

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии  
Учебно-исследовательская работа студента

«Современные аспекты невынашивания беременности»

Работу выполнила:  
Студентка IV курса 9 группы  
Педиатрического факультета  
Ефанова Виктория Алексеевна

Волгоград, 2018

## Оглавление

Введение .....	3
Классификация.....	4
Этиология .....	4
Факторы риска .....	5
Клиническая картина и диагностика .....	6
Дифференциальная диагностика.....	9
Лечение .....	10
Дальнейшее ведение.....	13
Прогноз. ....	13
Заключение.....	14
Список использованной литературы: .....	15

## Введение

Невынашивание беременности - одна из основных проблем современной репродуктологии.

Под невынашиванием беременности понимают самопроизвольное прерывание ее в различные сроки от зачатия до 37 нед.

Прерывания беременности до 22 недель относятся к самопроизвольным выкидышам, прерывание после 22 недель является преждевременными родами, так как возможно рождение незрелого, но жизнеспособного ребенка. Самопроизвольный аборт — самое частое осложнение беременности. С каждым годом число самопроизвольных выкидышей растет и этому способствует множество факторов: рост возраста первородящих, курение и алкоголизм среди женского населения, рост числа экстрагенитальных патологий, ЗППП. Частота составляет от 10 до 20% всех клинически диагностированных беременностей. Около 80% этих потерь происходит до 12 нед беременности. При учёте беременностей по определению уровня ХГЧ частота потерь возрастает до 31%, причём 70% этих абортов происходит до того момента, когда беременность может быть распознана клинически. В структуре спорадических ранних выкидышей 1/3 беременностей прерывается в сроке до 8 нед по типу анэмбрионии.

## Классификация

По клиническим проявлениям различают:

- угрожающий аборт;
- начавшийся аборт;
- аборт в ходу (полный и неполный);
- НБ.

Классификация самопроизвольных абортов, принятая ВОЗ, немного отличается от таковой, используемой в РФ, объединив начавшийся выкидыш и аборт в ходу в одну группу — *неизбежный аборт* (т.е. продолжение беременности невозможно).

## Этиология

Лидирующим фактором в этиологии самопроизвольного прерывания беременности выступает хромосомная патология, частота которой достигает 82–88%.

Наиболее частые варианты хромосомной патологии при ранних самопроизвольных выкидышах — аутосомные трисомии (52%), моносомии X (19%), полиплоидии (22%). Другие формы отмечают в 7% случаев.

В 80% случаев вначале происходит гибель, а затем экспульсия плодного яйца.

Вторым по значимости среди этиологических факторов выступает метроэндометрит различной этиологии, обуславливающий воспалительные изменения в слизистой оболочке матки и препятствующий нормальной имплантации и развитию плодного яйца. Хронический продуктивный эндометрит, чаще аутоиммунного генеза, отмечен у 25% так называемых репродуктивно здоровых женщин, прервавших беременность путём искусственного аборта, у 63,3% женщин с привычным невынашиванием и у 100% женщин с НБ.

Среди других причин спорадических ранних выкидышей выделяют анатомические, эндокринные, инфекционные, иммунологические факторы, которые в большей мере служат причинами привычных выкидышей.

## **Факторы риска**

Возраст выступает одним из основных факторов риска у здоровых женщин. По данным, полученным при анализе исходов 1 млн беременностей, в возрастной группе женщин от 20 до 30 лет риск самопроизвольного аборта составляет 9–17%, в 35 лет — 20%, в 40 лет — 40%, в 45 лет — 80%.

Паритет. У женщин с двумя беременностями и более в анамнезе риск выкидыша выше, чем у нерожавших женщин, причём этот риск не зависит от возраста.

Наличие самопроизвольных абортов в анамнезе. Риск выкидыша возрастает с увеличением числа таковых. У женщин с одним самопроизвольным выкидышем в анамнезе риск составляет 18–20%, после двух выкидышей он достигает 30%, после трёх выкидышей — 43%. Для сравнения: риск выкидыша у женщины, предыдущая беременность которой закончилась успешно, составляет 5%.

Курение. Потребление более 10 сигарет в день увеличивает риск самопроизвольного аборта в I триместре беременности. Эти данные наиболее показательны при анализе самопроизвольного прерывания беременностей у женщин с нормальным хромосомным набором. Применение нестероидных противовоспалительных средств в период, предшествующий зачатию. Получены данные, указывающие на негативное влияние угнетения синтеза ПГ на успешность имплантации. При использовании нестероидных противовоспалительных средств в период, предшествующий зачатию, и на ранних этапах беременности частота выкидышей составила 25% по сравнению с 15% у женщин, не получавших препараты данной группы.

Лихорадка (гипертермия). Увеличение температуры тела выше 37,7 °С приводит к увеличению частоты ранних самопроизвольных абортов.

Травма, включая инвазивные методы пренатальной диагностики (хориоцентез, амниоцентез, кордоцентез), — риск составляет 3–5%.

Употребление кофеина. При суточном потреблении более 100 мг кофеина (4–5 чашек кофе) риск ранних выкидышей достоверно повышается, причём данная тенденция действительна для плода с нормальным кариотипом.

Воздействие тератогенов (инфекционных агентов, токсических веществ, лекарственных препаратов с тератогенным эффектом) также служит фактором риска самопроизвольного аборта.

Дефицит фолиевой кислоты. При концентрации фолиевой кислоты в сыворотке крови менее 2,19 нг/мл (4,9 нмоль/л) достоверно увеличивается риск самопроизвольного аборта с 6 до 12 нед беременности, что сопряжено с большей частотой формирования аномального кариотипа плода. Гормональные нарушения, тромбофилические состояния служат в большей мере причинами не спорадических, а привычных выкидышей, основной причиной которых выступает неполноценная лютеиновая фаза.

По данным многочисленных публикаций, от 12 до 25% беременностей после ЭКО заканчиваются самопроизвольным абортом.

## **Клиническая картина и диагностика**

В основном больные жалуются на кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота и в пояснице при задержке менструации.

В зависимости от клинической симптоматики различают угрожающий самопроизвольный аборт, начавшийся, аборт в ходу (неполный или полный) и НБ.

Угрожающий аборт проявляется тянущими болями внизу живота и пояснице, могут быть скудные кровянистые выделения из половых путей. Тонус матки повышен, шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт, тело матки соответствует сроку беременности. При УЗИ регистрируют сердцебиение плода.

При начавшемся аборте боли и кровянистые выделения из влагалища более выражены, канал шейки матки открыт.

При аборте в ходу определяются регулярные схваткообразные сокращения миометрия. Величина матки меньше предполагаемого срока беременности, в более поздние сроки беременности возможно подтекание ОВ. Внутренний и наружный зев открыты, элементы плодного яйца в канале шейки матки или во влагалище. Кровянистые выделения могут быть различной интенсивности, чаще обильные.

Неполный аборт — состояние, сопряжённое с задержкой в полости матки элементов плодного яйца.

Отсутствие полноценного сокращения матки и смыкания её полости приводит к продолжающемуся кровотечению, что в некоторых случаях служит причиной большой кровопотери и гиповолемического шока.

Чаще неполный аборт наблюдают после 12 нед беременности в случае, когда выкидыш начинается с излития ОВ. При бимануальном исследовании матка меньше предполагаемого срока беременности, кровянистые выделения из канала шейки матки обильные, с помощью УЗИ в полости матки определяют остатки плодного яйца, во II триместре — остатки плацентарной ткани.

Полный аборт чаще наблюдают в поздние сроки беременности. Плодное яйцо выходит полностью из полости матки.

Матка сокращается, кровотечение прекращается. При бимануальном исследовании матка хорошо контурируется, размером меньше срока гестации, канал шейки матки может быть закрыт. При полном выкидыше с помощью УЗИ определяют сомкнутую полость матки. Могут быть небольшие кровянистые выделения.

Инфицированный аборт — состояние, сопровождающееся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровянистыми, иногда гнойными выделениями из половых путей. При физикальном осмотре определяют тахикардию, тахипноэ, дефанс мышц передней брюшной стенки,

при бимануальном исследовании — болезненную, мягкой консистенции матку; канал шейки матки расширен.

При инфицированном аборте (при микст бактериально-вирусных инфекциях и аутоиммунных нарушениях у женщин с привычным невынашиванием, отягощённым антенатальной гибелью плода акушерским анамнезом, рецидивирующим течением генитальных инфекций) назначают иммуноглобулины внутривенно (50–100 мл 10% раствора гамимуна©, 50–100 мл 5% раствора октагама© и др.). Проводят также экстракорпоральную терапию (плазмаферез, каскадная плазмофильтрация), которая заключается в физикохимической очистке крови (удаление патогенных аутоантител и циркулирующих иммунных комплексов). Применение каскадной плазмофильтрации подразумевает дезинтоксикацию без удаления плазмы. При отсутствии лечения возможна генерализация инфекции в виде сальпингита, локального или разлитого перитонита, септицемии.

Неразвивающаяся беременность (антенатальная гибель плода) — гибель эмбриона или плода при беременности сроком менее 22 нед при отсутствии экспульсии элементов плодного яйца из полости матки и нередко без признаков угрозы прерывания. Для постановки диагноза проводят УЗИ. Тактику прерывания беременности выбирают в зависимости от срока гестации. Необходимо отметить, что антенатальная гибель плода часто сопровождается нарушениями системы гемостаза и инфекционными осложнениями.

В диагностике кровотечений и выработке тактики ведения в I триместре беременности решающую роль играет оценка скорости и объёма кровопотери.

При УЗИ неблагоприятными признаками в плане развития плодного яйца при маточной беременности считают:

- отсутствие сердцебиения эмбриона с КТР более 5 мм;



- отсутствие эмбриона при размерах плодного яйца, измеренных в трёх ортогональных плоскостях, более 25 мм при трансабдоминальном сканировании и более 18 мм при трансвагинальном сканировании.

К дополнительным ультразвуковым признакам, свидетельствующим о неблагоприятном исходе беременности, относят:

- аномальный желточный мешок, не соответствующий сроку гестации (больше), неправильной формы, смещённый к периферии или кальцифицированный;

- ЧСС эмбриона менее 100 в минуту в сроке 5–7 нед;

- большие размеры ретрохориальной гематомы (более 25% поверхности плодного яйца).

## **Дифференциальная диагностика**

Самопроизвольный аборт следует дифференцировать с доброкачественными и злокачественными заболеваниями шейки матки или влагалища. При беременности возможны кровянистые выделения из эктропиона. Для исключения заболеваний шейки матки проводят осторожный осмотр в зеркалах, при необходимости кольпоскопию и/или биопсию.

Кровянистые выделения при выкидыше дифференцируют с таковыми при ановуляторном цикле, которые нередко наблюдают при задержке менструации. Отсутствуют симптомы беременности, тест на  $\beta$ субъединицу ХГЧ отрицательный. При бимануальном исследовании матка нормальных размеров, не размягчена, шейка плотная, нецианотичная. В анамнезе могут быть аналогичные нарушения менструального цикла.

Дифференциальную диагностику также проводят с пузырным заносом и внематочной беременностью.

При пузырном заносе у 50% женщин могут быть характерные выделения в виде пузырьков; матка может быть больше срока предполагаемой беременности. Характерная картина при УЗИ.

При внематочной беременности женщины могут жаловаться на кровянистые выделения, билатеральные или генерализованные боли; нередко обморочные состояния (гиповолемия), чувство давления на прямую кишку или мочевого пузыря, тест на вХГЧ положительный. При бимануальном исследовании отмечается болезненность при продвижении за шейку матки. Матка меньших размеров, чем должна быть на сроке предполагаемой беременности.

Можно пропальпировать утолщенную маточную трубу, нередко выбухание сводов. При УЗИ в маточной трубе можно определить плодное яйцо, при её разрыве обнаружить скопление крови в брюшной полости. Для уточнения диагноза показаны пункция брюшной полости через задний свод влагалища или диагностическая лапароскопия.

## Лечение

Цель лечения угрозы прерывания беременности — расслабление матки, остановка кровотечения и пролонгирование беременности в случае наличия в матке жизнеспособного эмбриона или плода. В США, странах Западной Европы угрожающий выкидыш до 12 нед не лечат, считая, что 80% таких выкидышей — «естественный отбор» (генетические дефекты, хромосомные aberrации).

В РФ общепринята другая тактика ведения беременных с угрозой выкидыша. При этой патологии назначают постельный режим (физический и сексуальный покой), полноценную диету, гестагены, витамин Е, метилксантины, а в качестве симптоматического лечения — спазмолитические препараты (дротаверин, свечи с папаверином), растительные седативные лекарственные средства (отвар пустырника, валерианы).

### Немедикаментозное лечение

В диету беременной обязательно должны быть включены олигопептиды, полиненасыщенные жирные кислоты.

## Медикаментозное лечение

Гормональная терапия включает натуральный микронизированный прогестерон по 200-300 мг/сут (предпочтительнее) или дидрогестерон по 10 мг два раза в сутки, витамин Е по 400 МЕ/сут.

Дротаверин назначают при выраженных болевых ощущениях внутримышечно по 40 мг (2 мл) 2–3 раза в сутки с последующим переходом на пероральный приём от 3 до 6 таблеток в день (40 мг в 1 таблетке).

Метилксантины — пентоксифиллин (7 мг/кг массы тела в сутки). Свечи с папаверином по 20–40 мг два раза в день применяют ректально.

Подходы к терапии угрозы прерывания беременности принципиально различаются в РФ и за рубежом. Большинство иностранных авторов настаивает на нецелесообразности сохранения беременности сроком менее 12 нед. Необходимо отметить, что эффект от применения любой терапии — медикаментозной (спазмолитики, прогестерон, препараты магния и др.) и немедикаментозной (охранительный режим) — в рандомизированных мультицентровых исследованиях не доказан.

Назначение при кровянистых выделениях беременным средств, влияющих на гемостаз (этамзилата, викасола©, транексамовой кислоты, аминокaproновой кислоты и других препаратов), не имеет под собой оснований и доказанных

клинических эффектов в силу того, что кровотечение при выкидышах обусловлено отслойкой хориона (ранней плаценты), а не нарушениями коагуляции. Наоборот, задача врача — не допустить кровопотери, приводящей к нарушениям гемостаза.

При поступлении в стационар следует провести анализ крови, определить группу крови и резуспринадлежность.

При неполном аборте нередко наблюдают обильное кровотечение, при котором необходимо оказание неотложной помощи — немедленному инструментальному удалению остатков плодного яйца и выскабливанию

стенок полостиматки. Более бережным является опорожнение матки (предпочтительнее вакуумаспирация).

В связи с тем что окситоцин может оказывать антидиуретическое действие, после опорожнения матки и остановки кровотечения введение больших доз окситоцина должно быть прекращено.

В процессе операции и после неё целесообразно введение внутривенно изотонического раствора натрия хлорида сокситоцином (30 ЕД на 1000 мл раствора) со скоростью 200 мл/ч (в ранние сроки беременности матка менее чувствительна к окситоцину). Проводят также антибактериальную терапию, при необходимости лечение постгеморрагической анемии. Женщинам с резусотрицательной кровью вводят иммуноглобулин антирезус.

Целесообразен контроль состояния матки методом УЗИ.

При полном аборте при беременности сроком менее 14–16 нед целесообразно провести УЗИ и при необходимости —выскабливание стенок матки, так как велика вероятность нахождения частей плодного яйца и децидуальной ткани в полости матки. В более поздние сроки при хорошо сократившейся матке выскабливание не производят.

Целесообразно назначение антибактериальной терапии, лечение анемии по показаниям и введение иммуноглобулина антирезус женщинам с резусотрицательной кровью.

Ведение послеоперационного периода

В послеоперационный период рекомендуют проведение профилактической антибактериальной терапии.

У женщин с ВЗОМТ в анамнезе (эндометрит, сальпингит, оофорит, tuboовариальный абсцесс, пельвиоперитонит) антибактериальную терапию следует продолжать в течение 5–7 дней.

У резусотрицательных женщин (при беременности от резусположительного партнёра) в первые 72 ч после вакуумаспирации или выскабливания при беременности сроком более 7 нед и при отсутствии резус

АТ проводят профилактику резусиммунизации введением иммуноглобулина антирезус в дозе 300 мкг (внутримышечно).

### **Дальнейшее ведение**

После выскабливания полости матки или вакуумаспирации рекомендуют исключить использование тампонов и воздерживаться от половых контактов в течение 2 нед.

Планирование следующей беременности рекомендуется не ранее чем через 3 мес, в связи с чем дают рекомендацию контрацепции на протяжении трёх менструальных циклов.

### **Прогноз.**

Как правило, прогноз благоприятный. После одного самопроизвольного выкидыша риск потери следующей беременности возрастает незначительно и достигает 18–20% по сравнению с 15% при отсутствии выкидышей в анамнезе. При наличии двух последовательных самопроизвольных прерываний беременности рекомендуют проведение обследования до наступления желанной беременности для выявления причин невынашивания у данной супружеской пары.

## **Заключение**

Самопроизвольный выкидыш практически невозможно предсказать и вылечить. Единственное, что можно сделать- профилактировать!

Методы специфической профилактики спорадического выкидыша отсутствуют. Для профилактики дефектов нервной трубки, которые частично приводят к ранним самопроизвольным абортам, рекомендуют назначение фолиевой кислоты за 2–3 менструальных цикла до зачатия и в первые 12 нед беременности в суточной дозе 0,4 мг. Если в анамнезе у женщины в течение предыдущих беременностей отмечены дефекты нервной трубки плода, профилактическую дозу следует увеличить до 4 мг/сут. Также методами профилактики являются ведение здорового образа жизни, правильное питание, физические упражнения, отсутствие случайных связей.

## **Список использованной литературы:**

1. Кулаков В.И., Серов В.Н. Руководство по безопасному материнству. М.: "Триада-Х", 2012.-530с.
2. Салов И.А. Незрвивающаяся беременность (патогенез, клиника, диагностика и лечение): Автореф.–дис. .. дра мед. наук — М.: 2008 — 43 с.
3. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности — М: ТриадаХ, 2002 — 303 с.
4. Савельева Г.М. Акушерство.М., 2012.
5. Айламазян Э.К. Акушерство. С.-Пб., 2009. – 494с.

## 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 9 группы

Ефановой Виктории Алексеевны

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 92 балла (отлично)**

РЕЦЕНЗЕНТ:  (Мигулина Н.Н.)