

Невынашивание беременности



*КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ
к.м.н. Захаренкова Т.Н.*

Основные понятия:

- **Невынашивание беременности (НБ)** – самопроизвольное ее прерывание в сроки от зачатия до 37 недель.
- **Недонашивание (преждевременные роды ПР)** – в сроки от 22 до 37 недель.
- **Привычное невынашивание (ПНБ)** – самопроизвольное досрочное прерывание беременности 3 раза подряд и более.
- **Неразвивающаяся беременность** - (несостоявшийся выкидыш, замершая беременность) – гибель плодного яйца или анэмбриония при сохраненном маточно-хориональном кровотоке

Самопроизвольный аборт (выкидыш)- прерывание беременности на сроках до 22 недель

Классификация по срокам:



Эпидемиология НБ

- Частота НБ 10-25% от диагностированных беременностей.
- ПНБ 1-5%
- ПР 3-4% в РБ, около 10% в мире.



Социально-демографические причины НБ

- возраст матери (менее 18 и старше 35 лет),
- недостаточное питание,
- профессиональные и бытовые вредности,
- низкий социальный статус,
- условия внешней среды.

Медицинские причины НБ

- **Хромосомные аномалии эмбриона/плода до 50% в 1 триместре;**
- **Эндокринные нарушения:** гиперандрогения, недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ), гиперпролактинемия, дисфункция щитовидной железы;
- **Нарушения в системе гемостаза** – врожденные и приобретенные тромбофилии
- **Анатомические факторы:** генитальный инфантилизм, истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), пороки развития матки, травматические повреждения матки при внутриматочных манипуляциях, миома матки.
- **Иммунологические факторы:** образование антител к собственным половым гормонам, фосфолипидам (АФС), совместимость супругов по системе HLA.
- **Инфекционные причины** (вирусные и бактериальные инфекции).
- **Экстрагенитальные заболевания и осложнения настоящей беременности.**

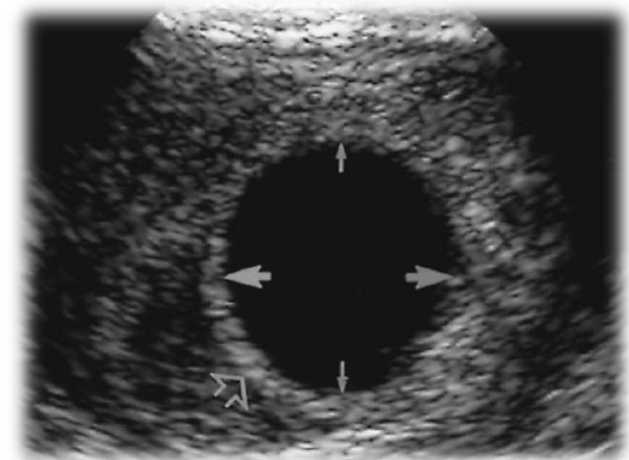
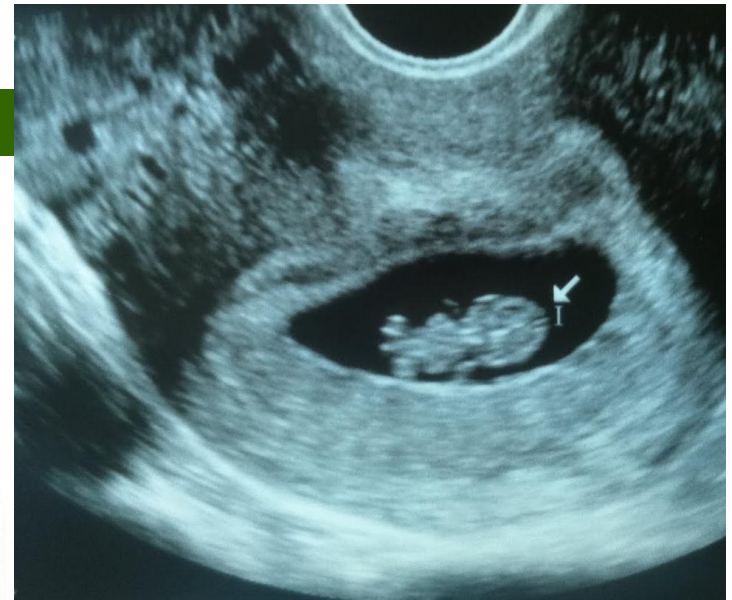
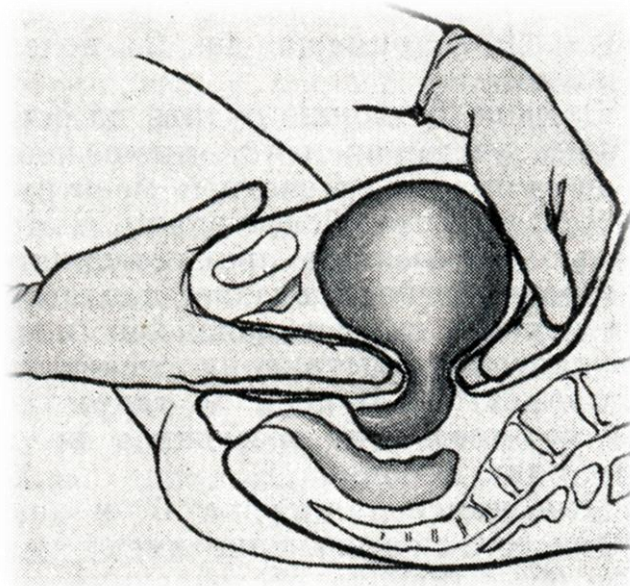
Стадии самопроизвольного аборта

- Угрожающий СА;
- Аборт в ходу;
- Неполный СА;
- Полный СА.



Обследование (уточнение стадии аборта)

- Специальное гинекологическое исследование
- УЗИ



Стадии СА	Жалобы	Бимануальное исследование	УЗИ	Лабораторная диагностика
Угрожающий	Тянущая боль внизу живота, умеренные кровянистые выделения из половых путей	Размеры матки соответствуют сроку беременности, влагалищная часть шейки матки сохранена, цервикальный канал закрыт или приоткрыт	Связь плодного яйца со стенкой матки сохранена, может быть ретрохориальная или ретроамниальная гематомы	Увеличение КПИ до 20-50%, снижение уровня гормонов: ХГ, прогестерона
Аборт в ходу	Схваткообразные боли, обильные кровянистые выделения	Размеры матки соответствуют сроку, влагалищная часть шейки матки укорочена, мягкая, цервикальный канал открыт в нем элементы плодного яйца	Отсутствует связь плодного яйца со стенкой матки, сердцебиение эмбриона не определяется	Изменения в ОАК, характерные для кровотечения
Неполный	Незначительные тянущие боли, умеренные кровянистые выделения	Тело матки увеличено меньше срока, цервикальный канал шейки приоткрыт	Полости матки расширена, заполнена неоднородным содержимым	Изменения в ОАК, характерные для кровотечения
Полный	Жалоб нет. За помощью не обращаются			

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН)

- **Безболезненное** расширение цервикального канала под действием возрастающего давления плода и его экстраэмбриональных образований (воды, плацента, оболочки) на область истмического отдела шейки матки

Принципы лечения угрожающего СА

Сохраняющая беременность терапия в стационаре 7-10 дней с учетом этиологии.

- Психотерапия, седативные средства (микстура бром с валерианой, н-ка пустырника, тазепам);
- Витаминотерапия: Е, фолиевая кислота, Магне В6.
- Спазмолитики (но-шпа; папаверин).
- **Гормональная терапия производными прогестерона при наличии кровянистых выделений или в группе ПНБ:**
ретропрогестерон (дюфастон) по 10 мг 2-4 раза в день per os, микронизированный прогестерон (утрожестан, сустен) по 200 мг/сут начиная с 5-6 недель беременности до 16-20 недель и далее микронизированный - вагинально до 34-36 недель только при короткой шейке матки (менее 25 мм).
- При кровотечении: ингибиторы фибринолиза (транексамовая кислота)
- Физиотерапевтические методы: эндоназальный электрофорез В1, электросон, иглорефлексотерапия.

Лечение НБ при различных причинах:

- При наличии тромбофилии, антифосфолипидного синдрома –низкомолекулярные гепарины, аспирин 80-150мг/сут.
- При ИЦН – хирургическая коррекция швом, акушерский поддерживающий или цервикальный пессарий.
- При наличии инфекции: антисептики местно, антибактериальная терапия препаратами разрешенными при беременности и с учетом чувствительности микроорганизмов, коррекция биоценоза влагалища, иммуноглобулины.

Лечение СА на стадии аборт в ходу, неполный аборт

- С целью остановки кровотечения при 150 мл и более удаляют плодное яйцо (его остатки) путем вакуум-аспирации, выскабливания полости матки.
- Введение утеротоников: простагландина E1 (мизопростола 400-800 мкг ректально, вагинально), окситоцин;
- Антибактериальные препараты, 5-нитроимидазолы.
- При большой кровопотере: инфузионно-трансфузионная терапия, антианемические препараты.

Неразвивающаяся беременность

Диагностика:

- при УЗИ отсутствует сердцебиения эмбриона при сроке 5 и более недель или анэмбриония;
- уровни ХГЧ и прогестерона ниже гестационного срока (может быть при внематочной беременности).

Лечение: опорожнение полости матки хирургическим (выскабливание) или медикаментозным (последовательное применение антагониста прогестероновых рецепторов мифепристона и простагландина Е1 мизопростола) способом.

- Дальнейшее обследование с целью выявления причины замершей беременности и ее коррекция

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Классификация ПР по клинической картине (стадии ПР)

- **Угрожающие ПР:** боль в поясничной области и нижней части живота. Возбудимость и тонус матки повышены по данным **гистерографии**. При влагалищном исследовании шейка матки сохранена, наружный зев шейки матки закрыт или пропускает кончик пальца. Повышенная активность плода. Предлежащая часть плода прижата ко входу в малый таз.
- **Начинающиеся ПР:** схваткообразные боли внизу живота или регулярные схватки. При влагалищном исследовании: укорочение шейки матки, нередко ее сглаживание, раскрытие шейки матки до 3 см.
- **Начавшиеся ПР:** регулярная родовая деятельность и динамика раскрытия шейки матки (более 3 см)

Диагностика ПР

- жалобы беременной;
- объективная оценка сократительной активности матки (гистерография);
- изменения состояния шейки матки в динамике, оцененное при влагалищном исследовании и **трансвагинальном УЗИ.**

Диагноз ПР: при регулярных схватках и раскрытии шейки матки более чем на 2 см либо ее укорочения более чем на 80%.

Дополнительные критерии УПР

- Уровень **фетального фибронектина (fFN)** в цервико-вагинальном содержимом.
- Уровень фосфорилированного протеина, связывающего инсулиноподобный фактор роста 1 (ФБСИФР-1) в цервикальном канале.
- Увеличение эстриола в слюне.
- Концентрация С-реактивного белка, интерлейкинов -1, -6, ФНО α , простагландинов.

Тест на плацентарный альфа-микроглобулин-1 (PAMG1)

FIGURA 1: PROCEDURA DE TEST



(Pentru instrucțiuni complete de utilizare, vă rugăm să consultați prospectul.)

Отрицательный тест позволяет предсказать с точностью 97%, что роды не произойдут в ближайшие 7 дней и с точностью 93% - в ближайшие 14 дней.

Тактика ведения ПР зависит от срока, целостности плодных оболочек, состояния матери и плода!

Выбор уровня родоразрешения:

- 238-258 дней (34,1-37 недель) – II перинатальный уровень
- 197-237 дней (28,1-34 недель) - III перинатальный уровень
- 168-196 дней (24-28 недель) - IV перинатальный уровень



Лечение угрожающих и начинающихся ПР

- **Токолитическая терапия** на сроках 24-34 недели длительностью 48-72 часа применяется для остановки родовой деятельности до раскрытия шейки матки на 3 см. Цель: провести профилактику РДС плода и транспортировки пациентки на 3-4 уровень оказания перинатальной помощи:
 - β -адреномиметики (**Гинипрал**);
 - ингибитор окситоциновых рецепторов (**Атосибан**),
 - сульфат магния (**нейропротектор**),
 - антагонисты кальция (**Нифедипин**)
 - ингибиторы простагландинов (**Индометацин** с 24 до 32 недель).
- Гормональная поддержка - микронизированный прогестерон вагинально по 100-200 мг при укорочении шейки матки, для усиления эффекта токолитиков;
- Психотерапия, седативные средства;
- Спазмолитики. Устранение этиологического фактора.

Аntenатальная профилактика респираторного дистресс синдрома у плода (РДС)

- **Курс кортикостероидов** для ускоренного созревания сурфактанта и противовоспалительного действия в альвеолах. Вводится на сроках 26-36 недель.
- Дексаметазон: по 4 мг в/мышечно через 8 часов №6 (курс 24 мг за 2 суток);
- После введения последней дозы должно пройти 24 часа до родоразрешения.
- Недоношенному новорожденному с СДР вводится препарат сурфактанат через интубационную трубку.

Ведение ПР через естественные родовые пути

- I период родов - профилактика бурной родовой деятельности (спазмолитики, β -адреномиметики);
- Эпидуральная анестезия;
- Максимально долго сохранение целостности плодного пузыря до 7-8 см;
- II период - без защиты промежности, с пудендальной, паравагинальной анестезией, эпизиотомией;
- Бережное выведение головки и туловища плода;
- Отсроченное пережатие пуповины (плацентарная трансфузия) через 60-120 сек.

Показания к родоразрешению путем кесарева сечения –при условии бережного извлечения плода

- Тазовое или неправильное положение плода;
- Вес плода менее 1500г – т.к. высокий риск внутрижелудочковых кровоизлияний при родах через естественные родовые пути;
- Признаки антенатального дистресса плода (патологическое КТГ, нарушение маточно-плацентарного кровотока II-III ст.)
- Другие акушерские показания: ПОНРП, рубец на матке, возраст матери, тяжелая ПЭ и др.

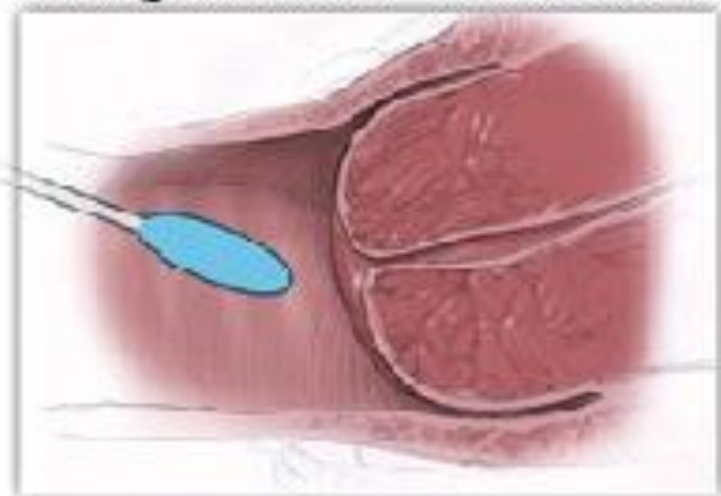
Техника бережного извлечения плода в целом плодном пузыре (единым фето-плацентарным комплексом)



Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) при недоношенной беременности

- Жалобы, визуальная оценка выделений;
- Осмотр ш/матки в зеркалах, «кашлевая» проба;
- УЗИ (снижение индекса амниотической жидкости);
- Определение pH во влагалище (pH вод 7-7,7, влагалищного секрета 3,8-4,2) ;
- Симптом арборизации вод, обнаружение чешуек плода при микроскопии;
- Проба с бромтимоловым синим;

Insert vaginal swab 5–7 cm for 1 minute

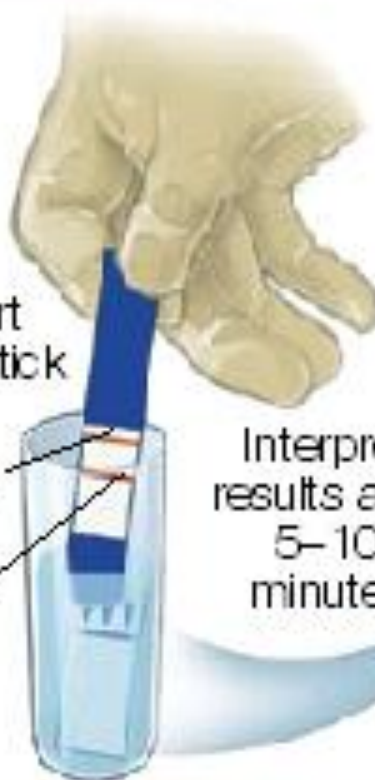


Elute for 1 minute



Insert dipstick

Control line
Test line



Interpret results after 5–10 minutes



Dipstick before use (or expired)



NEGATIVE (+ve control, no ROM)



POSITIVE (+ve control, +ve ROM)

Тактика при ПР с ПРПО при сроке менее 34 недели

- Пролонгирование беременности вплоть до 34 недель и более под контролем температуры беременной через 3 часа, лейкоцитоза крови каждые 12 часов, СРБ ежедневно. КТГ. УЗИ.
- Проведения профилактики РДС
- Антибиотикотерапия
- При необходимости токолиз с 24 недель.

Антибиотикотерапия

- Профилактика восходящего инфицирования при безводном промежутке более 12 часов;
- Выбор антибиотика обусловлен его влиянием на β -гемолитический стрептококк, как наиболее опасный в плане развития сепсиса новорожденных, приводящего к ранней неонатальной смертности.
- Пенициллины, цефалоспорины 1-3 поколения, на 7-10 дней



Принцип Кенгуру

