

Івано-Франківський національний медичний університет  
кафедра акушерства та гінекології

# НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Д.м.н., проф. Генік Н.І.

# НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

- **Ранній спонтанний аборт – спонтанне самовільне переривання вагітності до 11 тижнів + 6 днів**
- **Пізній спонтанний аборт з 12 до 21 тижні + 6 днів**
- **Передчасні пологи з 22 повних тижнів до 36 тижнів + 6 днів**

# КЛАСИФІКАЦІЯ

За стадіями розвитку виділяють:

- **Загрозливий аборт**
- **Аборт в ході**
- **Неповний аборт**
- **Повний аборт**

Крім того виділяють:

- **Аборт, що не відбувся**
- **Інфікований аборт**
- **Звиклий викидень**

# Етіологія:

- Генетичні фактори та хромосомні аномалії - 50% причини ранніх абортів (трисомія, моносомія X (XO)).
- Ендокринна патологія:
  - гіпофункція яєчників
  - цукровий діабет
  - гіпертиріозидизм.
- Інфекційні захворювання (гострі та хронічні): мікоплазмоз, хламідіоз, токсоплазмоз, уреоплазмоз, віруси – є причиною абортів, якщо
  - гостре інфікування в ранні строки;
  - супроводжуються високою температурою.
- Патологія матки - аномалії розвитку, патологія ендометрію, рубці, операції, ІЦН.

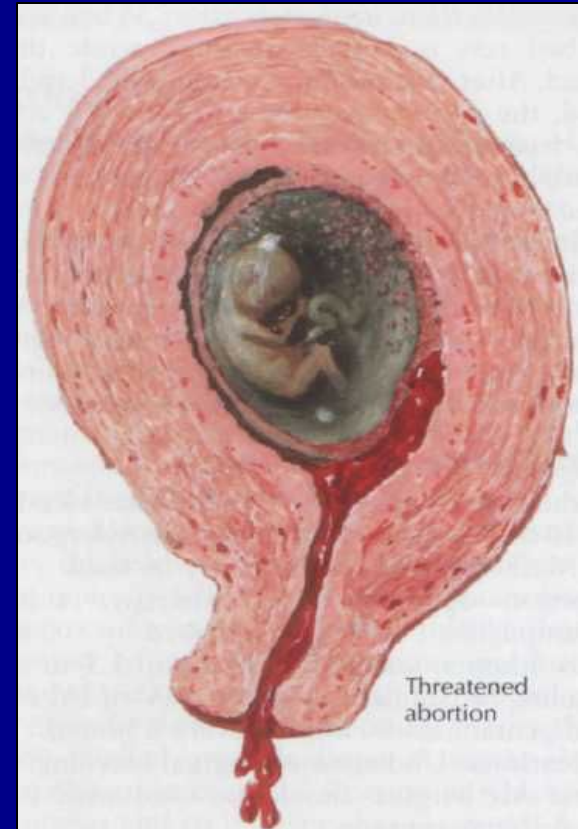
- Ліки та шкідливі звички.
- Травми.
- Імунологічні порушення:
  - антифосфоліпідний синдром;
  - ізоантигенна несумісність крові матері і плода.
- Екстрагенітальна патологія.
- Патологія вагітності (гестози, неправильні положення плода, багатоводдя, багатопліддя, передлежання плаценти та інш.).
- Стрес.
- Ідіопатичні.

# Фактори ризику

- **Порушення менструального циклу в анамнезі**
- **Непліддя, використання ДРТ**
- **Звикле невиношування (2 і більше разів в анамнезі)**
- **Провокуючі фактори**
- **Вік жінки**
- **Велика паритетність**
- **Короткий термін між вагітностями**

# Загрозливий аборт

- затримка менструації та ознаки вагітності;
- тянучий біль в нижніх відділах живота, в II половині – переймоподібний, або відсутній;
- скудні або помірні кров'янисті виділення із статевих шляхів, або відсутні;
- шийка матки сформована, закрита;
- тіло матки відповідає терміну вагітності, в тонусі;
- УЗД – живий плід.



# ЗАГРОЗЛИВИЙ АБОРТ

- За наявності клінічних ознак загрозливого аборт у терміні вагітності менше 8 тижнів та несприятливих ознак прогресування вагітності, проведення терапії, спрямованої на збереження вагітності, не рекомендується
- (максимальна кількість хромосомних аномалій елімінується до 4-5 тижнів вагітності – 70%)



# Лікувальні заходи, спрямовані на збереження вагітності

- Ліжковий режим та утримання від статевого життя
- Спазмолітична та седативна терапія
- Прогестерон (за показаннями – звиклий викидень, недостатність лютеїнової фази, непліддя, ДРТ) – утрожестан, дуфастон, лютеїна, ендометрин
- Симпатоміметики (гініпрал)
- Інгібітори простагландинів

# Моніторинг ефективності лікування

- **Спостереження за динамікою змін клінічних симптомів**
- **Визначення гормонального статусу (рівень ХГ, вмісту прогестерону в динаміці), гормональна кольпоцитологія, вимірювання базальної температури)**
- **УЗД**

# АБОРТ В ХОДУ

- Переймоподібний біль низом живота та в попереку
- Рясні кров'яністі виділення із згустками
- Шийка матки вкорочена, відкрита
- В цервікальному каналі частини плідного яйця
- Матка в тонусі
- Розрив плодових оболонок

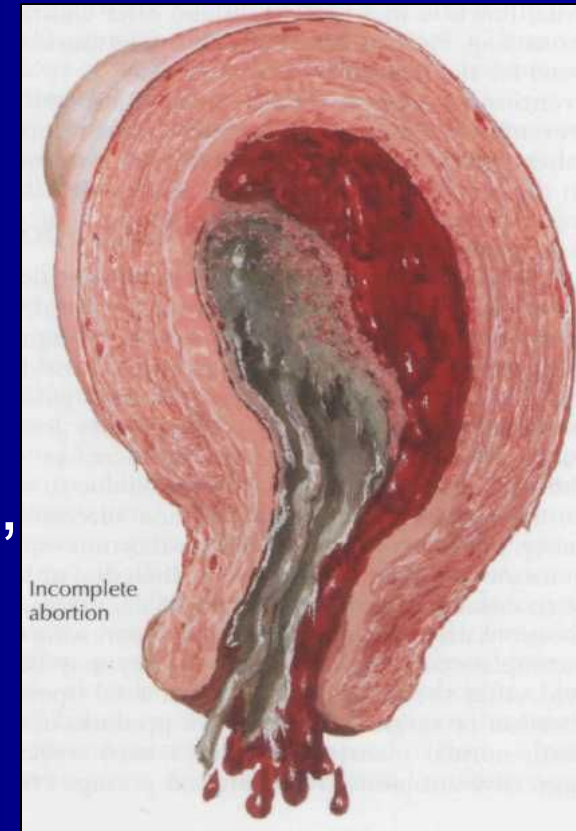


# АБОРТ В ХОДУ

- При терміні до 16 тижнів вагітності – вакуум-аспірація плідного яйця та кюретаж стінок і порожнини матки, заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки
- Після 16 тижнів використання утеротоніків (окситоцин, ергометрин, мізопростол)
- Анти-D імуноглобулін (резус-негативним жінкам)

# Неповний аборт

- Скарги на вихід частин плідного яйця
- Кровотеча різної інтенсивності продовжується
- Біль переймоподібний продовжується
- Матка менша від терміну вагітності, але ще більша від норми
- Шийка матки розкрита та залишки плідного яйця в цервікальному каналі.
- УЗД: порожнина матки розширена, залишки плідного яйця в матці.



# Неповний аборт

- Хірургічний метод евакуації вмісту порожнини матки: кюретаж або вакуум-аспірація
- Медикаментозний метод евакуації вмісту порожнини матки в терміні до 70 днів від 1 дня останньої менструації – мізопростол 800-1200 мкг одноразово інтравагінально в умовах стаціонару

# ПОВНИЙ АБОРТ

- Кров'янисті виділення незначні та в динаміці зменшуються
- Незначний біль низом живота або відсутній
- Шийка матки сформована, закрита
- Матка щільна, дещо більша від норми
- УЗД: порожнина пуста



Expelled products of complete abortion

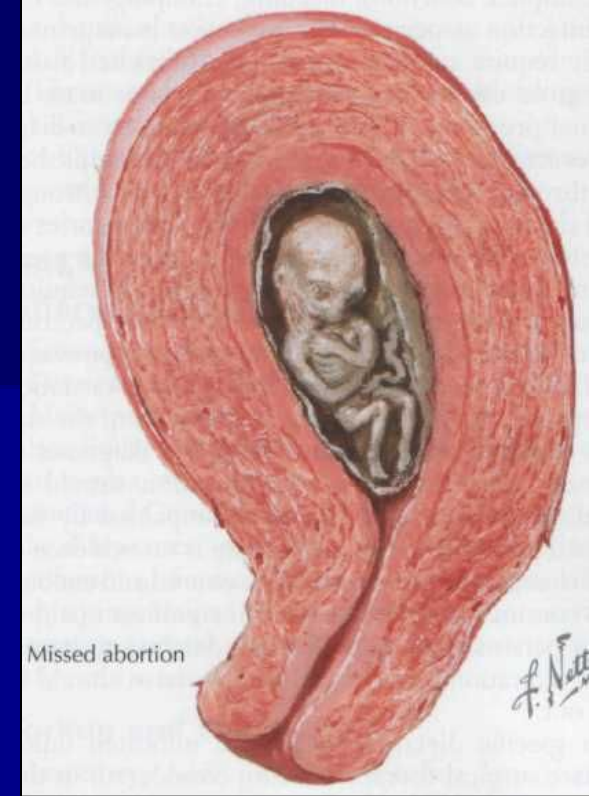
# ПОВНИЙ АБОРТ

- За відсутності скарг, кровотечі та тканини в порожнині матки за даними УЗД немає необхідності в інструментальній ревізії порожнини матки
- Контрольне УЗД через 1 тиждень



# АБОРТ, ЩО НЕ ВІДБУВСЯ

- Симптоми загрозливого аборт, або відсутні
- Зникнення ознак вагітності
- Матка не збільшується в розмірах
- Відсутні рухи плода
- СБ плода не прослуховується
- Темні кров'яністі виділення або відсутні
- Шийка матки закрита



# АБОРТ, ЩО НЕ ВІДБУВСЯ

- Евакуація плідного яйця хірургічним або медикаментозним шляхом
- Знаходження вагітності, що не розвивається, в матці протягом 4 тижнів збільшує ризик коагулопатичних ускладнень

# СЕПТИЧНИЙ АБОРТ

Будь який аборт, ускладнений інфікуванням, частіше кримінальний.

Мікробіологія: E.Coli, бактероїди, анаеробний стрептокок, клострідія, стафілокок.

## Клінічна картина:

### ■ *Загальні прояви:*

- Гіпертермія, тахікардія, озноб, задишка
- Головний біль, слабкість, запаморочення
- Жовтяниця та/або гематурія

### ■ *Об'єктивне обстеження:*

- Біль низом живота
- Ознаки “гострого живота” – ознаки перитоніту

## ■ *Гінекологічний огляд:*

- Рясні кровянисто-гнійні виділення із статевих шляхів
- Розм'якшення матки
- Встановлення локальної травми
- Виповнення та розм'якшення дугласового простору – тазовий абсцес

## **Ускладнення:**

Ендотоксичний (септичний шок)

Гостра ниркова недостатність

ДВЗ синдром

## Лікування:

- Госпіталізація, напівсидяче положення
- Моніторинг за пульсом, тиском, діурезом, ЦВТ
- Бактеріоскопічне та біктеріологічне дослідження виділень, посів крові
- Катетеризація вени – інфузійна терапія: Рінгер лактат, NaCl, рефортан, стабізол, плазма
- Антибіотикотерапія: ампіцилін або цефалоспорини (широкий спектр дії) + гентаміцин (для грам -) + метронідазол (для анаеробної інфекції) довенно крапельно.  
Альтернатива: кліндаміцин + гентаміцин.
- Еритроцитарна маса
- Окситоцин: для контролю кровотечі та видалення частин плідного яйця
- Хірургічний кюретаж показаний не раніше 6 годин від початку дезінтоксикаційної терапії, але можливий і швидше при сильній кровотечі
- В тяжких випадках - гістеректомія

# ЗВИКЛЕ НЕВИНОШУВАННЯ

- Наслідок двох та більше вагітностей, що закінчилися поспіль викиднем
- Необхідне обстеження жінок для визначення провідних причин викидня
- Вивчення анамнезу
- Огляд суміжних спеціалістів
- Бактеріологічне, бактеріоскопічне, вірусологічне обстеження
- Тести функціональної діагностики
- Визначення гормонів та їх метаболітів
- Узд

# ЗВИКЛЕ НЕВИНОШУВАННЯ (продовження)

- Імунологічне обстеження
- Генетичне обстеження
- Пренатальна діагностика
- Гістеросальпінгографія
- Гемостазіограма
- Визначення стану шийки матки



# ІЦН – істміко-цервікальна недостатність

- Наявність епізодів переривання вагітності в II триместрі
- Наявність випадків мимовільного безболісного розкриття шийки матки до 4-6 см
- Наявність хірургічних втручань на шийці матки, розривів II-III ступеню
- Інструментальні дилатації шийки матки
- При трансвагінальному УЗД укорочення шийки матки  $< 25$  мм та клиноподібна трансформація каналу шийки матки на 40% довжини і більше
- Пролабування плідного міхура



# НЕДОСТАТНІСТЬ ЛЮТЕЇНОВОЇ ФАЗИ

- **Визначення співвідношення рівнів прогестерону в I та II фазу менструального циклу (менше ніж у 10 раз)**
- **Визначення реологічних властивостей цервікального слизу (високий цервікальний індекс)**
- **Визначення динаміки “синдрому зіниці” (закриття цервікального каналу після 21 дня циклу)**
- **Гіполютеїновий тип мазка ( високий каріопікнотичний індекс при зниженні еозинофільного індексу)**

# НЕДОСТАТНІСТЬ ЛЮТЕЇНОВОЇ ФАЗИ (продовження)

- **Гіполютеїновий тип мазка ( високий каріопікнотичний індекс при зниженні еозинофільного індексу)**
- **Визначення різниці базальної температури (між найнижчим показником I фази та найвищим II фази більше 0,4 градуса)**
- **Двохразове гістологічне дослідження пайпель-біоптатів ендометрію на 22-24 день (триденне відставання ендометрію від фази циклу)**

# ПРЕГРАВІДАРНА ПІДГОТОВКА

- Припинення шкідливих впливів
- Оздоровлення та лікування хронічних захворювань
- Призначення фолієвої кислоти 400 мкг на день за 3 місяці до зачаття (зменшує частоту вад нервової трубки на дві третини)
- Лікування станів, що супроводжуються дефіцитом ендogenous прогестерону

# ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ

## РИЗИК НЕДОНОШЕНОСТІ:

- Пологова травма, частіше внутрічерепні крововиливи
- РДС синдром
- Гіпотермія
- Респіраторна інфекція
- Гематологічні розлади (анемія, гіпербілірубінемія)
- Порушення харчування
- Розлади зору, слуху, мовлення, відставання в розумовому розвитку



# ДІАГНОСТИКА ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ

- Скорочення матки:
  - з частотою кожні 10 хв., або частіше
  - тривалістю 20-30 с
  - продовжуються протягом 1 години.
- Скорочення матки з меншою частотою та тривалістю, але:
  - розрив плодових оболонок,
  - вкорочення шийки матки на 75% і більше, або
  - розкриття цервікального каналу  $\geq 3$  см.

# ЗБЕРІГАЮЧА ТЕРАПІЯ

- Седативні
- Симпатоміметики: гініпрал
- Блокатори окситоцинових рецепторів: трактоцил (атосибан), етанол
- Гормонотерапія: утрожестан до 800-1000 мкг/добу вагінально
- Інгібітори простагландинів: індометацин
- Профілактика РДС синдрому до 34 тижнів: глюкокортикоїди
- При ІЦН – шов на шийку матки в 14-16 тижнів

# ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ

- Пологи ведуться за партограмою з постійним контролем за станом плода
- В I періоді положення на боці для уникання швидких пологів
- В II періоді уникати "літотомічного" положення роділлі
- «Не керовані фізіологічні потуги»
- Збереження «теплого ланцюжка»



# Трактоцил це:

**...антагоніст рецепторів окситоцину,  
що володіє специфічною тропністю  
до рецепторів матки,  
зменшує частоту її скорочень  
і сповільнює скоротливу діяльність  
міометрію.**





# 3 ВАЖЛИВИХ КРОКИ, ЩОБ ЗУПИНИТИ ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ<sup>5</sup>



# 1

«Ударна доза» - болюсно ввести розчин для ін'єкцій (блакитна упаковка). В/в введення препарату повинно проводитись одразу після постановки діагнозу передчасних пологів.



# 2

«Етап насичення рецепторів препаратом» – інфузійно вводиться розчин, приготовлений на основі 2-х флаконів з концентратом для інфузій (фіолетова упаковка) зі швидкістю 24 мл/годину (або 12 крап/хв) протягом 3-х годин.



# 3

«Етап забезпечення підтримуючого ефекту» – інфузійно вводиться розчин, приготовлений на основі 2-х флаконів з концентратом для інфузій (фіолетова упаковка) зі швидкістю 8 мл/годину (або 4 крап/хв) протягом 9-ти годин<sup>6</sup>

## ПРИГОТУВАННЯ РОЗЧИНУ ДЛЯ ІНФУЗІЙ<sup>5</sup>

0,9% р-н натрію хлориду  
або  
р-н Рінгер Лактатний  
або  
5% р-н глюкози  
**90 мл**

+



**2x5 мл**

=



**100 мл**





В 1986 р. англійські вчені (G.Hughes et al.) описали симптомокомплекс, названий ними як **антифосфоліпідний синдром**, в основі якого лежить утворення аутоантитіл до фосфоліпідних комплексів, які у великій кількості знаходяться в ендотелії судин, тромбоцитах, тканинах легень та мозку.

# КЛАСИФІКАЦІЯ АФС

- Первинний АФС без супутньої патології – 50%
- Вторинний АФС на фоні СКВ, аутоімунного тиреоїдиту, ревматизму та інших аутоімунних захворювань на фоні невисокої активності основного захворювання
- Серонегативний АФС
- “Катастрофічний” АФС – гостра дисемінована коагулопатія/васкулопатія з гострим мультиорганим тромбозом, що нагадує ДВЗ-синдром або тромботичну тромбоцитопенічну пурпуру

# ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ

- Рецидивуючі тромбози артерій та вен різної локалізації
- Акушерська патологія:
  - Преєклампсія (тяжкий перебіг) і еклампсія, особливо атипова форма Hellp-синдром
  - Синдром затримки розвитку плода
  - Смерть доношених/недоношених новонароджених в перші 1-3 доби від СДР
  - Антенатальна загибель плода

# ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ

- **Акушерська патологія:**
  - Тромбоз судин плаценти з утворенням інфарктів, спонтанне відшарування плаценти
  - Передчасні пологи (невиношування)
  - Рецидивуючі спонтанні аборти в різні терміни гестації
- **ТРОМБОЦИТОПЕНІЯ <150 тис.**
- **Позитивні серологічні тести**

# ДОДАТКОВІ КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ

- **Соматичні захворювання** (хронічний рецидивуючий тонзиліт, ревматизм, псоріаз, СКВ, поліартралгії, хронічні гінекологічні та урологічні захворювання, алергічні медикаментозні (немедикаментозні) реакції)
- **Вірусні та інфекційні захворювання** (хронічна рецидивуюча герпетична інфекція, цитомегаловірусна інфекція, аденовірусна інфекція, мікоплазмоз, краснуха, паротит)

# ДОДАТКОВІ КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ

- **Ураження ЦНС** (цереброваскулярна хвороба, епілепсія, мігрень, хорія)
- **Хвороби крові** (лімфогрануломатоз, мієломна хвороба)
- **Дерматологічні симптоми** ( сітчаті ліведо, трофічні виразки нижніх кінцівок, поширені некрози шкіри)
- **Тиреоїдит** ( дисфункція щитовидної залози – гіпотіреоз, аутоімунний тиреотоксичний зоб)

# СЕРОЛОГІЧНІ ТЕСТИ

- Позитивна реакція на АКЛА Ig M та Ig G
- Позитивна реакція на АФЛА Ig M та Ig G
- Наявність антитіл до  $\beta$ 2-глікопротеїну I ( $\beta$ 2-ГПІ)



# ГЕМОСТАЗИОГРАМА

Показник	ПРИ АФС	НОРМА
Реакція на ВА	"+"	"_"
Частково активований тромбіновий час	> 45 "	28-45 "
Каоліновий час	> 51"	45-51"
Тромбіновий час	> 18"	15-18"
Тромбоцити	<170 г/л	170-450 г/л

# ГРУПИ РИЗИКУ

- Наявність в анамнезі двох або більше самовільних викиднів або завмерлих вагітностей в I-II триместрах
- Антенатальні втрати плодів і II-III триместрах в анамнезі
- Невиношування вагітності у жінок, які мають різні прояви аутоімунного синдрому репродуктивних порушень (недостатність яєників, ендометріоз, зрілі тератоми яєників)





# ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ

- ▶ Виведення аутоімунних та інших імунних комплексів з організму (Цік, ембіональних антитіл, антирезуєсних, групових антитіл)
- ▶ Пригнічення утворення аутоантитіл
- ▶ Імунокоригуюча терапія
- ▶ Покращення реології та профілактика тромбозів



## I етап – прегравідарна підготовка

- Санація джерел інфекції при їх наявності
- Лікування хронічних вірусних захворювань
- Корекція дисфункції яєчників, щитовидної залози



## ЛІКУВАННЯ АФС

- **Плазмофорез 3-4 сеанси з інтервалом 5-7 днів** (дозволяє видалити патологічні елементи, корекція клітинного, білкового, електролітного, колоїдного і водного балансу, зниження вязкості крові, покращення мікроциркуляції, нормалізація тканевого метаболізму та функції імунної системи)
- **Кортикостероїдна терапія** – дексаметазон 0,5 мг 1 раз 2-3 місяці в безперервному режимі (не більше 10-15 мг/добу)
- **Імунокорекція** – імуноглобулін плацентарний в/м 4,5 мл на день з інтервалом 3 дні – на курс № 3



## КОРЕКЦІЯ РЕОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ

- Реосорбілакт
- Рефортан
- Курантил, трентал, серміон 10-12 днів
- Ензимотерапія



**!** Лікування проводиться під контролем рівня тромбоцитів, гемостазіограми, імунологічних та серологічних тестів.

**Планування вагітності** - при від'ємних результатах серологічних тестів та нормалізації гемостазіограми



## II етап – вагітність ЛІКУВАННЯ АФС

(в терміни 5-6 т., 10-12 т.,  
18-20 т., 28-35 т.)

- Дексаметазон (на протязі цілої вагітності) – 1/4-1/2 т. 1 раз в день 2-3 тижні переривистими курсами)
- Плазмофорез – 3-4 сеанси на курс
- Імуноглобулін плацентарний - 4,5 мл 1 раз в день в/м з інтервалом 3 дні





## **II етап – вагітність** **РЕОКОРИГУЮЧА ТЕРАПІЯ** (в терміни 5-6 т., 10-12 т., 18-20 т., 28-35 т.)

- Реосорбілакт або рефортан № 2-3 з інтервалом 2-3 дні
- Серміон 5 мл на фізрозчині № 2-3 з інтервалом 2-3 дні
- Курантил, трентал в таблетованій формі 10-12 днів.



## **II етап – вагітність** **АНТИКОАГУЛЯНТНА ТЕРАПІЯ** **(в терміни 5-6 т., 10-12 т.,** **18-20 т., 28-35 т.)**

- Фраксгепарин 0,3 мл 1 раз в день п/к під контролем гемостазіограми, курс лікування 3 -5 днів
- Аспірин в таблетованій формі



## II етап – вагітність ПРОФІЛАКТИКА ФПН

в терміни 5-6 т., 10-12 т.,  
18-20 т., 28-35 т.

- **ЕСЕНЦІАЛЕ** - 5 мл на аутокрові, потім еценціале 1 капсула тричі на день 14-20 днів
- Аскорбінова кислота
- Фолієва кислота
- Токолітики при наявності тонусу матки, зберігаюча терапія
- Профілактика СДР
- Психотерапія

# ПЕРЕДЧАСНИЙ РОЗРИВ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК

- розрив амніональних оболонок до початку пологової діяльності. Частота 10% при доношеній вігтності та частіше при передчасних пологах.

## Фактори ризику:

- Внутріутробне інфікування, ІЦН
- Багатоводдя
- Багатоплідна вагітність
- Неправильні положення плода
- Хоріоамніоніт
- Аномалії розвитку плода

## Діагностика:

- Анамнез вилиття навколоплідних вод
- Нітразиновий тест
- Тест папороті
- Визначення рН за допомогою тест-смужки
- Цитологічний тест
- УЗД – кількість вод

## Ускладнення:

- передчасні пологи
- аномалії пологової діяльності
- інфекція: хоріоамніоніт, септицемія, утробна пневмонія плода
- дистрес плода



## ***Термін гестації після 36 тижнів***

- При відсутності інфекції, дистресу плода та правильному положенні плода очікувальна тактика протягом 24 годин (близько 90% починаються самостійна пологи)
- Профілактично антибіотики через 18 годин
- ПГ Е2 / або окситоцин для індукції пологів через 24 години

## ***Термін гестації 35-36 тижнів***

- Очікувальна тактика протягом 24 годин
- Профілактично антибіотики через 18 годин
- Через 24 години при незрілій шийці матки – підготовка ПГ Е2, при зрілій – індукція пологів окситоцином.

## ***Термін гестації 34-26 тижнів***

- При відсутності інфекції консервативне ведення до 35 тижнів
- Ліжковий режим, термометрія 2 рази на добу
- Контрольна підкладна, бактеріоскопічне дослідження 1 раз на 3 дні
- Аускультация плода двічі на добу
- Лейкоцитоз 1 раз на 3 дні
- Профілактично антибіотики одразу
- Профілактика РДС синдрому
- Токолітики

## ***Термін гестації 25-22 тижнів***

- Спостереження в умовах стаціонару
- Профілактично антибіотики одразу



*ДЯКУЮ ЗА  
УВАГУ!*