

Невынашивание беременности

Субханкулова А.Ф.

Кафедра акушерства и гинекологии
№ 2 КГМУ



Невынашивание беременности

Прерывание на сроках от зачатия до 37 полных недель беременности.

Привычный выкидыш – 3 и более самопроизвольных прерываний беременности в анамнезе (ВОЗ).



Классификация

- **Ранний выкидыш – до 12 недель беременности**
- **Поздний выкидыш – 12-22 недель**
- **Преждевременные роды с 22-37 недель**



Причины невынашивания беременности

- Генетические
- Анатомические
- Эндокринные
- Инфекционные
- Иммунологические
- Тромбофилические
- Идиопатические



Генетические причины

- **3-6% случаев привычного невынашивания**
- **Несбалансированные хромосомные перестройки приводят к нежизнеспособности эмбриона либо тяжелой хромосомной патологии**



Диагностика

- Анамнез
- Консультация генетика
- Специальные методы:
 - Исследование кариотипа родителей
 - Цитогенетический анализ абортуса
 - Исследование кариотипа ребенка при мертворождении



Пренатальная диагностика

- Биопсия хориона
- Кордоцентез
- Амниоцентез



Анатомические причины НБ

- Врожденные пороки матки (одно- и двуорогая матка, полное удвоение матки, перегородка в матке)
- Синдром Ашермана (внутриматочные синехии)
- Субмукозная миома
- Истмикоцервикальная недостаточность (ИЦН)



Диагностика анатомических причин

- Гистеросальпингография (ГСГ)
- Гистероскопия
- УЗИ, соногистерография
- МРТ органов малого таза



- ИЦН – частота 13-20% во II триместре
- Факторы риска ИЦН:
 - Посттравматическая ИЦН
(при родах, конизация, аборты)
 - Врожденный порок развития шейки матки
 - Функциональная ИЦН (гиперандрогения, дисплазия соединительной ткани, высокое содержание релаксина в крови)
 - Многоводие, многоплодие, крупный плод

**Диагностика ИЦН – осмотр шейки матки,
УЗИ**



Лечение ИЦН

- **Вне беременности – пластика шейки матки**
- **Во время беременности – наложение шва на матку, с последующей коррекцией микробиотоза влагалища, токолиз (при повышенном тонеусе миометрия)**

Снятие шва - в 37 недель беременности



Эндокринные причины

- Недостаточность лютеиновой фазы (контроль базальной температуры, концентрация прогестерона в крови, УЗИ и биопсия эндометрия)
- Гиперандрогения яичникового, надпочечникового и смешанного генеза



Инфекционные причины

- Вирусные (ВПГ, ЦМВ, вирус Коксаки, энтеровирусы)
- Бактериальные (гонорея, хламидиоз, трихомониаз)

Характерны поздние выкидыши и преждевременные роды.



Диагностика

- Микроскопия мазка из влагалища и цервикального канала по Граму
- Бакпосев отделяемого цервикального канала
- ПЦР–диагностика гонореи, хламидиоза, трихомониаза, ВПГ, ЦМВ
- Иммунологические методы (ИЛ, ФНО, ИПФР)
- Биопсия эндометрия на 7-8 день цикла с гистологическим исследованием



Лечение

- Антибактериальная терапия:
 - Хламидиоз (Вильпрафен 500 мг 3 раза/день – 10 дней, Сумамед 1000 мг однократно)
 - Гонорея (Юнидокс 250 мг 2 раза в день 7-10 дней)
 - Трихомониаз (Трихопол 250 мг 4 раза/день - 7 дней, Орнидазол 500 мг 4 раза в день - 5 дней)



Противовирусная терапия

- Герпетическая инфекция и ЦМВ (Валтрекс 500 мг 2 раза в день – 10 дней, ацикловир 200 мг 5 раз в день – 10 дней)

Интерферонотерапия (Виферон

500 000 ректально 1 раз в день
10 дней, Эпиген спрей)



Коррекция микробиоценоза

- Тержинан (по 1 таб. вагинально – 10-12 дней)
- Вагинорм (по 1 таб. вагинально – 6 дней)
- Лактобактерин (по 1 свече вагинально – 10 дней)
- Ацилакт (по 1 свече вагинально – 10 дней)



Иммунологические и тромбофилические причины

- АФС - в популяции 12-15%; среди пациенток с привычным невынашиванием - 30-42%.
- АФС обусловлен аутоиммунными нарушениями – в крови выявляется волчаночный антикоагулянт (ВА), антифосфолипидные, антитиреоидные АТ, антитела к кардиолипину.



Проявления АФС

- **Тромбозы мозговых и легочных сосудов (инфаркты и инсульты)**
- **1 и более самопроизвольных выкидышей (на сроке 10 и более нед.)**
- **Мертворождения**
- **Неонатальная гибель вследствие тяжелых гестозов, плацентарной недостаточности (ПН)**



Диагностика АФС

- Наличие в крови ВА
- Высокие титры АТ к кардиолипину
- Тромбоцитопения
- Удлинение АЧТВ
(активированное частичное
тромбопластиновое время)



Лечение

- **Цель: Уменьшение количества циркулирующих аутоантител, предотвращение тромбозов.**
- **Антиагреганты (аспирин – 80-100 мг/сут до 34 недель)**
- **Антикоагулянты (НМГ - фраксипарин по 0,3 п/к ежедневно под контролем гемостаза)**



Преждевременные роды

Роды в период с 22 до 37 недель
(ВОЗ).

- Очень ранние 22 – 27 недель
- Ранние 28 – 33 недель
- Преждевременные роды 34 - 37 недель



Факторы риска преждевременных родов

- Низкое социально-экономическое положение женщины
- Экстрагенитальные заболевания
- Наркомания, курение
- Профессиональные вредности
- Наследственность
- Перенесенные инфекции
- Преждевременные роды в анамнезе
- ИЦН
- Пороки развития матки
- Многоводие, многоплодие



Патогенез преждевременных родов

- **Микротромбоз плаценты с последующей отслойкой**
- **Активация окситоциновых рецепторов в миометрии, инициирующая сокращение матки**
- **Повышение выброса цитокинов при инфекции родовых путей**
- **Инфицирование нижнего полюса плодного пузыря с разрывом плодных оболочек**



Клиническая картина

- **Повышение тонуса матки**
- **Чувство давления и распираания в области влагалища**
- **Учащенное мочеиспускание**
- **Подтекание околоплодных вод – при разрыве плодных оболочек**



Диагностика преждевременных родов

- Жалобы и объективный осмотр
- Мазок на определение элементов околоплодных вод
- Амниотест
- УЗИ



Профилактика преждевременных родов

- Своевременная диагностика и лечение инфекций гениталий
- Прегравидарная подготовка
- Выделение групп риска по преждевременным родам
- Профилактика плацентарной недостаточности



Лечение

- **Токолитическая терапия**
(гинипрал – 2 мл в/в на 200,0 физ. раствора – 3 дня)
- **Профилактика СДР плода**
(дексаметазон – 4 мг 2 раза в день в/м 3 дня)
- **Симптоматическая терапия**
(спазмолитики – но-шпа 2,0 в/м;
НПВС – индометацин в свечах)



Лечение

- Антибактериальная терапия
- Противовирусная терапия
- Коррекция микробиоценоза
влагалища



