

Самопроизвольный аборт

Эпидемиология

Это самое частое осложнение беременности. Частота его составляет от 10 до 20% всех клинически диагностированных беременностей. Около 80% этих потерь происходит до 12 недель беременности.

1/3 самопроизвольных выкидышей происходит в сроке до 8 недель по типу анэмбрионии.

Классификация

По клиническим проявлениям различают:

- Угрожающий аборт;
- Начавшийся аборт;
- Аборт в ходу (полный и неполный);
- Неразвивающаяся беременность.

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).

Клинические проявления

При *угрожающем* аборте отмечаются ощущения тяжести или незначительные тянущие боли внизу живота.

Во время гинекологического осмотра матка реагирует на пальпацию сокращением (*приходит в тонус*), матка соответствует сроку беременности, структурных изменений со стороны шейки матки нет.

По УЗИ наблюдается гипертонус эндометрия.

При *начавшемся самопроизвольном выкидыше* шейка матки может быть несколько укорочена, наружный зев и цервикальный канал приоткрыты, матка плотная, появляются темно-вишневые кровянистые выделения. Больная жалуется на схваткообразные боли внизу живота.

По УЗИ – гипертонус эндометрия, плодное яйцо отслаивается на небольшом участке (ретрохориальная гематома).

Аборт в ходу характеризуется выраженными схваткообразными болями внизу живота, обильным кровотечением из половых путей.

Во время гинекологического исследования определяется раскрытие наружного зева и цервикального канала, плодное яйцо находится в канале шейки матки, нижний полюс его может пролабировать во влагалище.

При аборте в ходу, полном и неполном выкидыше состояние беременной зависит от кровопотери. Острая кровопотеря может приводить к геморрагическому шоку и гибели пациентки.

При *неполном аборте*, когда плодное яйцо частично изгоняется из полости матки, в матке обычно задерживаются плодные оболочки, плацента или её часть → матка не сокращается → кровотечение не останавливается.

При полном аборте плодное яйцо полностью изгоняется из полости матки → матка сокращается → кровотечение прекращается.

Угрожающий аборт

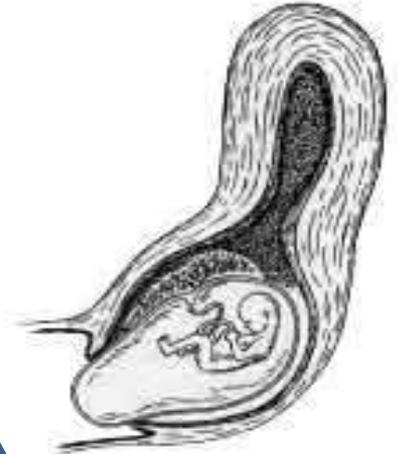


Начавшийся аборт



Неполный аборт

Аборт в ходу



Полный аборт

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 недель не лечат, считая, что 80% таких выкидышей – «естественный отбор» (генетические дефекты, хромосомные абберации).

В РФ общепринята другая тактика ведения беременных с угрозой выкидыша. При этой патологии назначают постельный режим, физический и сексуальный покой, полноценную диету, фолиевую кислоту, витамин Е, а в качестве симптоматического лечения – спазмолитические препараты (дротаверин, но-шпа, свечи с папаверином), растительные седативные лекарственные препараты (отвар пустырника, валериана), кровоостанавливающие препараты (этамзилат натрия – дицинон, викасол, транексамовая кислота), сульфат магния в/в кап., либо дозатором. По строгим показаниям назначается гормональная терапия – гестагены (Дюфастон, Утрожестан, Прогестерон).

Больным с абортом в ходу и неполным выкидышем, с целью остановки кровотечения, показано немедленное инструментальное удаление остатков плодного яйца и выскабливание стенок полости матки (предпочтительнее вакуум-аспирация). В дальнейшем таким больным показана противовоспалительная, антибактериальная и кровоостанавливающая терапия в условиях гинекологического стационара, с последующим курсом реабилитации в женской консультации после выписки пациентки.

Неразвивающаяся беременность

Неразвивающаяся беременность (замершая беременность) – прекращение развития плодного яйца: гибель эмбриона или плода до гестационного срока 22 недели.

Эпидемиология

Частота невынашивания беременности в популяции составляет 20%. Невынашивание беременности составляет 45 – 88,6% от числа самопроизвольных выкидышей на ранних сроках.

Классификация

По результатам УЗИ выделяют два типа НБ:

1. Анэмбриония
2. Гибель эмбриона (плода)

Этиология и патогенез

НБ – полиэтиологическое осложнение беременности, наиболее частой причиной является хронический эндометрит с персистенцией условно-патогенных микроорганизмов и/или вирусов. При первичном инфицировании на ранних сроках беременности возможны повреждения эмбриона, несовместимые с жизнью, приводящие к самопроизвольному выкидышу.

Возможны и другие факторы, способствующие НБ:

- Анатомические аномалии;
- Хромосомные дефекты;
- Нарушения свертывающей системы крови.

В основе патогенеза развития НБ лежит хронический эндометрит → повышенный синтез повреждающих цитокинов → аномальная инвазия и повреждение трофобласта на ранних сроках беременности → гибель эмбриона.

Клиническая картина

Клиническая картина неразвивающейся беременности имеет характерные особенности:

1. Исчезновение субъективных признаков беременности:

- Исчезновение тошноты, рвоты, слюнотечения (характерные субъективные признаки в первом триместре);
- Женщина отмечает прекращение шевеления плода (во второй половине беременности);
- Молочные железы уменьшаются в размерах и становятся мягче (возникает на 3 – 6-е сутки после гибели плода).

2. При задержке мертвого плода в матке свыше 3 – 4 недель 10% женщин отмечают общее недомогание, слабость, головокружение, повышение температуры тела.

3. Клинические признаки НБ:

- Боли внизу живота;
- Кровянистые выделения из половых путей;
- Отставание размеров матки от предполагаемого срока беременности.

Диагностика

Диагностика неразвивающейся беременности основана на:

- данных внутреннего и наружного гинекологического исследования (отставание размеров матки от гестационного срока, выделения из половых путей);
- данных эхографического исследования: отсутствие эмбриона в полости плодного яйца (анэмбриония), отсутствие сердечной пульсации или сердцебиения плода; отсутствие роста плодного яйца в динамическом наблюдении; несоответствие размеров эмбриона, желточного мешка гестационному сроку.

Тактика

Тактика ведения пациенток с подтвержденным диагнозом «неразвивающаяся маточная беременность/анэмбриония/погибшая маточная беременность» - удаление плодного яйца/плода.

В ранние сроки плодное яйцо удаляют одномоментно путем инструментального опорожнения полости матки, с расширением цервикального канала кюретажа или используют вакуум-аспирацию.

При прерывании НБ во II триместре используют:

- интраамниальное введение путем трансцервикального или трансвагинального амниоцентеза 20% раствора натрия хлорида;
- использование антипрогестагена («Мифепристон») в сочетании с простагландинами («Энзапрост»);
- изолированное применение простагландинов.

Презентация окончена)

Спасибо за внимание!