

Невынашивание беременности. Прегравидарная подготовка женщин.



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

Г.К. Омарова

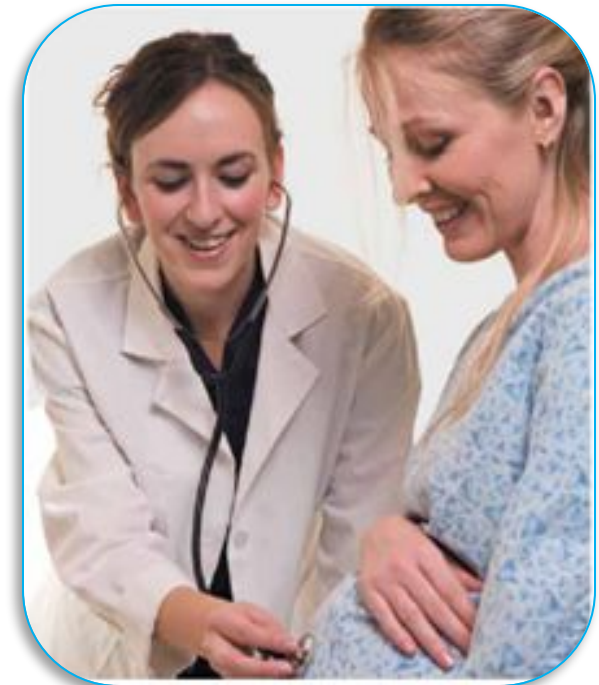


*Есть два способа прожить свою жизнь.
Один так, как будто чудес не бывает.
А другой так, как будто все есть чудо.*

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

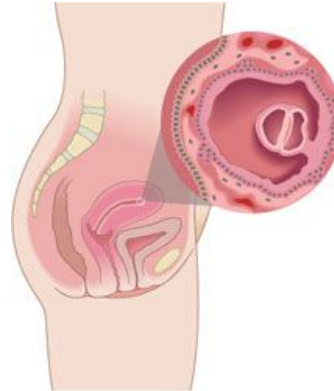
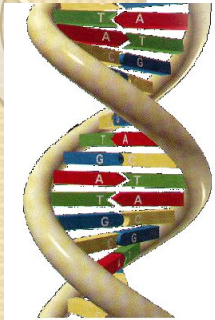


Иммунологические причины



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

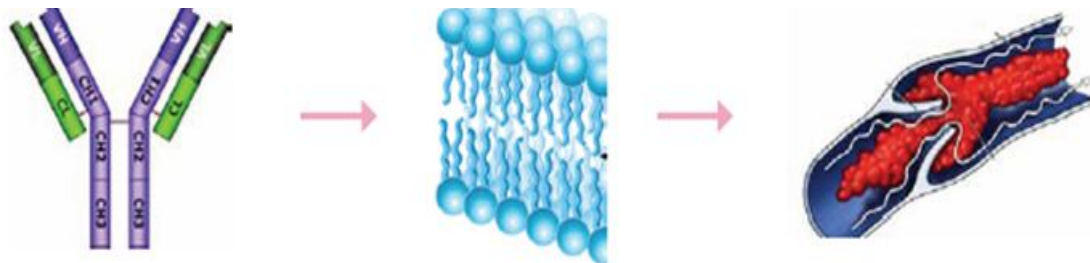
Иммунный ответ организма матери на имплантацию плодного яйца может вызвать фатальный для плода иммунологический конфликт



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

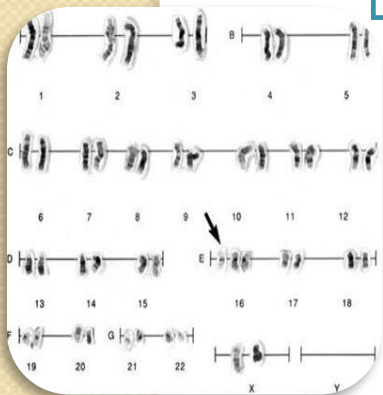
- 1. Миома матки**
- 2. Полипы эндометрия нарушают процесс имплантации.**
- 3. Синдром Ашермана - облитерация полости матки соединительной тканью, развившейся после повреждения эндометрия:**
 - ❑ Чрезмерная дилатация и кюретаж (особенно по поводу послеродового кровотечения, септического аборта, неразвивающейся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

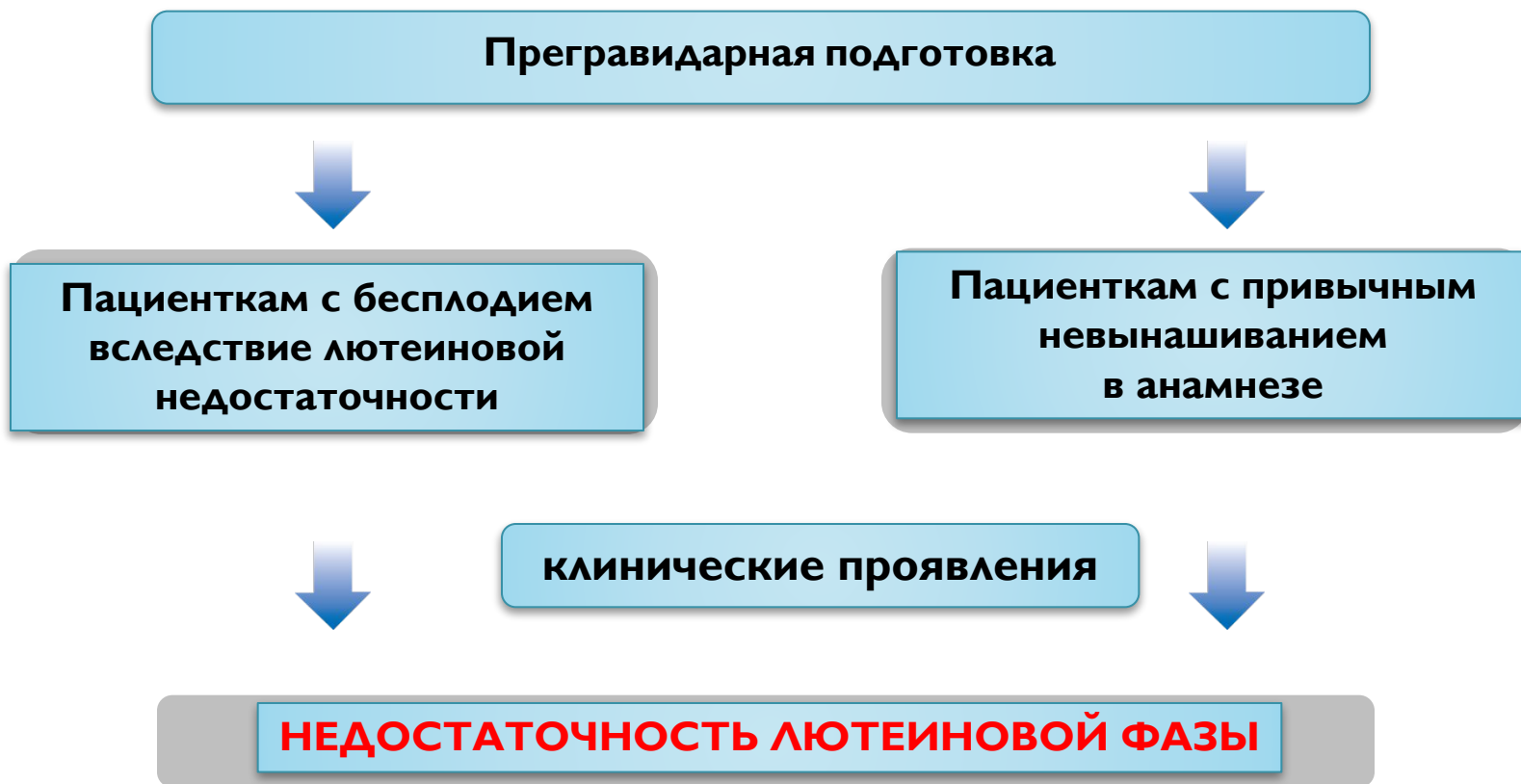
Включает в себя:

- 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, особенное 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 α -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!!!***

