



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Южно-Уральский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра Акушерства и гинекологии

Невынашивание беременности

Синдром потери плода

Выполнила студентка 441
группы Острекина Е.А.

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)



Классификация

Самопроизвольный аборт

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.

Диагностика

- **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.

- **Анамнез:**

- могут быть самопроизвольные выкидыши;
- нарушение менструальной функции;
- отсутствие беременности в течение более 1 года (бесплодие);

При неполном/полном аборте:

- экспульсия плодного яйца.

При привычном невынашивании:

- три и более эпизода прерывания беременности.

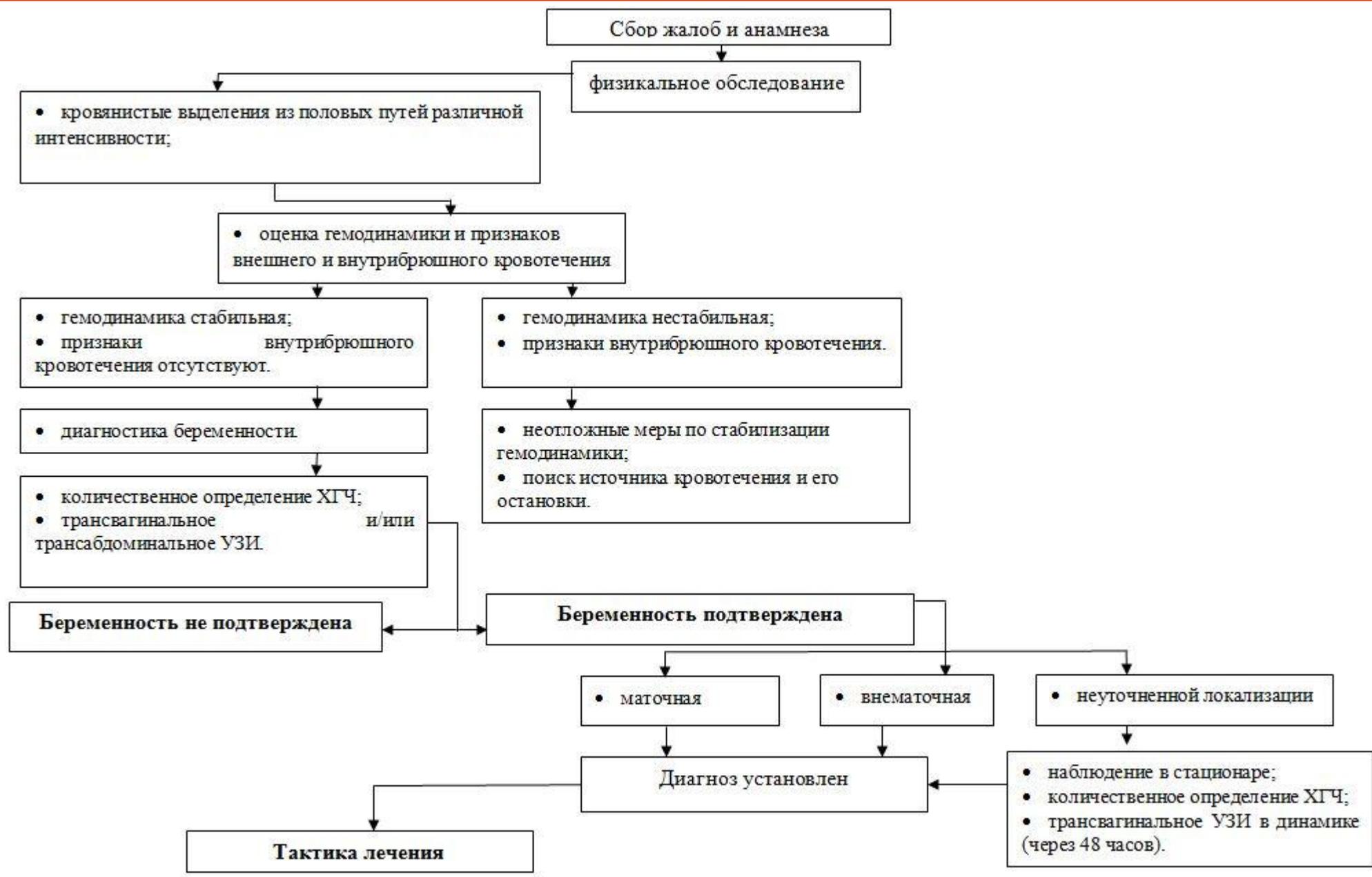
- *При истмико-цервикальной недостаточности:*

- внезапный разрыв плодных оболочек с последующими относительно безболезненными схватками;
- случаи самопроизвольного безболезненного раскрытия шейки матки до 4-6 см при предыдущих беременностях;
- наличие хирургических вмешательств на шейке матки, разрывов шейки матки второго/третьего степеней в прошлых родах;
- инструментальная дилатация шейки матки во время искусственного прерывания беременностей.

- ***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.

Стадия развития	Определение концентрации ХГЧ в крови	Обследование на АФС (наличие волчаночного антикоагулянта, антифосфолипидных и антикардиолипидных антител)	Гемостазиограмма	Исследование кариотипа и	Обследование на сахарный диабет и патологию щитовидной железы,	Определение уровня прогестерона	Обследование на TORCH инфекцию
Угрожающий аборт	+ уровень соответствует сроку гестации	–	–	–	–	–	–
Аборт в ходу	–	–	–	–	–	–	–
Полный/неполный аборт	–	–	–	–	–	–	–
Неразвивающаяся беременность	+ уровень ниже срока гестации или диагностически незначимый прирост уровня	–	+ Определение МНО, АчТВ, фибриногена при гибели эмбриона более 4 недель	–	–	–	–
Привычное невынашивание, угрожающий выкидыш	–	+ Наличие двух положительных титров волчаночного антикардиолипиновых антител иммуноглобулина G и/или M на уровне средних или высоким титром (более 40 г/л или мл/л или выше 99 процентиль) на протяжении 12 недель (с промежутком 4-6 недель).	+Определение АчТВ, антитромбин 3, Д-димер, агрегация тромбоцитов, МНО, протромбиновое время – признаки гиперкоагуляции	+выявление носительства хромосомных аномалий, в том числе унаследованные тромбофилии (фактора V Лейдена, фактора II - протромбин и протеин S).	+	+уровень прогестерона ниже 25 ннмоль/л - является предиктором нежизнеспособности беременности. Уровень выше 25 ннмоль/л – указывает на жизнеспособность беременности. Уровень выше 60 ннмоль/л – свидетельствует о нормальном течении беременности. [5]	+ в случаях, когда есть подозрение на наличие инфекции или сведения о наличии инфекции в прошлом или проведения ее лечения



Сбор жалоб и анамнеза

физикальное обследование

• кровянистые выделения из половых путей различной интенсивности;

• оценка гемодинамики и признаков внешнего и внутрибрюшного кровотечения

• гемодинамика стабильная;
• признаки внутрибрюшного кровотечения отсутствуют.

• гемодинамика нестабильная;
• признаки внутрибрюшного кровотечения.

• диагностика беременности.

• неотложные меры по стабилизации гемодинамики;
• поиск источника кровотечения и его остановки.

• количественное определение ХГЧ;
• трансвагинальное и/или трансабдоминальное УЗИ.

Беременность не подтверждена

Беременность подтверждена

• маточная

• внематочная

• неуточненной локализации

Диагноз установлен

• наблюдение в стационаре;
• количественное определение ХГЧ;
• трансвагинальное УЗИ в динамике (через 48 часов).

Тактика лечения

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Внематочная беременность	Симптомы: задержка менструации, боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей	Бимануальное влагалищное исследование: матка меньше нормы принятой на данный срок беременности, определение тестоватой консистенции образования в области придатков	УЗИ: в полости матки отсутствует плодное яйцо, возможна визуализация плодного яйца, эмбриона вне полости матки, может определяться свободная жидкость в брюшной полости.
Нарушение менструального цикла	Симптомы: задержка менструации, кровянистые выделения из половых путей	На зеркалах: бимануальное исследование: матка нормальных размеров, шейка матки закрыта.	Кровь на ХГЧ – отрицательный. УЗИ: Не определяется плодное яйцо.

- При установлении антифосфолипидного :
 - **ацетилсалициловая кислота 75 мг/сутки** – прием ацетилсалициловой кислоты начинают, как только тест на беременность становится положительным и продолжают до родов (УД-В, 2);
 - **гепарин 5 000 ЕД** – подкожно каждые 12 часов/низкомолекулярный гепарин в средней профилактической дозе.

Перечень основных лекарственных средств:

- прогестерон, раствор для инъекций 1%, 2,5% по 1 мл; гель - 8%, 90 мг
- микронизированный прогестерон, капсулы 100-200 мг,
- дидрогестерон, таблетки 10 мг,

Перечень дополнительных лекарственных средств:

- ацетилсалициловая кислота 50-75-100 мг, таблетки;
- гепарин 5000 ЕД
- надропарин кальция 2850 – 9500 МЕ анти-Ха

- **Профилактические мероприятия:**

- Женщин с преждевременными родами в анамнезе и/или укорочением шейки матки следует выделять в группу высокого риска по невынашиванию для своевременного назначения вагинального прогестерона: при наличии преждевременных родов в анамнезе с ранних сроков беременности, при укорочении шейки матки – с момента установления
- применение прогестерона для поддержки лютеиновой фазы после применения ВРТ. Способ введения прогестерона не имеет значения (необходимо следовать инструкции к препаратам)

Синдром потери плода

- ***Синдром потери плода*** — это новый термин, появившийся в последнее время и включающий в себя :
 - один или более самопроизвольный выкидыш или неразвивающаяся беременность на сроке 10 недель и более;
 - мертворождение;
 - неонатальную смерть;
 - три и более самопроизвольных выкидыша до 8 недель эмбрионального развития.

- Основные *причины* потерь беременности: генетические, эндокринные нарушения, инфекционно-воспалительные заболевания, иммунологические механизмы и тромбофилии.
- Под *генетическими факторами* чаще подразумевают хромосомные аномалии эмбриона, которые появляются в результате слияния двух родительских клеток с точечными мутациями в хромосомном наборе, возникающими из-за нарушения процесса мейоза.

- В этиологии синдрома потери плода **эндокринные** нарушения матери составляют от 30 до 78,2 %. Эндокринная патология, независимо от своего генеза, в конечном счете реализуется структурно-функциональной недостаточностью желтого тела яичника. Не полноценная лютеиновая фаза может быть обусловлена гипотиреозом, поликистозными яичниками, ожирением, дефицитом массы тела, эндометриозом, хроническим эндометритом, сальпингоофоритом, наличием пороков развития матки и генитальным инфантилизмом.

- Среди ведущих этиологических факторов синдрома потери плода следует отметить **инфекционный**.
- При неразвивающейся беременности условнопатогенные микроорганизмы выявлены у 20 % пациенток, а вирусно-бактериальные ассоциации — у 70 % . По данным литературы, у пациенток с хроническими воспалительными процессами чаще обнаруживают стафилококк (15 %); стафилококк в ассоциации с кишечной палочкой (11,7 %); энтерококки (7,2 %); вирус простого герпеса (ВПГ) (20,5 %); хламидии (15 %); микоплазмы (6,1 %); уреоплазмы (6,6 %); гарднереллы (12,5 %)
- В результате возникает персистенция микроорганизмов, характеризующаяся привлечением в очаг хронического воспаления мононуклеарных фагоцитов, естественных киллеров, Т-хелперов, синтезирующих различные цитокины. Подобное состояние эндометрия препятствует созданию локальной иммуносупрессии в предимплантационный период, необходимой для формирования защитного барьера и предотвращения отторжения наполовину чужеродного плода

- Для снижения роли инфекционновоспалительных факторов невынашивания проводится лечение на прегравидарном этапе:
- 1) антибактериальная терапия во время менструации (строго на основании антибиотикограммы);
- 2) антимикотики;
- 3) системная энзимотерапия (вобэнзим, флогэнзим);
- 4) иммуномодуляторы с учетом показателей интерферонового статуса;
- 5) восстановление нормального биоценоза.

- Необходимо отметить, что потерям беременности на разных сроках способствуют различные этиологические факторы. В частности: на сроках гестации 5–6 недель преобладают генетические и иммунологические факторы; в 7–9 недель наибольшее значение имеют гормональные нарушения, в том числе и наличие антител к гормонам; в 10–16 недель основными этиологическими факторами являются аутоиммунные нарушения (АФС) и тромбофилии; а при сроках беременности более 16 недель основные причины репродуктивных потерь — инфекции, истмиоцервикальная недостаточность, тромбофилии.