

# Невынашивание беременности. Прегравидарная подготовка женщин.



Заведующая кафедрой  
акушерства и гинекологии №1  
КазНМУ, д.м.н.

Г.К. Омарова



*Есть два способа прожить свою жизнь.  
Один так, как будто чудес не бывает.  
А другой так, как будто все есть чудо.*

*А. Эйнштейн*

# План:

1. **Актуальность, статистика**
2. **Причины невынашивания**
3. **Патогенез невынашивания**
4. **Клинические формы  
самопроизвольного аборта**
5. **Предгравидарная подготовка**



# *Невынашивание беременности*



- **Невынашивание беременности – сложный полиэтиологический симптомокомплекс, маркер дисбаланса взаимодействия репродуктивной системы женщины с другими системами жизнеобеспечения организма.**
- **Невынашивание беременности – это потери беременности до 22 недель.**

# *Невынашивание беременности*

- **Невынашивание беременности может быть спорадическим (одноразовым) и привычным (2-3 и более самопроизвольных выкидышей, следующих один за другим).**

**Ранние выкидыши – до 16 недель беременности (потери беременности в эти сроки составляют 80% всех потерь беременности) и поздние – до 22 недель беременности.**



# *Частота невынашивания беременности*

- Частота самопроизвольного прерывания беременности составляет около 15-20 % от общего числа всех выявленных беременностей.
- В ранние сроки беременности (в 6-8 недель) происходит 40 - 80 % от всех самопроизвольных выкидышей.



# *Частота невынашивания беременности*

- В настоящее время частота невынашивания беременности колеблется от 10 до 25%;
  1. в I триместре она может достигать 50%,
  2. во II триместре – 20%,
  3. в III триместре – 30%.



# ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

ПЛОД-ТРОФОБЛАСТ

ИММУННЫЕ РЕАКЦИИ

СИНТЕЗ ПРОГЕСТЕРОНА

ДОСТАТОЧН  
I T1

ДОСТАТОЧНЫЙ СИНТЕЗ  
ПИБФ  
АСИММЕТРИЧНЫ

E AT  
Th2  
«СДВИГ»

НК  
КЛЕТКИ  
ЗАЩИТА  
ПЛОДА  
РОД  
Ы

НЕДОСТАТОЧ  
H T1

НЕДОСТАТОЧНЫЙ СИНТЕЗ  
ПИБФ  
СИММЕТРИЧНЫЕ

AT  
Th1  
«СДВИГ»

ЛАК (лимфокинактивированные  
киллеры) КЛЕТКИ  
ЦИТОТОКСИЧЕСКАЯ  
АБОРТОГЕННАЯ РЕАКЦИЯ  
ПРЕРЫВАНИЕ  
БЕРЕМЕННОСТИ



# Факторы риска невынашивания беременности

- **Социально-биологические факторы:** низкое социально-экономическое положение (низкий доход, низкий уровень образования, недостаточное питание); работа, связанная с физическим напряжением; психо-социальные стрессы.
- **Данные акушерско-гинекологического анамнеза:** возраст первородящей матери менее 16 и более 30 лет; преждевременные роды в анамнезе; отягощенный акушерский анамнез.
- **Наличие экстрагенитальной патологии:** сахарный диабет, артериальная гипертензия, заболевания сердечно-сосудистой системы, бронхиальная астма, заболевания почек (пиелонефрит), привычные интоксикации (приём алкоголя, курение), наркомания.
- **Осложнения беременности:** многоплодие, многоводие, тазовое предлежание плода (у 20% женщин с тазовым предлежанием роды заканчиваются раньше срока), предлежание плаценты (преждевременные роды возникают в 5 раз чаще), отслойка плаценты (преждевременные роды возникают в 4 раза чаще), внутриматочная инфекция, внутриутробное инфицирование плода, гипертензии беременных.

# Основные причины Невынашивания беременности

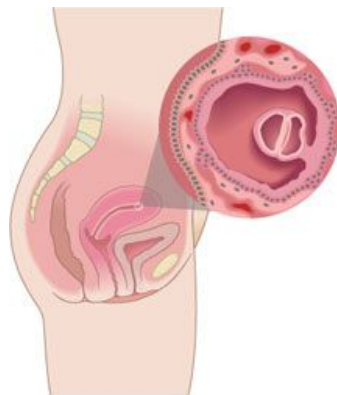


# Иммунологические причины



1. Аутоиммунные механизмы, когда иммунная система женщины направлена на ее собственные ткани, в этом случае плод будет страдать вторично. Одним из них является антифосфолипидный синдром.
2. Аллоиммунные реакции - это когда иммунный ответ направлен против тканей самого плода.

# Иммунологический фактор



## Адекватный иммунный ответ

Вследствие сложной перестройки иммунная система предотвращает отторжение плода



прогрессирование беременности

## Неадекватный иммунный ответ

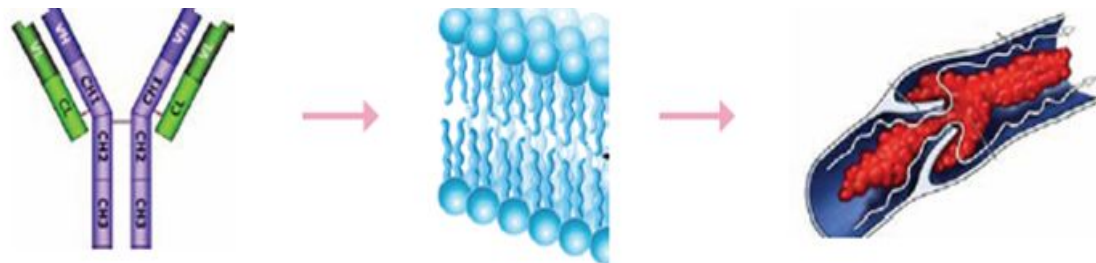
Иммунный ответ организма матери на имплантацию плодного яйца может вызвать фатальный для плода иммунологический конфликт



прерывание беременности

# Антифосфолипидный синдром (АФС)

- Это состояние при котором вырабатываются антитела к собственным фосфолипидам, входящим в состав клеток и тканей организма.
- Аутоиммунные реакции приводят к склеиванию тромбоцитов, изменению сосудистой стенки, закупорке сосудов разного калибра тромбами.
- Только в 1983 г. ревматолог из Великобритании, профессор J.R. Hughes, впервые ввел термин «антикардиолипидный синдром», который вскоре (1987) был назван «антифосфолипидным синдромом».



# **Антифосфолипидный синдром (АФС)**

**Под АФС в понимают симптомокомплекс, сочетающий определенные клинические признаки и лабораторные данные:**

- Наличие антифосфолипидных антител (АФА) в сочетании с артериальными и венозными тромбозами**
- Синдром потери плода (СПП)**
- Иммунная тромбоцитопения и/или неврологические расстройства**

# **Синдром потери плода**

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

# Истмико-цервикальная недостаточность

- 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.



# Эндокринные факторы

- Частота эндокринных факторов привычного невынашивания в среднем составляет 17.

**Факторы, приводящие к привычному невынашиванию беременности:**

- Недостаточность лютеиновой фазы цикла
- Гиперандрогения
- Сахарный диабет
- Синдром поликистозных яичников
- Заболевания щитовидной железы
- Расстройства секреции пролактина

# Недостаточность лютеиновой фазы цикла

- **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



# Гиперандрогения

- **Представляет собой патологическое состояние, которое обусловлено повышенным уровнем андрогенов при определенных заболеваниях яичников или надпочечников. Гиперандрогения является причиной самопроизвольного выкидыша у 15% женщин.**
- **Независимо от вида гиперандрогении прерывание беременности наступает на ранних сроках и протекает по типу анэмбрионии или неразвивающейся беременности.**

# Инфекционные факторы

- К основным инфекциям приводящим к спонтанному прерыванию беременности, относятся:
  - вирусная (цитомегаловирус, вирус простого герпеса, вирусы Коксаки А и В, энтеровирусы),
  - бактериальная (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, стрептококки, стафилококки, 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.

# **Аномалии кровоснабжения матки**

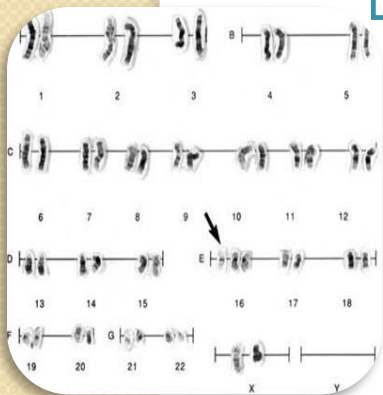
- 1. Миома матки**
- 2. Полипы эндометрия нарушают процесс имплантации.**
- 3. Синдром Ашермана - облитерация полости матки соединительной тканью, развившейся после повреждения эндометрия:**
  - ❑ Чрезмерная дилатация и кюретаж (особенно по поводу послеродового кровотечения, септического аборта, неразвивающейся 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, шистосомоз).**
  - ❑ Внутриматочное радиолечение по поводу рака гениталий.**

# Хромосомные нарушения

- **Хромосомный дисбаланс, вызванный нехваткой или удвоением хромосом, как правило, приводит к самопроизвольному выкидышу.**

**Выделяют два основных типа хромосомных нарушений:**

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



# **Пороки развития матки (аномалии мюллерова 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.**



# Клинические формы самопроизвольного аборта

1. **Угрожающий выкидыш.** Есть угроза. Характерны невыраженные, тянущие боли внизу живота, тонус может быть повышен.
2. **Начавшийся выкидыш - отслойка плодного яйца,** кровянистые выделения, постоянные боли внизу живота, которые могут принимать схваткообразный характер, повышенный тонус матки, наличие умеренных кровянистых выделений.
3. **Аборт в ходу.** Практически уже отслоилось все плодное яйцо - сильные частые схватки внизу живота, шейка открывается, частые сильные схваткообразные боли, обильные кровянистые выделения, кровотечение обильное. Состояние тяжелое, может быть геморрагический шок, анемия.
4. **Неполный аборт - уменьшение болей** внизу живота, кровотечение продолжается. Состояние может быть тяжелым.
5. **Полный аборт:** жалоб нет. Кровотечения не должно быть, если есть то это неполный аборт.
6. **Несостоявшийся выкидыш ( замершая беременность).** Отслойка произошла, но плодное яйцо осталось в матке. Плод погибает, матка перестает расти.

# **Другие 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.**

# Прегравидарная подготовка



**Прегравидарная подготовка – это комплекс мероприятий, направленных на подготовку к зачатию, планирование будущей беременности.**

**Слово "прегравидарная" происходит от двух слов - приставки "пре", обозначающей предшествование чему-либо (или расположение перед чем-либо), и латинского слова "gravida" (беременная).**

# **Прегравидарная подготовка**

**Включает в себя:**

- беседу психолога с обоими родителями;**
- анализы на инфекции, передающиеся половым путем;**
- анализы на инфекции TORCH-комплекса: токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирусная инфекция и герпес.**
- УЗИ органов малого таза у женщины;**
- ЭКГ;**
- флюорографию;**
- консультации стоматолога, ЛОР- врача, окулиста, терапевта. Санирование очагов инфекции. Лечение выявленных заболеваний у супругов или хотя бы приведение их к ремиссии (исчезновение проявлений);**

# **Прегравидарная подготовка**

- сдачу общего и биохимического анализов крови, мочи;**
- определение группы крови и резус- фактора будущих родителей;**
- по показаниям определяется гормональный профиль женщины, если необходимо, то проводится лечение гормональными препаратами;**
- также по показаниям консультация генетика;**
- лечение дисбактериоза влагалища при его наличии;**
- за месяц до предполагаемого зачатия необходимо начать принимать поливитамины, особое внимание уделить фолиевой кислоте, витаминам группы В, С и Е;**
- отказаться от курения, употребления алкоголя.**

# Прегравидарная подготовка



# Классификация прогестагенов

## НАТУРАЛЬНЫЕ ПРОГЕСТАГЕНЫ:

Натуральный микронизированный  
прогестерон  
(Утрожестан®)

Прогестерон  
в масляном растворе 2,5%  
(Россия)

## СИНТЕТИЧЕСКИЕ ПРОГЕСТАГЕНЫ:

Дидрогестерон

МПА

Норэтистерон

Дроспиренон и т. д.

# Классификация прогестагенов

## НАТУРАЛЬНЫЕ

### УТРОЖЕСТАН

натуральный  
микронизированный  
прогестерон

### МАСЛЯНЫЙ РАСТВОР ПРОГЕСТЕРОНА

для инъекций  
1% и 2,5% (Россия)

## СИНТЕТИЧЕСКИЕ

### РЕТРОПРОГЕСТЕРОН (ДИДРОГЕСТЕРОН)

#### 19-НОРПРОГЕСТЕРОН

Тимегестон  
Несторон  
Номегестрола ацетат  
Промегестон

#### 17 $\alpha$ -ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОН

Медроксипрогестерона ацетат  
Медрогестон  
Хлормадинона ацетат  
Ципротерона ацетат

#### 19-НОРТЕСТОСТЕРОН

Норэтиндрон  
Норэтиндрон ацетат  
Норэтинодрел  
Линестренол  
Этинодиола диацетат  
Левоноргестрел  
Дезогестрел  
Норгестимат  
Гестоден  
Норгестрел

#### СПИРОЛАКТОН

#### ДРОСПИРЕНОН



# СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ УТРОЖЕСТАНА® ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

**ВАГИНАЛЬНЫЙ ПУТЬ  
ВВЕДЕНИЯ**

**ПЕРОРАЛЬНЫЙ ПУТЬ  
ВВЕДЕНИЯ**



**200-400 мг в сутки в течение  
1-го и 2-го триместра**

**Во всех случаях Утрожестан® может применяться вагинально, перорально и комбинированно, в зависимости от ситуации, что удобно как для врача, так и для пациентки!**

# Схема применения Дюфастон®

**Дюфастон®**, восполняет уровень прогестерона в крови, необходимый пациенткам на этапе подготовки к беременности (в течение 2-3 циклов),



**Дюфастон®** моделирует иммунный ответ матери в сторону сохранения беременности



**При угрожающем выкидыше:**  
40 мг однократно, затем 10 мг каждые 8 часов до исчезновения симптомов.

**При привычном невынашивании:**  
10 мг в оральной форме, дважды в день до 20-ой недели беременности



***Благодарю  
за  
внимание!!!***

