

Самопроизвольный аборт и его профилактика

Самчук Петр Михайлович
профессор кафедры акушерства и
гинекологии ГОУ ИГМУ,
доктор медицинских наук



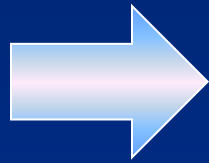
МКБ – 10:

- 003 - Самопроизвольный аборт;
- 002.1 - Несостоявшийся выкидыш;
- 020.0 - Угрожающий аборт.



Эпидемиология

Частота



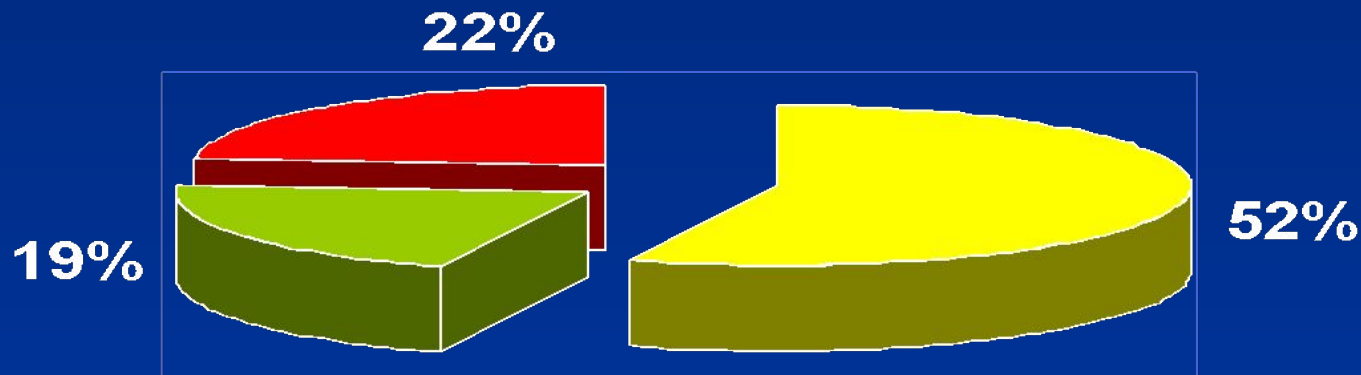
**1/3 беременностей
прерывается до 8
недель
по типу
анэмбрионии**

**от 10 до 20%
всех клинически
диагностированны
х
беременностей**

**Около 80%
выкидышей -
до 12 недель
беременности.**

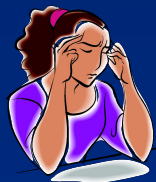
ЭТИОЛОГИЯ

**50% спорадических ранних выкидышей
- хромосомные дефекты**



■ **ТРИСОМИИ** ■ **МОНОСОМИИ** ■ **ПОЛИСОМИИ**

Факторы риска невынашивания беременности



A-Г
анамнез

спорадиче
ские
ранние
ВЫКИДЫШИ

Экстрагенитал
ьяная
патология

Осложнени
я
беременнос
ти

Социально-
экономическ
ие



Стадии самопроизвольного аборта

- **угрожающий аборт** (беременность может продолжаться)
- **аборт в ходу** (беременность не может продолжаться и переходит в стадию неполного/полного аборта);
- **неполный аборт** (фрагменты зародыша выделены частично)
- **полный аборт** (фрагменты зародыша выделены полностью).



ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПЛОДА.



Плодный пузырь может быть визуализирован на 5 неделе от дня последней менструации, а сам плод на 7 неделе.

Жизнеспособность плода констатируется наблюдением сокращений сердца, а его гибель – отсутствием таковых.

***Анэмбриония** - составляет самую большую группу среди причин спонтанного прерывания беременности на ранних сроках, диагностируется по отсутствию визуализации экоструктур плода при самом тщательном обследовании.*

ПРОФИЛАКТИКА САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА

Методы специфической профилактики спорадического выкидыша отсутствуют.

Фолиевая кислота за 2 – 3 менструальных цикла до зачатия и в первые 12 недель беременности в суточной дозе 0,4 мг - для профилактики дефектов нервной трубки, которые частично приводят к ранним самопроизвольным выкидышам.

Если в анамнезе у женщины в течение предыдущих беременностей отмечены дефекты нервной трубки плода, профилактическая доза должна быть увеличена до 4 мг/сут.

Постельный режим и госпитализация

Согласно рекомендациям, принятым в нашей стране, угрожающий выкидыш является показанием к госпитализации в стационар.

Даже при жизнеспособном эмбрионе нет достаточных оснований для назначения постельного режима. Поэтому окончательное решение следует предоставить самой женщине, должна ли она придерживаться постельного режима или нет.



ГОРМОНЫ

ХГЧ

???

Прогестагены

агонисты
Лютеинизирующего
гормона

ИММУНОТЕРАПИЯ

Иммуноterapia может предлагаться для некоторых женщин с невыясненной причиной привычного выкидыша, имеющих при этом одного и того же партнера.



МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Цель лечения – расслабление матки, остановка кровотечения и пролонгирование беременности при наличии в матке жизнеспособного эмбриона или плода.



Угроза прерывания в 1 триместре беременности

- Седативная и антистрессовая терапия

Валерианы корневища с корнями, внутрь или

Пустырника трава, настойка, внутрь

Магния лактат/пиридоксин 470 мг

(содержит 48мг. магния/ 5 мг. внутрь 2тб. 2 р/сут).

- Спазмолитическая терапия

Дротаверин внутрь 40 – 80 мг. 2 -3 р/сут.,

при выраженной боли:

Дротаверин в/м 40 – 80 мг. 2 – 3 р/сут.

Длительность применения спазмолитиков определяется клиническими проявлениями угрозы прерывания от 2 -3 дней до 2 -3 недель.

- **Кровоостанавливающая терапия**

Транексамовая кислота в/в капельно 5 – 10мл (250 – 500 мг.) в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида, 2 – 3 раза в сут, до остановки кровотечения, затем внутрь 250 – 500 мг 3 р/сут.

Этамзилат в/в или в/м 250 – 500 мг 2 р/сут, до остановки кровотечения

При кровотечении, обусловленном активацией фибринолиза и тромбоцитопенией, назначают аминотетилбензойную кислоту.



Обучение пациента

Пациентки должны быть проинформированы о необходимости обращения к врачу во время беременности:

- при появлении болей внизу живота, в пояснице,***
- при возникновении кровянистых выделений из половых путей.***



Благодарю за внимание!

