



Невынашивание беременности.



Невынашивание беременности – самопроизвольное прерывание беременности в сроки до 37 недель.

Самопроизвольный выкидыш (аборт)

самопроизвольное прерывание беременности до достижения плодом жизнеспособного гестационного срока

Согласно определению ВОЗ выкидыш – самопроизвольное изгнание или экстракция эмбриона (плода) массой до 500 г, что соответствует гестационному возрасту менее 22 недель беременности.

Преждевременные роды

Роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36 недель и 6 дней (154 - 259 дней), начиная с первого дня последней нормальной менструации при регулярном менструальном цикле, при этом масса тела плода составляет от 500 до 2500 г.

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

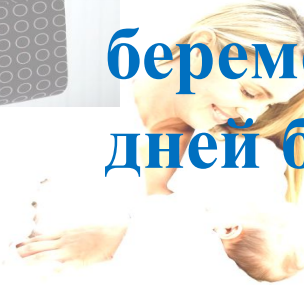
- В настоящее время частота невынашивания беременности колеблется от 10 до 25%;

1. в I триместре она может достигать 50%,
2. во II триместре – 20%,
3. в III триместре – 30%.



Невынашивание беременности

- Невынашивание беременности может быть спорадическим (одноразовым) и привычным (2-3 и более самопроизвольных выкидышей, следующих один за другим).
- Ранние выкидыши – до 12 недель беременности и поздние – до 21 недели 6 дней 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
факторы (50%)

Пороки развития
матки 12%

Аномалия кровоснабжения
матки 3 до 15%.

Другие факторы (10%)

Невынашивание
беременности

Эндокринные факторы
(20%)

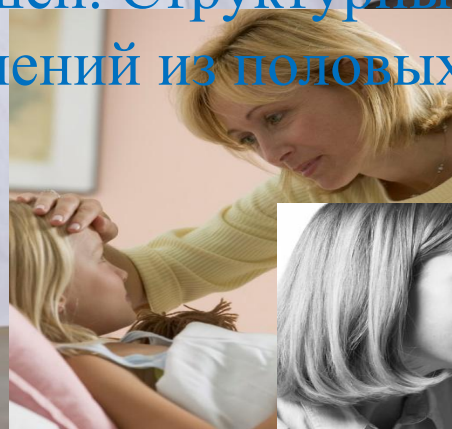
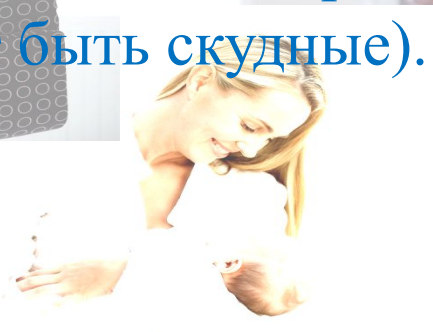
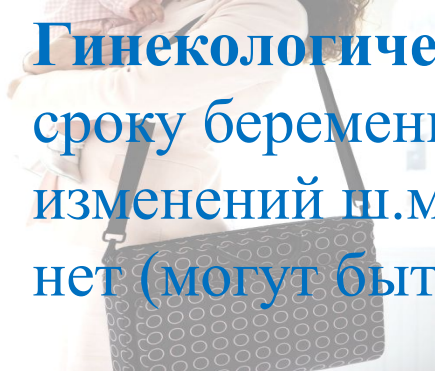
Истимико-цервикальная
недостаточность 10-17%

Инфекционные
факторы (15%)

Генные и
хромосомные нарушения 5%

Угрожающий выкидыш

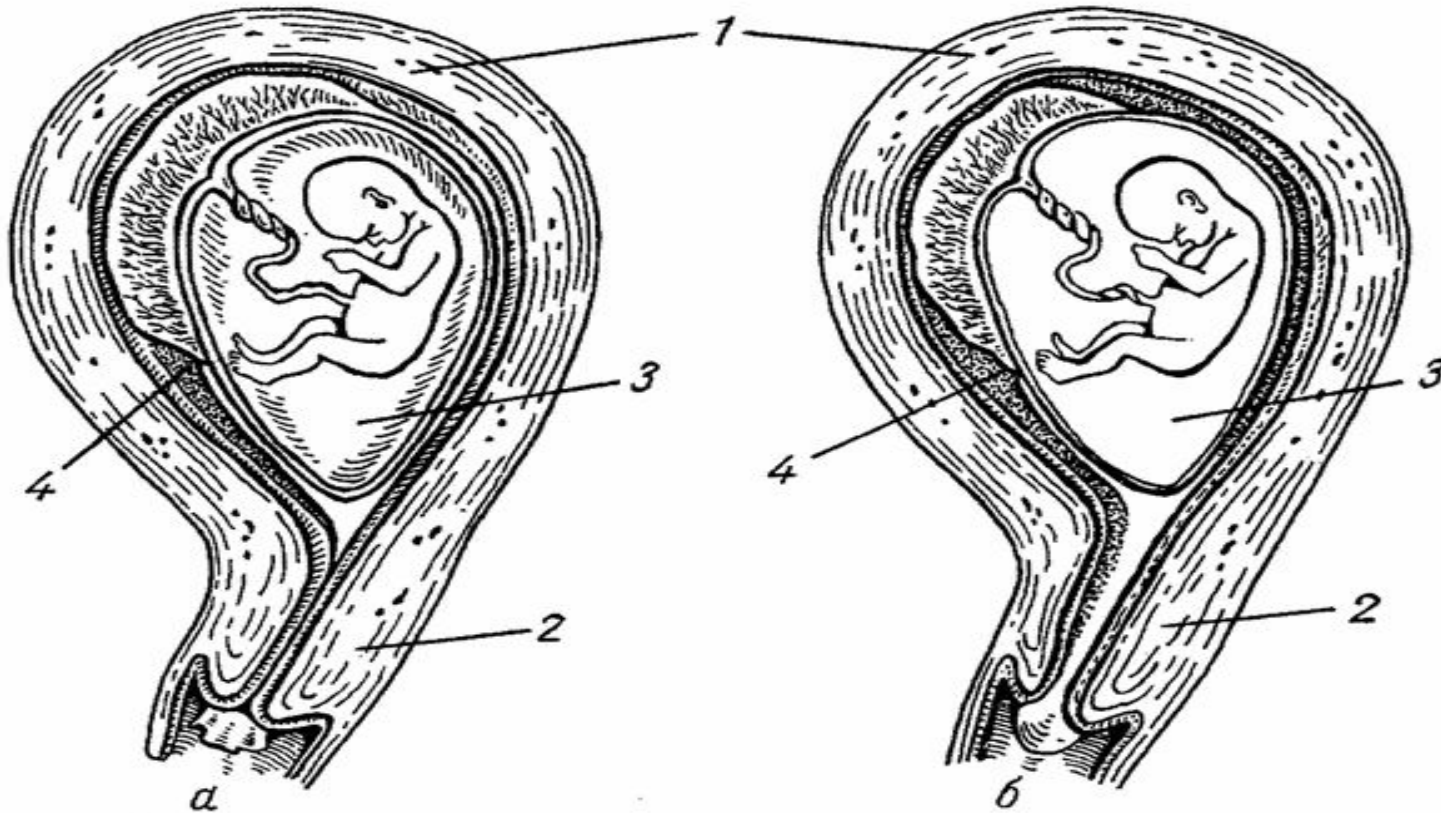
- Кровянистые выделения из матки до 22 нед. беременности.
- Тянущие боли внизу живота и в поясничной области. Скудные кровяные выделения из половых путей.
- **Гинекологическое исследование:** Размеры матки соответствуют сроку беременности. Тонус матки повышен. Структурных изменений ш.м. нет. Кровянистых выделений из половых путей нет (могут быть скудные).



Начавшийся самопроизвольный выкидыш

- Схваткообразные боли внизу живота и кровяные выделения из влагалища.
- Гинекологическое исследование: Тело матки при пальпации становится плотным, соответствует сроку задержки менструации (плодное яйцо отслаивается на незначительном участке). Шейка матки может быть укорочена, цервикальный канал приоткрыт.



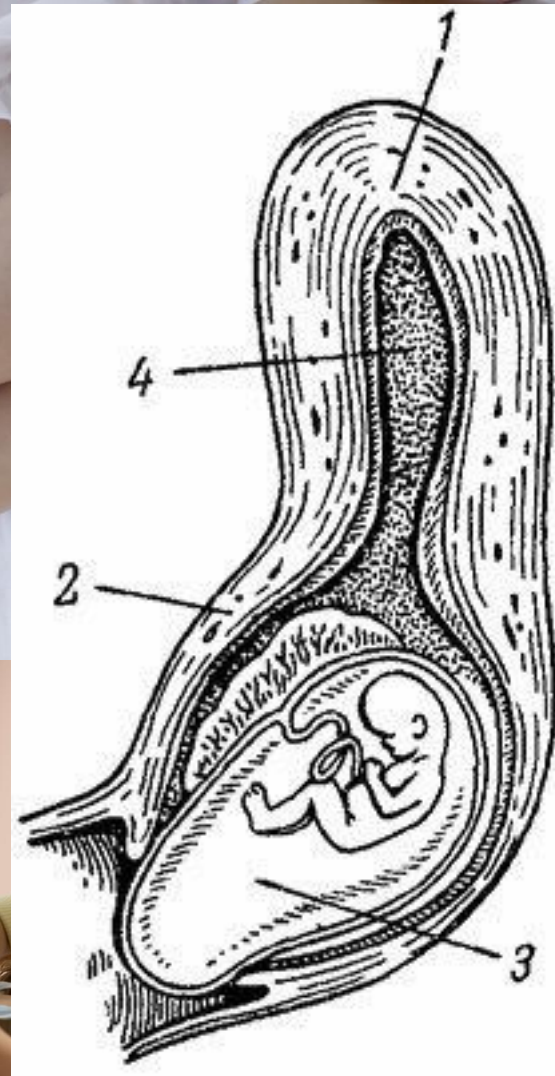


а — угрожающий выкидыш; б — начавшийся выкидыш
1 — тело матки, 2 — шейка матки, 3 — плодное яйцо, 4 — гематома



Аборт в ходу

- Схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения (чаще обильные).
- **Гинекологическое исследование:** Тело матки, как правило, меньше предполагаемого срока беременности. Определяются регулярные схваткообразные сокращения миометрия. Возможно подтекание околоплодных вод в более поздние сроки беременности (при ИЦН чаще начинается с ПИОВ). Внутренний и наружный зевы раскрыты. Элементы плодного яйца находятся в канале ш.м., нижний его полюс может выступать во влагалище.



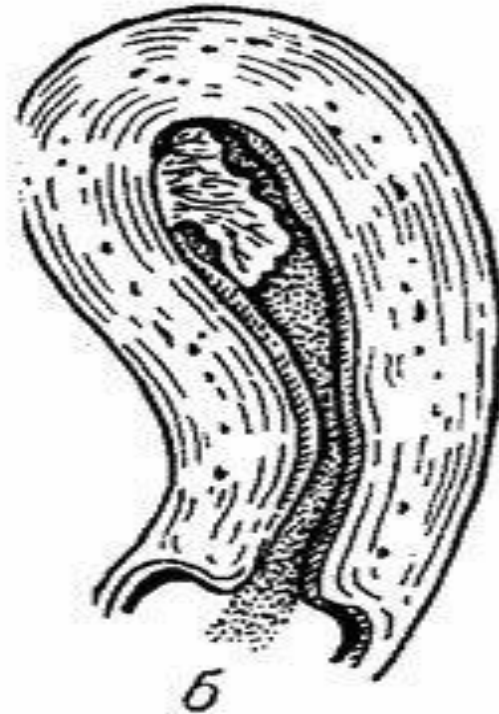
Неполный аборт

- **Беременность прервалась, но в полости матки имеются задержавшиеся элементы плодного яйца. Отсутствие полноценного сокращения матки и смыкания ее полости приводит к продолжающемуся кровотечению. Чаще встречается с 12 нед. беременности, когда выкидыш начинается с излития околоплодных вод.**
- **Гинекологическое исследование:** матка меньше предполагаемого сроком беременности, мягкой консистенции. Канал ш.м. раскрыт, обильные кровяные выделения из цервикального канала.

Полный аборт

- **Плодное яйцо полностью изгоняется из полости матки. Матка сокращается, кровотечение прекращается.**

Неполный выкидыш.
а — в матке все
оболочки; б — в матке
остатки плодного яйца.



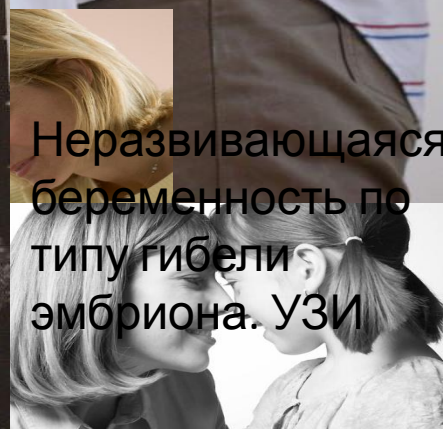
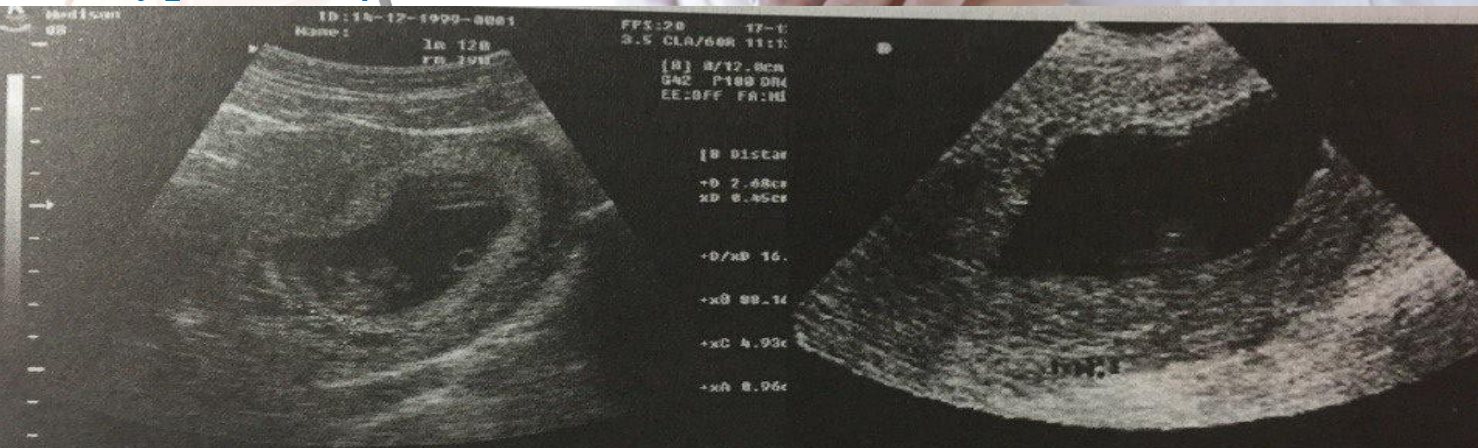
Септический аборт

- Прерывание беременности, сопровождающееся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровяными, иногда гнойевидными выделениями из половых путей.
- **Физикальное обследование:** тахикардия, тахипноэ, дефанс мышц ПБС.
- **Гинекологическое исследование:** болезненная матка мягкой консистенции.
- Воспалительный процесс чаще всего вызван золотистым стафилококком, Гр- МО, Гр+ кокками. При отсутствии лечения возможна генерализация инфекции в виде сальпингита, локального/разлитого перитонита, септицемии.



Неразвивающаяся беременность

- Гибель эмбриона (до 9 недель) или плода на сроке до 22 недель беременности при отсутствии экспульсии продуктов зачатия из полости матки.
- Отставание размера матки от гестационного срока. Низкий уровень β -ХГЧ.



Диагностика

Оценка состояния пациентки и DS ставится на основе анализа жалоб, физикального осмотра и дополнительных клинических исследований. УЗИ должно быть выполнено как можно быстрее.

- **Жалобы:** на кровяные выделения из половых путей, боли внизу живота и поясничной области, возникшие на фоне задержки менструации.

- **Тщательный сбор анамнеза**

- **Физикальное обследование:**

Температура, ЧСС, ЧДД, АД; обследование области живота

- **Влагалищное исследование:**

Осмотр при помощи зеркал: источник и объем кровотечения, наличие продуктов зачатия в цервикальном канале;

Бимануальное исследование: консистенция и длина ш.м., состояние цервикального канала и внутреннего зева ш.м, величина матки, состояние и болезненность придатков, сводов влагалища.



УЗИ



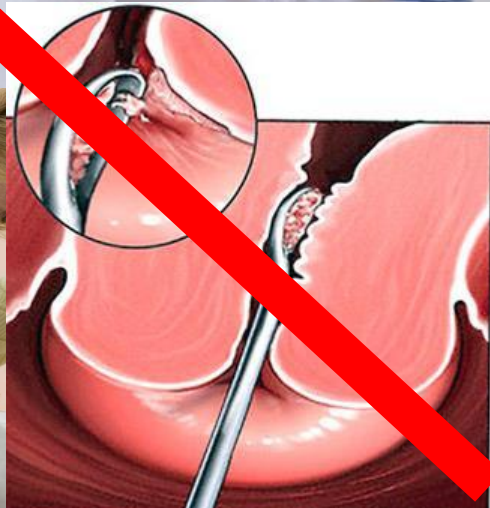
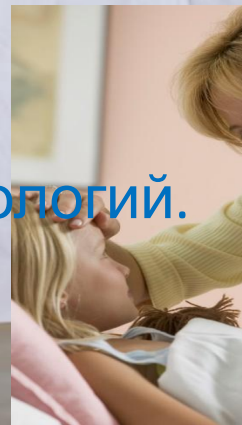
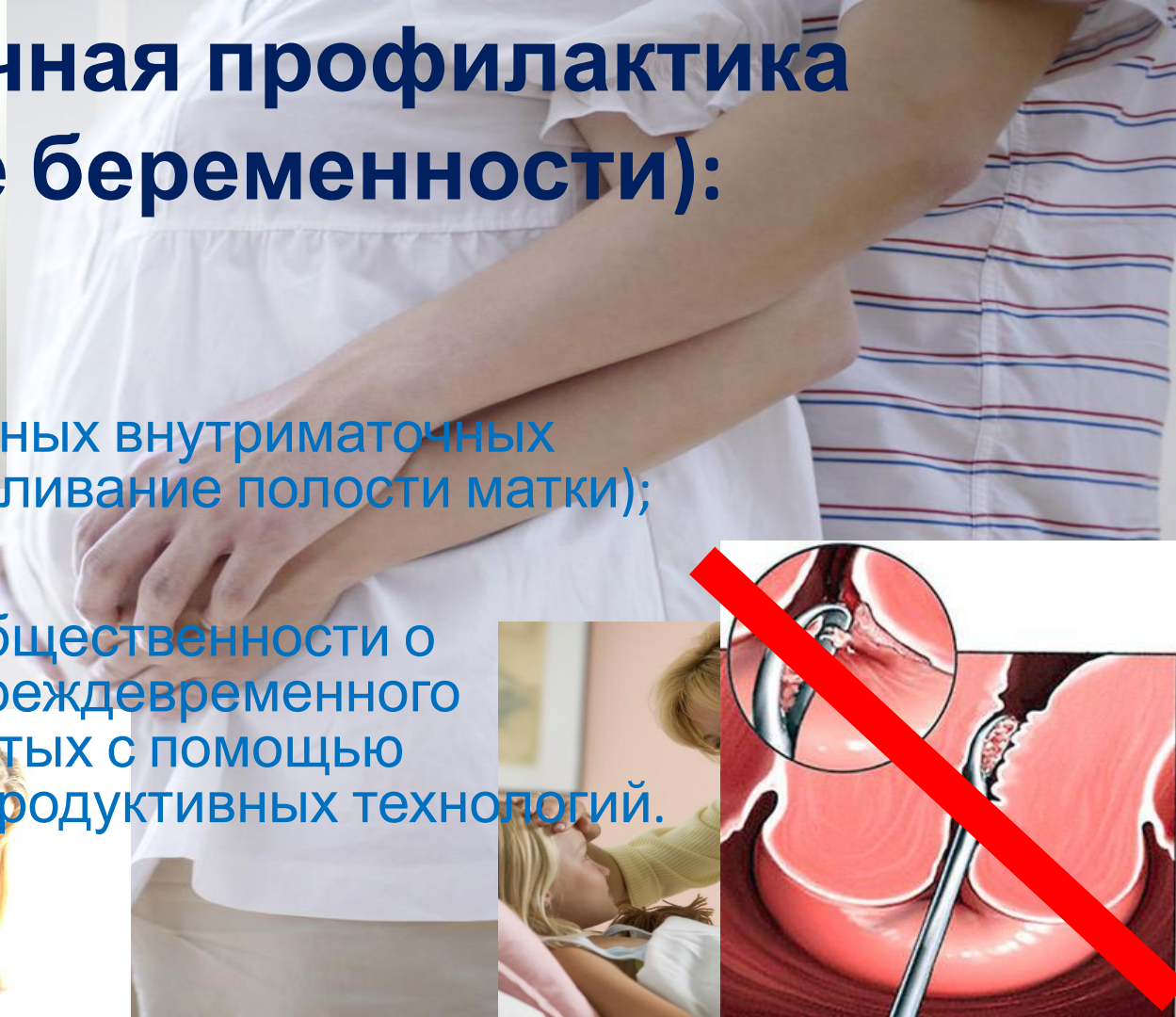
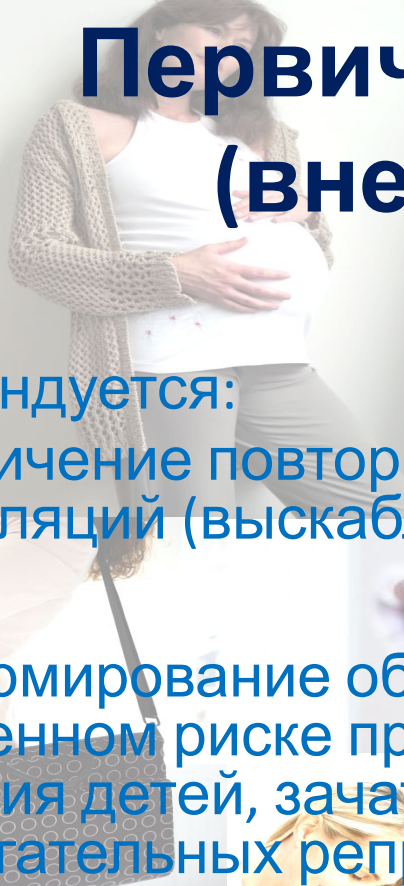
- **ТВС является «золотым стандартом»**

Жизнеспособная маточная беременность	Жизнеспособная маточная беременность
Жизнеспособная маточная беременность	Жизнеспособная маточная беременность
Жизнеспособная маточная беременность	Жизнеспособная маточная беременность

Первичная профилактика (вне беременности):

Рекомендуется:

- ограничение повторных внутриматочных манипуляций (выскабливание полости матки);
- информирование общественности о повышенном риске преждевременного рождения детей, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.



Не рекомендуется:

- рутинное применение поливитаминов до зачатия и на протяжении первых двух месяцев беременности;
 - назначение белково-энергетических пищевых добавок в период беременности;
- дополнительный прием кальция во время беременности;
 - дополнительный прием антиоксидантов - витаминов С и Е;
 - постельный режим (bed-rest);
 - гидратация (усиленный питьевой режим, инфузионная терапия), используемая в целях нормализации фетоплацентарного кровотока для



Акушерский пессарий

- Диагностированная ИЦН: пессарии используются как моносредство и как дополнение к хирургическому серкляжу (шву на шейку матки).
- В целях профилактики выкидышей и преждевременных родов у женщин, страдающих привычным невынашиванием.
- При наступлении долгожданной беременности после продолжительного бесплодия, у возрастных и совсем юных беременных, у женщин с дисфункцией яичников и генитальным инфантилизмом.
- При прогрессирующем укорочении и раскрытии шейки матки, есть при возникновении угрозы невынашивания.
- У женщин, занятых физическим трудом.
- У беременных с деформацией и рубцами на шейке матки.
- При многоплодной беременности.
- У женщин с измененным психоэмоциональным состоянием по отношению к прогнозу беременности.



Вторичная профилактика (в период беременности):

- внедрение антеникотинных программ среди беременных;
- назначение вагинального прогестерона в капсулах беременным с короткой шейкой матки (10-25 мм) или с преждевременными родами в анамнезе.



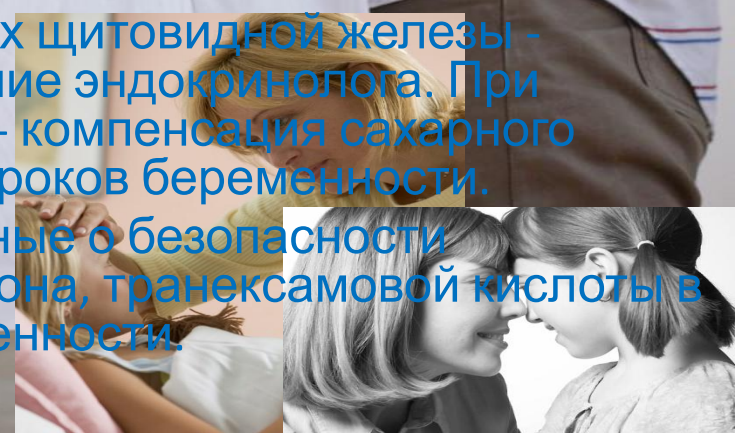
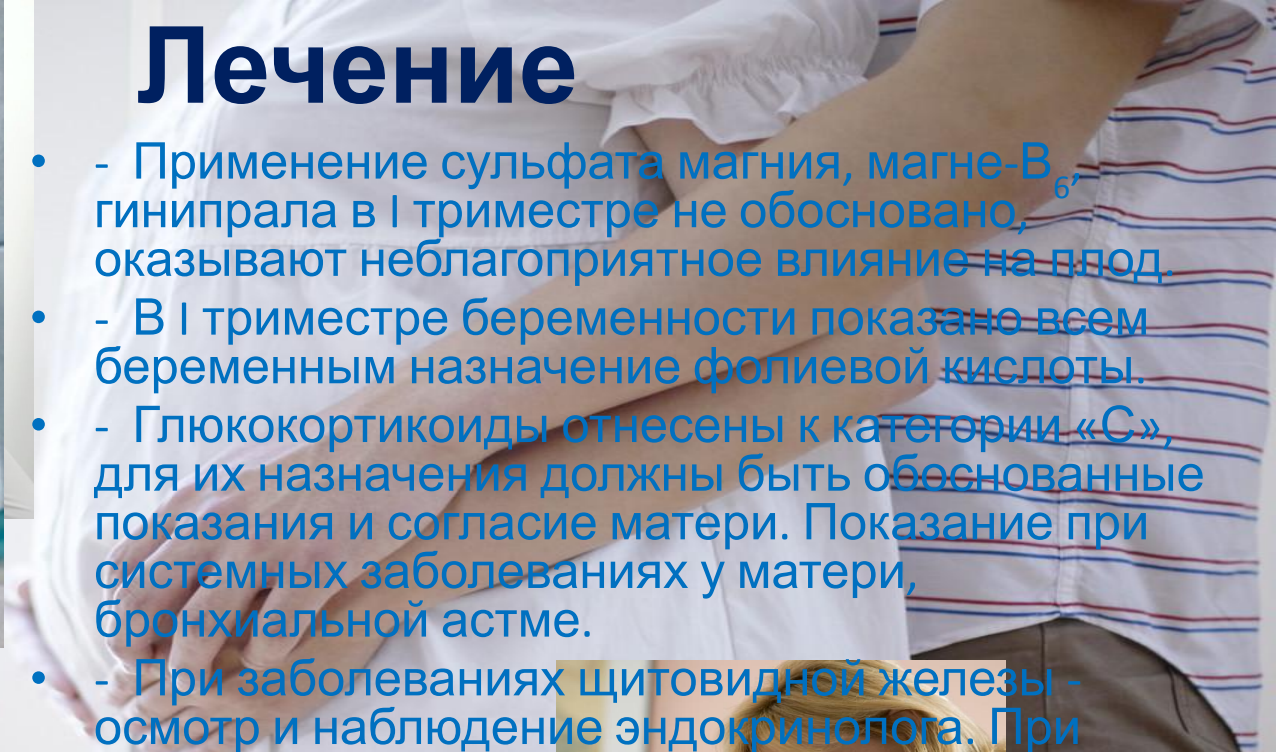
Лечение

- В I триместре беременности при угрожающем прерывании беременности проводится:
 - - психологическая поддержка;
 - - полупостельный режим;
 - - возможно назначение спазмолитиков,
 - - гормональные препараты прогестерон, утрожестан, дюфастон назначаются по строгим показаниям, под контролем ректальной температуры, кариопикнотического индекса (КПИ), ХГЧ. Гормональные препараты назначают с 6 недель беременности. Не рекомендуется резко отменять гормональную терапию, это может привести к появлению или усилению симптомов угрозы прерывания.



Лечение

- Применение сульфата магния, магне-В⁶, гинипрала в I триместре не обосновано, оказывают неблагоприятное влияние на плод.
- В I триместре беременности показано всем беременным назначение фолиевой кислоты.
- Глюкокортикоиды отнесены к категории «С», для их назначения должны быть обоснованные показания и согласие матери. Показание при системных заболеваниях у матери, бронхиальной астме.
- При заболеваниях щитовидной железы - осмотр и наблюдение эндокринолога. При сахарном диабете - компенсация сахарного диабета с ранних сроков беременности.
- Отсутствуют данные о безопасности применения дицинона, транексамовой кислоты в I триместре беременности.





© marialatnik • 2009



**Спасибо
за
внимание!!**

