

**МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ**

**Тема: Проблемы невынашивания.
Современные принципы лечения
невынашивания.**

*Подготовила: Акшулакова А
Ст.447гр. ОМ*

Астана 2018

Введение

Несмотря на стремительный прогресс современных медицинских технологий проблема невынашивания беременности (НБ) сохраняет свою актуальность, поскольку влечет за собой не только нарушения репродуктивной функции женщины, но и оказывает отрицательное влияние на рождаемость, за счет повышения перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных.

При этом, известно, что риск потери беременности после первого выкидыша составляет 13-17%, после двух самопроизвольных выкидышей риск возрастает в 2 раза и составляет 24%, после трех доходит до 30%, а после четырех – достигает 50%.

До 85% выкидышей приходится на долю I триместра беременности (до 13 недель), остальные 15% - прерывание во втором и третьем триместре.

Невынашивание беременности – самопроизвольное прерывание беременности, которое заканчивается рождением незрелого и нежизнеспособного плода при сроке до 22-недели беременности, либо рождением плода массой менее 500 грамм, а также самопроизвольное прерывание 3–х и/или более беременностей до 22 недели (привычное невынашивание).

Самопроизвольный аборт (согласно рекомендациям 2016 года)

По срокам беременности:

- ранний – спонтанное прерывание беременности до полных 13 недель гестации.
- поздний – спонтанное прерывание беременности с 13 до 22 недель.

По стадиям развития выделяют:

- ▣ угрожающий аборт;
- ▣ аборт в ходу;
- ▣ неполный аборт;
- ▣ полный аборт;
- ▣ аборт несостоявшийся (прекращение развития эмбриона/плода) – неразвивающаяся беременность.

Рекомендуемые термины	Ранее, используемый термин
Самопроизвольный выкидыш	Самопроизвольный аборт
Угрожающий выкидыш	Угроза прерывания беременности
Выкидыш в ходу	Аборт в ходу
Неполный выкидыш	Неполный аборт
Полный выкидыш	Полный аборт
Несостоявшийся выкидыш	Замершая беременность
Привычный выкидыш	Привычное невынашивание беременности

Факторы риска невынашивания беременности

- ▣ **Социальные факторы:** работа, связанная с физическим напряжением; ночные смены.
- ▣ **Постоянные стрессы**
- ▣ **Вредные привычки:** алкоголь, курение
- ▣ **Возраст** первородящей матери менее 16 и более 30 лет;
- ▣ **Анамнез** – наличие невынашивания беременности в принципе, бесплодие, лечения методом ЭКО. Операции на органах малого таза: кесарево сечение, консервативная миомэктомия.
- ▣ **Наличие экстрагенитальной патологии:** сахарный диабет, ожирение, заболевания щитовидной железы, почек, сердечнососудистой системы
- ▣ **Любые осложнения и заболевания** во время данной беременности, в том числе ОРВИ

Этиопатогенез невынашивания беременности

Причины самопроизвольного прерывания беременности настолько разнообразны, что до сих пор затрудняет создание единой классификации. За последние 50 лет список причин постоянно расширяется и дополняется.

Причины невынашивания беременности многочисленны, основные из них:

- ▣ **Хромосомные нарушения** (хромосомные мутации).
- ▣ **Тромбофилические факторы.** Склонность к более активному свёртыванию крови у женщины (тромбофилия) является одной из важных причин привычного невынашивания беременности.

▣ **Аутоиммунные факторы.** При этом организм женщины обладает повышенной агрессивностью по отношению к зародышу. К аутоиммунным гуморальным факторам относятся повышенные уровни антител к фосфолипидам, факторам щитовидной железы. Аутоиммунные механизмы, когда иммунная система женщины направлена на ее собственные ткани, в этом случае плод будет страдать вторично. Одним из них является антифосфолипидный синдром.

- ▣ **Аллоиммунные факторы.** Состояния, когда причиной невынашивания беременности является соотношение антигенов тканевой совместимости у мужа и жены. Аллоиммунные реакции - это когда иммунный ответ направлен против тканей самого плода
- ▣ **Гормональные нарушения** (недостаточность лютеиновой фазы и т.д.).
- ▣ **Анатомические изменения** (двуорогая матка, генитальный инфантилизм, травмы шейки матки).
- ▣ **Инфекционные факторы.**
- ▣ **Неясной этиологии.**

Однако, ни один из факторов в отдельности не объясняет частоты возникновения потерь плода, т.к. причина ее, как правило, является многофакторной.

Хромосомные факторы невынашивания беременности

Хромосомный дисбаланс, вызванный нехваткой или удвоением хромосом, как правило, приводит к самопроизвольному выкидышу. Как минимум 50% диагностированных беременностей, самопроизвольно прерывающихся в первом триместре, сочетаются с хромосомными мутациями. Самый частый вид мутаций – трисомия по аутосомам (50% всех мутаций), имеет значение возраст матери. Моносомия X - самый частый вид мутаций, вызванный потерей отцовской Y хромосомы (25%).

Выделяют два основных типа хромосомных нарушений:

- ▣ нарушения числа хромосом (количественные aberrации)
- ▣ нарушения структуры хромосом (структурные aberrации).

Антифосфолипидный синдром (АФС) – аутоиммунная дисфункция, связанная с невынашиванием беременности

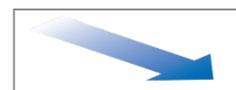
1. Наличие антифосфолипидных антител (АФА) в сочетании с артериальными и венозными тромбозами

2. Синдром потери плода (СПП):

- один или более самопроизвольных выкидышей или неразвивающихся беременностей на сроке 10 и более недель;
- мертворождение;
- неонатальную смерть;
- три и более самопроизвольных выкидыша до 8 недель эмбрионального развития.

3. Иммунная тромбоцитопения и/или неврологические расстройства

Иммунологический фактор



Адекватный иммунный ответ

Вследствие сложной перестройки иммунная система предотвращает отторжение плода



прогрессирование беременности

Неадекватный иммунный ответ

Иммунный ответ организма матери на имплантацию плодного яйца может вызвать фатальный для плода иммунологический конфликт



прерывание беременности

При установлении антифосфолипидного синдрома:

Прегравидарная подготовка: до планирования – назначают низкомолекулярные гепарины (НМГ).

- **ацетилсалициловая кислота 75 мг/сутки** – прием ацетилсалициловой кислоты начинают, как только тест на беременность становится положительным и продолжают до родов;
- **гепарин 5 000 ЕД** – подкожно каждые 12 часов/низкомолекулярный гепарин в средней профилактической дозе.

ВВ! Применение гепарина начинают, как только с помощью УЗИ зарегистрирована сердечная деятельность эмбриона. Применение гепарина прекращают в 34 недели беременности. При применении гепарина проводят контроль уровня тромбоцитов еженедельно в течение первых трех недель, затем каждые 4 - 6 недель.

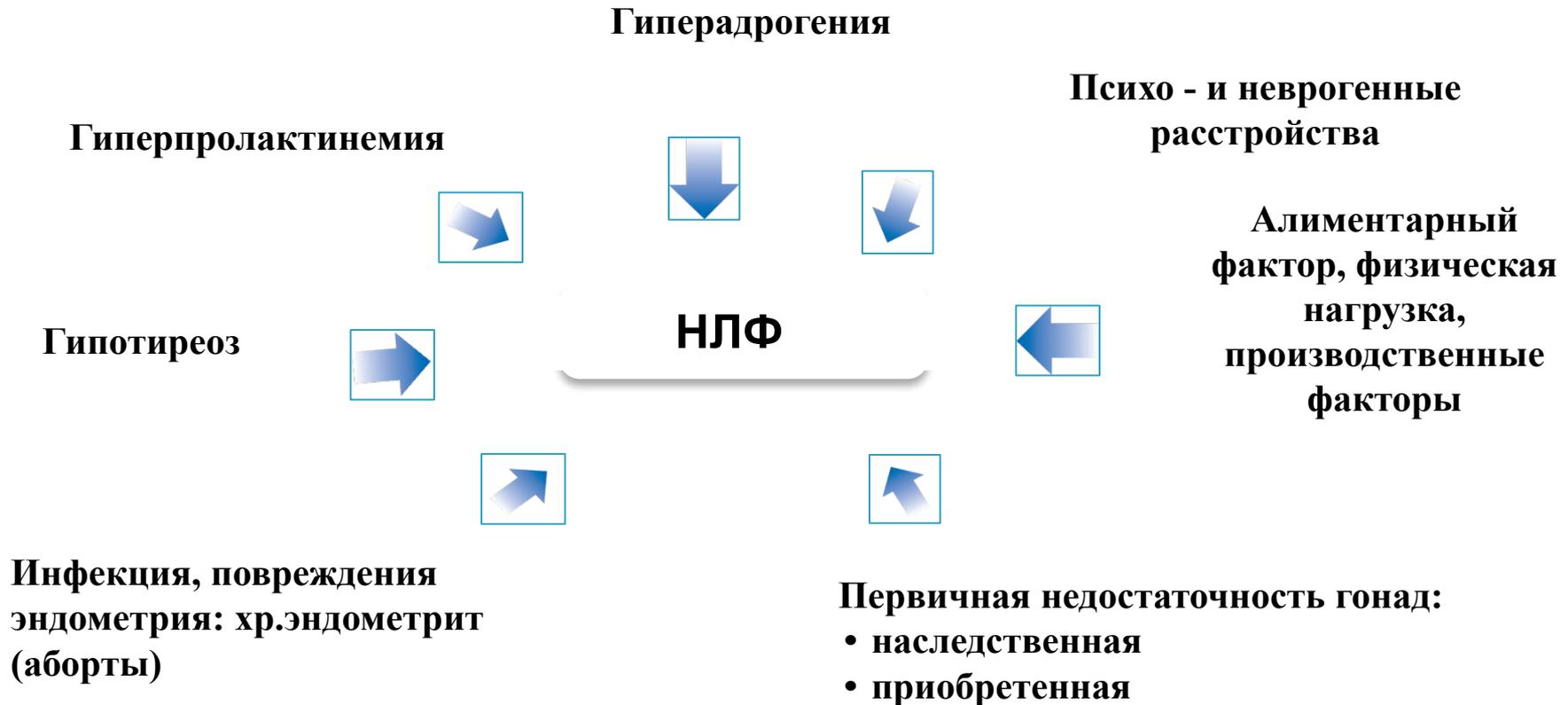
Если при предыдущих беременностях имели место тромбозы, терапия может быть продолжена до родов и в послеродовом периоде.

Гормональные факторы невынашивания беременности

Одна из самых частных причин – недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ).

- Недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла – это нарушение функции яичников, характеризующееся гипофункцией желтого тела.
- **Недостаточный синтез прогестерона ведет к:**
 - ▣ недостаточной секреторной трансформации эндометрия,
 - ▣ изменению функции маточных труб,
 - ▣ нарушению имплантации оплодотворенной яйцеклетки,Что клинически проявляется бесплодием либо спонтанным выкидышем в I триместре беременности.

ПРИЧИНЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ



Инфекционные факторы невынашивания беременности

К основным инфекциям приводящим к спонтанному прерыванию беременности, относятся:

- ▣ вирусная (цитомегаловирус, вирус простого герпеса, вирусы Коксаки А и В, энтеровирусы),
- ▣ бактериальные (хламидии, трихомонады, гонококки) инфекции.
- ▣ **Возможно три пути инфицирования плодного яйца:**
- ▣ При наличии хронического воспалительного процесса эндометрия не происходит должной подготовки ее к имплантации плодного яйца.
- ▣ При бактериальном вагинозе, кандидозном вульвовагините микроорганизмы инфицируют плодное яйцо.
- ▣ При острой вирусной инфекции, микробы с током крови могут проникать через плацентарный барьер к плоду.

Любая тяжелая инфекция у матери, сопровождающаяся бактериемией или вирусемией (поступлением бактерий и вирусов в кровь), может быть причиной спорадического выкидыша. Одни исследователи считают, что инфекция — одна из наиболее значимых причин невынашивания, как спорадического, так и привычного, другие считают, что для спорадического прерывания, может, инфекция играет роль, а для привычного — нет.

Анатомические изменения половых органов и невынашивание беременности

Имплантация и развитие эмбриона требует соответствующего места и достаточного кровообращения. Оба этих условия должны соблюдаться в полости матки.

Около 15% женщин с привычным невынашиванием беременности имели аномалии анатомического строения матери, как основную причину.

Нарушение нормального процесса слияния зачатков матки (аномалии мюллерового протока)

1. Внутриматочная перегородка. Имплантация эмбриона в матке с перегородкой делает весьма вероятным прерывание беременности.
2. Однорогая матка. Обычно однорогая матка приводит к самому высокому риску невынашивания по сравнению с другими аномалиями слияния зачатков матки.
3. Двурогая матка. Нарушение слияния мюллеровых протоков приводит к образованию одной шейки и двух полостей матки. Отмечается повышенный риск невынашивания, преждевременных родов и неправильного предлежания (ягодичного).
4. Удвоение матки. Полное нарушение слияния мюллеровых протоков с удвоением матки и шейки (обе имеют размеры меньше нормальных). Обычно сочетается с наличием перегородки во влагалище.

Нарушение размеров и кровоснабжения матки

1. Миома матки
2. Полипы эндометрия нарушают процесс имплантации.
3. Синдром Ашермана - облитерация полости матки соединительной тканью, развившейся после повреждения эндометрия:
 - Чрезмерная дилатация и кюретаж (особенно по поводу послеродового кровотечения, септического аборта, неразвивающейся беременности).
 - Внутриматочная хирургия по поводу удаления миоматозных узлов, аномалий развития матки (перегородка, двурогая матка, большие полипы), кесарево сечение.
 - Инфекция на фоне использования ВМС
 - Некоторые редкие инфекции внутриматочной локализации (туберкулез).
 - Внутриматочное радиолечение по поводу рака гениталий.

Нарушение функции шейки матки

- ❑ Истмико-цервикальная недостаточность — недостаточность перешейка и шейки матки, приводящая к самопроизвольному выкидышу во II или III триместре беременности.
- ❑ ИЦН наблюдается у 10,0-17,0% женщин, страдающих невынашиванием беременности.

К ИЦН могут привести:

- ❖ повреждения мышечной ткани в области внутреннего зева канала шейки матки,
- ❖ изменение соотношения между соединительной и мышечной тканью в шейке матки,
- ❖ нарушение нейрогуморальных воздействий на шейку матки.

Редкие причины невынашивания

1. Тяжелые соматические заболевания матери (например, сахарный диабет; в качестве прогностического фактора используется уровень гликозилированного гемоглобина – чем он выше, тем больше риск невынашивания).
2. Злоупотребление алкоголем, табакокурением наркотиками (повышение частоты хромосомных аномалий).
3. Облучение (более 10 рад) , хроническое отравление токсическими веществами (мышьяк, бензин, оксид этилена, формальдегид, свинец).
4. Прием медикаментов с тератогенным эффектом.

Самопроизвольный аборт.

Диагностические критерии

Жалобы:

- ▣ задержка менструации;
- ▣ появление болевого синдрома внизу живота различной интенсивности;
- ▣ кровянистые выделения из половых путей различной интенсивности.

▣ При угрожающем аборте:

- ▣ боли различной интенсивности внизу живота;
- ▣ умеренные кровянистые выделения из половых путей.

▣ При аборте в ходу:

- ▣ длительная боль в нижних отделах живота с усилением в динамике до интенсивной, имеющая схваткообразный характер;
- ▣ обильные кровянистые выделения из половых путей.

При неполном/полном аборте:

- ▣тянущая боль в нижних отделах живота, с усилением в динамике до интенсивной, может иметь схваткообразный характер, периодически уменьшаться;
- ▣обильные кровянистые выделения из половых путей.

▣При неразвивающейся беременности:

- ▣исчезновение субъективных признаков беременности, иногда кровянистые выделения из половых путей.

- ▣**При привычном невынашивании:** прерывание трех и более беременностей в сроке до 22 недель.

Физикальное обследование

- ▣ АД, пульс(при угрожающем аборте гемодинамика стабильна, при аборте в ходу/полном/неполном аборте может отмечаться снижение АД и учащение пульса).

Осмотр на зеркалах:

- ▣ при угрожающем аборте и неразвивающейся беременности могут быть скудные или умеренные кровянистые выделения.
- ▣ при аборте в ходу/полном/неполном аборте наружный зев открыт, кровянистые выделения в большом количестве, части плодного яйца в цервикальном канале, подтекание околоплодных вод (может отсутствовать в ранние сроки беременности).
- ▣ при привычном невынашивании врожденные/приобретенные анатомические дефекты эктоцервикса ,пролабирование плодного пузыря с наружного зева шейки матки.

Бимануальное влагалищное исследование:

- при угрожающем аборте: отсутствуют структурные изменения шейки матки, матка легко возбудима, ее тонус повышен, размеры матки соответствуют сроку беременности;
- при аборте в ходу: определяется степень раскрытия цервикального канала;
- при полном/неполном аборте: матка мягкой консистенции, размеры меньше срока гестации, различная степень раскрытия шейки матки;
- при неразвивающейся беременности: размеры матки меньше срока гестации, цервикальный канал закрыт;
- при привычном невынашивании: возможно укорочение шейки матки менее 25мм/дилатация цервикального канала более 1 см при отсутствии маточных сокращений

Ультразвуковое исследование:

При угрожающем аборте:

- ▣ сердцебиение плода определяется;
- ▣ наличие локального утолщения миометрия в виде валика, выпячивающегося в полость матки (при отсутствии клинических проявлений не имеет самостоятельного значения);
- ▣ деформация контуров плодного яйца, его вдавливание за счет гипертонуса матки (при отсутствии клинических проявлений не имеет самостоятельного значения);
- ▣ наличие участков отслоения хориона или плаценты (гематома);
- ▣ саморедукция одного из нескольких эмбрионов.

При аборте в ходу:

- ▣ полное/почти полное отслоение плодного яйца.

При неполном аборте:

- ▣ полость матки расширена > 15 мм, шейка матки раскрыта, плодное яйцо/плод не визуализируется, могут визуализироваться ткани неоднородной эхоструктуры.

При полном аборте:

- ▣ полость матки < 15 мм, цервикальный канал закрыт, иногда не полностью, плодное яйцо/плод не визуализируется, остатки продукта оплодотворения в полости матки не визуализируются.

При повторных УЗИ замершую беременность диагностируют, если:

- ▣ эмбриона и сердцебиения нет как при первом УЗИ, так и при повторном через 7 суток;
- ▣ пустое плодное яйцо размером 12 мм и более/плодное яйцо с желточным мешком, те же результаты через 14 дней.

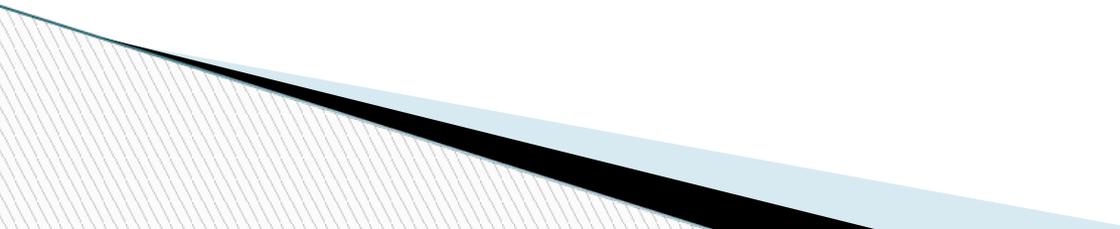
УЗИ при привычном невынашивании, угрожающем выкидыше:

укорочение шейки матки до 25мм и менее по результатам трансвагинальной цервикометрии в сроке 17 - 24 недели. Длина шейки матки четко коррелирует с риском преждевременных родов и является прогностическим признаком преждевременных родов. Трансвагинальное ультразвуковое измерение длины шейки матки - необходимый стандарт в группах риска по недонашиванию.

Тактика лечения:

- кровоостанавливающая терапия – гемостатики.
- препараты прогестерона (при угрожающем аборте) – при задержке менструации до 20 дней (беременность до 5 недель) и стабильной гемодинамике.
- удаление плодного яйца при аборте в ходу, неполном аборте, неразвивающейся беременности путем мануальной вакуум-аспирации с использованием шприца МВА. При неразвивающейся беременности рекомендуется использование медикаментозного аборта.

Показания для применения прогестерона:

1. Лечение угрожающего аборта
 2. Наличие в анамнезе двух и более спонтанных выкидышей в первом триместре (привычный выкидыш)
 3. Доведенная до беременности недостаточность лютеиновой фазы
 4. Первичное и вторичное бесплодие, связанное с недостаточностью лютеиновой фазы
 5. Беременность, наступившая в результате вспомогательных репродуктивных технологий
- 

Препараты прогестерона:

- ▣ раствор прогестерона (внутримышечно или вагинально). Прогестерон, раствор для инъекций 1%, 2,5% по 1 мл; гель - 8%, 90 мг
- ▣ микронизированный прогестерон (вагинальные капсулы); капсулы 100-200 мг,
- ▣ синтетические производные прогестерона (перорально). дидрогестерон, таблетки 10 мг,

Показания для экстренной госпитализации

- аборт в ходу;
- неполный самопроизвольный аборт;
- несостоявшийся выкидыш.

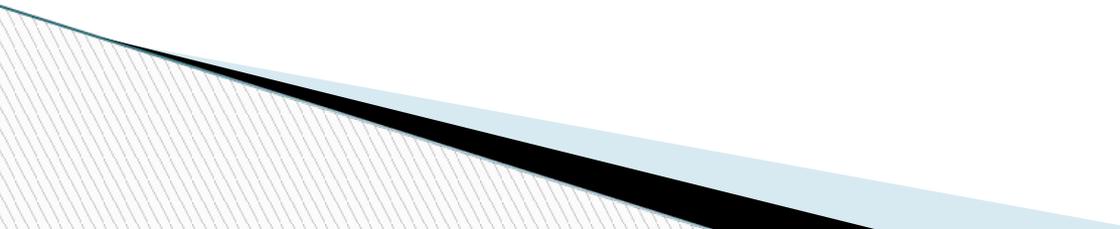
Жалобы при экстренных состояниях:

- ▣ кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота.

Анамнез:

- ▣ задержка менструации

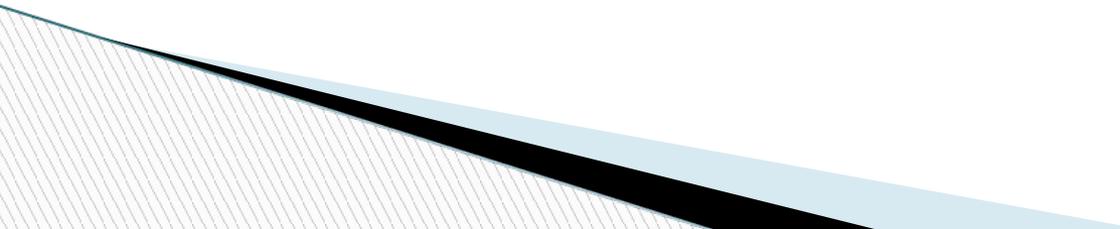
Физикальный осмотр направлен на оценку степени тяжести общего состояния пациентки:

- ▣ бледность кожных покровов и видимых слизистых;
 - ▣ снижение артериального давления, тахикардия;
 - ▣ оценка степени внешнего кровотечения.
- 

Перечень основных диагностических мероприятий:

- ▣ ОАК;
- ▣ УЗИ ОМТ (трансвагинальное и/или трансабдоминальное)

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- ▣ определение группа крови, резус-факторов;
 - ▣ коагулограмма крови;
- 

Хирургическое вмешательство:

Кюретаж стенок полости матки или вакуум-аспирацию проводят под адекватным обезболиванием; параллельно проводят мероприятия, направленные на стабилизацию гемодинамики в соответствии с объемом кровопотери.

Абсолютные показания к хирургическому методу (кюретаж или вакуум-аспирация):

- интенсивное кровотечение;
- расширение полости матки > 50 мм (УЗИ);
- повышение температуры тела выше 37,5 ° С.

Обязательное применение профилактической антибиотикотерапии. Антибиотикопрофилактика проводится за 30 мин до манипуляции путем внутривенного введения 2.0 цефазолина после пробы. При его непереносимости/недоступности возможно применение клиндамицина и гентамицина.

Аспирационный кюретаж имеет преимущества перед выскабливанием полости матки, поскольку малотравматичен, может выполняться под местной анестезией

Медикаментозный метод может использоваться только в случае подтвержденного неполного аборта в первом триместре

- если отсутствуют абсолютные показания для хирургической эвакуации;
- только при условии госпитализации в медицинское учреждение, которое оказывает экстренную помощь круглосуточно.

(Мифепристон 200 мг перорально, Мизопростол 400 мкг перорально (либо 800 мкг вагинально, буккально, сублингвально) через 24-48 часов)

Профилактические мероприятия:

Профилактика инфекционно-воспалительных заболеваний, санация очагов хронического воспаления, нормализация биоценоза влагалища, диагностика и лечение TORCH – инфекций при их наличии/указании на них в анамнезе;

1. неспецифическая прегравидарная подготовка пациента: психологическая помощь пациентке после перенесенного аборта, антистрессовая терапия, нормализация рациона питания, рекомендуется за 3 месяца до зачатия назначение фолиевой кислоты 400 мкг в день, режима труда и отдыха, отказ от вредных привычек;
2. медико-генетическое консультирование женщин с привычным невынашиванием/подтвержденным наличием порока развития плода до прерывания беременности;

3. При наличии анатомических причин привычного невынашивания показано хирургическое устранение. Хирургическое устранение внутриматочной перегородки, синехий, также субмукозных узлов миомы сопровождается устранением невынашивания в 70-80% случаев .

После операции по удалению внутриматочной перегородки, синехий назначаются контрацептивные эстроген-гестагенные препараты, при обширных поражениях в полость матки вводят внутриматочный контрацептив (внутриматочная спираль) или катетер Фолея на фоне гормональной терапии в течение 3 менструальных циклов, с последующим их удалением и продолжением гормональной терапии еще на протяжении 3 циклов.

4. Женщины после третьего самопроизвольного прерывания беременности (привычный выкидыш) при исключении генетических и анатомических причин невынашивания должны быть обследованы на возможную коагулопатию (изучение семейного анамнеза, определение волчаночного антикоагулянта/антикардиолипиновых антител, Д-димер, антитромбин 3, гомоцистеин, фолиевая кислота, антиспермальные антитела).

Список использованной литературы:

- Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике / Э.К. Айламазян. - СПб.: «Издательство Н-Л», 2002. - 389с.
- Савельева Г.М. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. – М.: МИА. – 2006. – 720 с.
- Акушерство национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М : Гэотар - Медиа, 2013.