плаценты до 6-8 см)
- Кордоцентез (группа крови, Rh, Hb, Bi Ht снижение на 10-15% тяжелая форма ГБП)

Тактика ведения беременности и родов

- Исследование антирезусных антител
- Специфическая десенсибилизация - введение антирезусного иммуноглобулина
- Неспецифическая десенсибилизация
- Родоразрешение на сроке 37-38 недель с дородовой госпитализацией
- Обязательная иммунизация

Наследственные и врожденные заболевания

Классификация наследственных болезней

- Моногенные
- Хромосомные
- Многофакторные или полигенные

Моногенные наследственные заболевания

- Обусловлены мутациями или отсутствием отдельных генов
- Наследуются в соответствии с законами Менделя

Моногенные наследственные заболевания

- Аутосомно-доминтный тип наследования (синдром Марфана, ахондроплазия, нейрофиброматоз) (700 видов)
- Аутосомно-рецесивный тип (энзимопатии, фенилкетонурия, АГС) (500 видов)
- Заболевания, сцепленные с полом (гемофилия, цветовая слепота) (порядка 100 видов)

Аутосомно-доминтный тип наследования

- Наличие заболевания у 1 из родителей
- Частота передачи детям любого пола 50%
- Высокая пенетрантность (проявляемость)
- Плейотропия (наличие нескольких фенотипических проявлений у 1 аллеля)
- Жизненно не опасны

Аутосомно-рецесивный тип

- Отсутствие болезни у родителей (гетерозиготное состояние)
- Частота передачи детям обоего пола 25%
- Тяжелое течение, высокая летальность

Заболевания, сцепленные с полом

- Х-сцепленное наследование передается сыновьям
- Обычно поражаются лица мужского пола (фенотипическое проявление)
- Мать является гетерозиготной носительницей патологического гена и может не иметь фенотипических проявлений

Хромосомные болезни

- Возникают вследствие изменения числа и структуры хромосом
- При каждом заболевании наблюдается типичный кариотип и фенотип

Хромосомные болезни

Нарушения числа хромосом:

- Трисомия (наличие добавочных хромосом)
- Полисомия (увеличение числа половых хромосом)
- Полиплоидия (повышение гаплоидного набора в 1 клетке)

Нарушение структуры:

- Потеря (делеция)
- Перемещение (транслокация)

Полигенные болезни

- Обусловлены взаимодействием определенных комбинаций аллелей различных локусов и экзогенных факторов
- Не наследуются по законам Менделя, для оценки генетического риска используются специальные таблицы

Генетический риск – вероятность появления определенной наследственной патологии

- Низкий (до 5%) – не считается противопоказанием к деторождению
- Средний (6-20%) – рекомендации зависят от тяжести медицинских и социальных последствий конкретного заболевания
- Высокий (более 20%) – деторождение не рекомендуется при отсутствии пренатальной диагностики

Показания для медико-генетического консультирования

- Рождение ребенка в семье с наследственными заболеваниями или пороками развития
- Кровнородственный брак
- Возраст матери более 35 лет
- Наличие самопроизвольного выкидыша
- Прием лекарственных препратов в ранние сроки беременности

Методы обследования

- Клинико-генеалогический
- Цитогенетический
- Биохимический
- Иммунологический
- ДНК-анализ
- Методы пренатальной диагностики

- неинвазивные (УЗИ)
- инвазивные (амниоцентез, кордоцентез, биосия хориона, фетоскопия)

Чувствую себя хорошо !