

57
1005.
acc. Минфин НИ

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерство и гинекологии

НИР на тему:

«Современные аспекты невынашивания беременности»

Выполнила: студентка педиатрического

факультета 4 курса 8 группы

Болдырева Д.Н

Волгоград 2018

1. Введение

Проблема невынашивания беременности — одна из самых актуальных проблем в современном акушерстве. Она является не только медицинской проблемой, но и социально-экономической. Самопроизвольный выкидыш и неразвивающаяся беременность (НБ) — две разновидности прерывания беременности, которые происходят вне зависимости от желания женщины, что часто является для нее личным несчастьем и тяжелой психологической травмой. Наблюдается отсутствие снижения частоты данной патологии, что отчасти обусловлено многофакторностью её этиологии.

Особенного внимания заслуживает хроническое, или привычное невынашивание беременности. Его этиология, патогенез, специфика тактики ведения пациенток принципиально отличаются от спорадического самопроизвольного одиночного прерывания беременности.

3. Этиология

Основные причины невынашивания беременности — генетические, эндокринные, иммунологические, тромбофилические, инфекционные, анатомические. Хроническое невынашивание в настоящее время большинством авторов рассматривается как универсальный сочетанный ответ на влияние нескольких факторов, которые действуют последовательно или одновременно.

Для каждого этапа гестации характерны свои специфические уязвимые «точки». Угроза невынашивания беременности и его сроки обусловлены именно причинами для каждого периода.

Период 5-й – 6-й недели

На данном этапе ведущими являются:

- генетические причины, обусловленные особенностями кариотипа (совокупность признаков полного набора хромосом) родителей. Нарушения могут выражаться одним из типов хромосомных мутаций — транслокацией (перенос участка одной хромосомы на ее другой участок или на негомологичную хромосому, обмен определенными участками между негомологичными хромосомами); инверсией (изменение одного из участков хромосомы в виде поворота его на 180°); делецией (выпадение или отделение участка хромосомы); дупликацией (удвоением одного из ее участков); хромосомным мозаицизмом (генетическое различие клеток в тканях) и др.; после 35 лет генетический риск у женщин возрастает с увеличением возраста;
- высокий уровень совместимости по системе человеческих лейкоцитарных антигенов (HLA);
- высокая степень содержания в эндометрии больших гранулярных лимфоцитов (NK-клетки), обладающих токсичностью для зараженных вирусом и опухолевых клеток; высокий уровень Т-цитотоксических и

- низком содержании эстрогенов в крови в момент выбора основного (доминантного) фолликула;
- недостаточном развитии яйцеклетки или, наоборот, в ее перезревании;
- неполноценном формировании лютеинового тела;
- неполноценном преобразовании эндометрия в плане секреции.

Все это приводит к незавершенности трансформации эндометрия, к неполноценности его секреторной функции и, в итоге, к недостаточной подготовке слизистой оболочки матки к беременности. Некоторые авторы не исключают и аутоенсибилизацию организма к прогестерону как причину невынашивания.

Срок после 10-ти недель

Основными в утрате беременности после 10 недель являются иммунологические причины. Главная роль в развитии плода принадлежит нормально функционирующей фетоплацентарной системе, представляющей собой комплекс кровеносная система матери – плацента – кровеносная система плода. Главное регулирующее звено этой системы — плацента.

Благодаря синтезу в плаценте и выделению в кровь большого количества биологически активных белковых и гормональных компонентов, включая факторы роста, этот орган способствует сохранению и созреванию в организме матери чужеродного (по многим факторам) детского организма. В частности, факторы роста и их рецепторы регулируют количественные изменения различных видов лимфоцитов, обеспечивающих адекватным иммунным ответом эндометрий и материнский организм в целом на внедрение и развитие оплодотворенной яйцеклетки.

Иммунные нарушения могут реализоваться в виде аутоиммунных и аллоиммунных процессов. В первом случае агрессия иммунной системы

провоцирует повышение тонуса матки, сократительную активность миометрия, преждевременное излитие околоплодных вод.

Максимальный риск потери беременности возникает в случае наличия генитального микоплазмоза (до 66%) и цитомегаловирусной инфекции (32%), в меньшей степени — при цервиците, вызванном хламидийной инфекцией (18%), кольпите бактериальной причины (10-15,5%), кольпите и цервиците, обусловленных микоплазмой (9,5%).

Срок 22-й – 27-й недели

В этот период главные причины невынашивания беременности — это:

- истмико-цервикальная недостаточность;
- пролабирование (провисание) плодного пузыря;
- преждевременное отхождение околоплодных вод;
- присоединение инфекции;
- пороки развития плода;
- многоплодие, осложненное присоединением инфекции.

Период от 28-й до 37-й недели

В числе преждевременных родов приблизительно 32% приходится на сроки 28-33 недели, остальные — на 34-37 недель. При преждевременных родах последствия для плода почти сопоставимы с таковыми при доношенной беременности. Их причины носят многофакторный характер, однако наиболее вероятные и часто встречающиеся — это:

- повышение содержания провоспалительных цитокинов за счет развития острой или хронической восходящей или системной вирусной или бактериальной инфекции (40%);

4. Клинические варианты

Угрожающий выкидыш - тянущие боли внизу живота и поясничной области, скудные кровяные выделения из половых путей. Тонус матки повышен, шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт, тело матки соответствует сроку беременности. При ультразвуковом исследовании регистрируют сердцебиение плода.

Начавшийся выкидыш - боли и кровяные выделения из влагалища более выражены, цервикальный канал приоткрыт. Необходимо диагностировать следующие акушерские осложнения: отслойку хориона (плаценты), предлежание или низкое расположение хориона (плаценты), кровотечение из второго рога матки при пороках ее развития, гибель одного плодного яйца при многоплодной беременности.

Выкидыш в ходу - тело матки, как правило, меньше предполагаемого срока беременности, определяются регулярные схваткообразные сокращения миометрия, в более поздние сроки беременности возможно подтекание околоплодных вод. Внутренний и наружный зевы открыты, элементы плодного яйца находятся в цервикальном канале или во влагалище. Кровяные выделения могут быть различной интенсивности, чаще обильные.

Неполный выкидыш - беременность прервалась, но в полости матки имеются задержавшиеся элементы плодного яйца. Отсутствие полноценного сокращения матки и смыкания ее полости приводит к продолжающемуся кровотечению, что в некоторых случаях может вести к большой кровопотере и гиповолемическому шоку. Чаще встречается после 12 нед. беременности, в случае, когда выкидыш начинается с излития околоплодных вод. При бимануальном исследовании матка меньше предполагаемого срока беременности, кровяные выделения из цервикального канала обильные, при ультразвуковом исследовании в полости матки определяются остатки плодного яйца, во II триместре - плацентарной ткани.

5. Диагностика

Обследование целесообразно проводить вне беременности, на этапе планирования и во время беременности.

Обследование перед планированием беременности:

Осмотры специалистов:

- акушера-гинеколога;
- терапевта;
- иммунолога;
- андролога - уролога;
- психотерапевта;
- генетика (при привычном невынашивании).

На этом этапе необходимо проведение следующих мероприятий:

1. Тщательный сбор анамнеза с уточнением характера перенесенных заболеваний, особенно в период становления менструальной функции; наличие экстрагенитальных и генитальных заболеваний.
2. Гистеросальпингография проводится для исключения ИЦН и пороков развития матки.
3. УЗИ гениталий следует проводить на 5-7, 9-14 и 21-й день менструального цикла.
4. Целесообразно проведение тестов функциональной диагностики: (кольпоцитология, базальная температура, симптом зрачка, симптом папоротника), исследование гормонов крови (в зависимости от фазы менструального цикла - на 5 день цикла определяют ФСГ, ЛГ, пролактин; на 12 день эстрадиол, ФСГ, ЛГ; на 21 день прогестерон) и анализ мочи на 17-кетостероиды в суточной моче для исключения гиперандрогении.

6. Лечение

Лечение пациенток с невынашиванием беременности должно быть патогенетически обоснованным и широко сочетаться с симптоматической терапией. Обязательным условием проведения сохраняющей терапии должно быть согласие матери, исключение пороков развития плода и экстрагенитальной патологии, являющейся противопоказанием для вынашивания беременности.

Лечение угрозы прерывания беременности в I триместре:

1. Постельный покой.
2. Седативные средства (пустырник, триоксазин, нозепам, седуксен, димедрол), психотерапия.
3. Спазмолитики (папаверин, но-шпа).
4. Гормональная терапия.
5. Профилактика ФПН
6. Метаболическая терапия.

Гормональная терапия. При отсутствии желтого тела в яичнике, что можно подтвердить данными гормонального обследования и эхографии, следует назначать гестагены (замещение недостатка эндогенного прогестерона).

а) дюфастон: угрожающий аборт - 40 мг одномоментно, затем по 10 мг каждые 8 часов до исчезновения симптомов; привычный аборт - 10 мг дважды в день до 20 недель беременности.

б) утрожестан: угрожающий аборт или в целях профилактики привычных абортов, возникающих на фоне недостаточности прогестерона: 2-4 капсулы ежедневно в два приема до 12 недель беременности (вагинально).

5. Ингибиторы синтеза простагландинов: индометацин в таблетках или свечах, общая доза на курс не более 1000 мг, длительность курса 5-9 дней.
6. Профилактика гипоксии плода.
7. Профилактика плацентарной недостаточности.
8. При угрозе преждевременных родов в 28-33 недели проводится профилактика респираторного дистресс-синдрома у новорожденных путем назначения беременной глюкокортикоидных препаратов (дексаметазон) 8-12 мг на курс или лазольван, амброксол, амбробене 800-1000 мг в сутки 5 дней в/в капельно.
10. Спазмолитики.
11. Седативные препараты.

При гиперандрогении прерывание беременности обусловлено антиэстрогеновым действием андрогенов. Лечение угрозы прерывания проводится кортикостероидами. Оно основано на подавлении секреции АКТГ, что приводит, по принципу обратной связи, к снижению биосинтеза андрогенов надпочечниками. Лечение назначают при стойком повышении 17-КС дексаметазоном в индивидуально подобранной дозе до нормализации показателей 17-КС. Гормональное лечение следует прекратить в 32-33 недели беременности, с тем, чтобы не подавлять функцию надпочечников плода.

При антифосфолипидном синдроме терапия проводится преднизолоном 5 мг/сут. Контроль ВА - через две недели. При повторном обнаружении ВА дозу преднизолона удваивают. При отрицательном результате дозу следует считать адекватной. Повторное исследование ВА, после подбора адекватной дозы проводят один раз в месяц в течение всей беременности для возможной

7. Заключение

Невынашивание беременности - сложная проблема, с которой человечество сталкивается на протяжении всего своего существования. В последние десятилетия на изменение структуры заболеваемости, в том числе гинекологической, влияют экологические и социальные факторы, раннее начало половой жизни, увеличение детородного возраста.

В ряде случаев к потере беременности приводят патологические состояния, которые можно выявить и корригировать до ее наступления, обеспечив супружеской паре в будущем возможность физиологического течения беременности и рождения здорового ребенка.

Наиболее часто при невынашивании беременности выявляются нарушения эндокринной, иммунной системы, различных звеньев свертывания крови, аномалии развития внутренних половых органов, хронически протекающие, часто без выраженных клинических проявлений, гинекологические инфекции, как передающиеся половым путем, так и вызванные условно-патогенными микроорганизмами, в норме присутствующими в организме. Особо следует отметить неблагоприятное состояние психоэмоциональной сферы женщин, страдающих невынашиванием беременности. Практически у всех женщин, потерявших желанную беременность, формируются различной степени выраженности депрессивные нарушения, которые не только закрепляют патологические нарушения, а нередко и углубляют их. В то же время после удачного завершения беременности у женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе в последующем беременности протекают физиологически.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой производственной практики «Производственная клиническая практика модуль Акушерство (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)» обучающегося 4 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия

8 группы

Болдыревой Долмы Николаевны

на тему:

«Современные аспекты невынашивания беременности»

Научно-исследовательская работа выполнена в соответствии с требованиями написания НИР при прохождении производственной клинической практики по акушерству. Данное исследование имеет четкую структуру и состоит из введения, основной части, заключения, списка литературы.

Работа написана грамотным научным языком. Тема является актуальной в современном акушерстве. Четко сформулирована цель, поставлены конкретные задачи. Введение достаточно содержательное и емкое. В результате четкого изложения цели работы в основной части научно-исследовательской работы присутствует логичность, четкость, последовательность. Наличие ссылок показывает детальную работу с научной литературой.

Список литературы включает разнообразные источники оформленные в соответствии с требованиями.

В целом работа заслуживает отличной оценки.

Оценка 100 баллов (отлично)

РЕЦЕНЗЕНТ:  (Мигулина Н.Н)