

**Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»**



Кафедра акушерства и гинекологии № 2

Лекция на тему:

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

**К.МЕД.Н., ДОЦЕНТ
ПРУГЛО А.К.**

г.Симферополь 2019г.

Невынашивание беременности – это самопроизвольное прерывание ее в различные сроки от зачатия до 37 недель.

Частота этого осложнения варьирует от 10 до 25 % и не имеет тенденции к снижению. Приблизительно 15 % распознанных беременностей заканчиваются невынашиванием беременности.

КЛАССИФИКАЦИЯ

(согласно Протоколу “Привычное невынашивание беременности (привычный выкидыш)” от 03.11.2008 № 624

- ✓ *ранний спонтанный аборт* - спонтанное (самопроизвольное) прерывание беременности до 11 недель + 6 дней;
- ✓ *поздний спонтанный аборт* - с 12 недель до 21 недели + 6 дней;
- ✓ *преждевременные роды* - с 22 недель до 36 недель + 6 дней

ЭТИОЛОГИЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Материнские факторы

```
graph TD; A[Материнские факторы] --> B[Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез]; A --> C[Осложнения текущей беременности]; A --> D[Экстрагенитальная патология]; A --> E[Социально-экономические факторы];
```

***Отягощенный
акушерско-
гинекологический
анамнез***

***Осложнения текущей
беременности***

***Экстрагенитальная
патология***

***Социально-
экономические
факторы***

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез

Осложнения текущей беременности

Аборты, внематочные беременности

Предлежание плаценты

Преждевременные роды

Преждевременная отслойка плаценты

Генитальный инфантилизм

Истмико-цервикальная недостаточность

Нарушения менструальной функции

Тяжелый гестоз

*Эндометриты, цервициты
Эндометриоз, миома*

Антифосфолипидный синдром

*Экстрагенитальная
патология*

*Социально-экономические
факторы*

*Инфекционные болезни во
время беременности*

Стрессовые ситуации

Эндокринные болезни

*Большие физические
нагрузки*

*Тяжелые соматические
болезни*

*Плохие материально-
бытовые условия*

*Слишком молодой
или пожилой возраст*

ПЛОДОВЫЕ ФАКТОРЫ

*Генетические (хромосомные)
нарушения*

*Внутриутробное
инфицирование*

Резус-конфликт

Многоводие

Многopлодие

Неправильное предлежание

ЭТИОЛОГИЯ

Механизмами прерывания беременности при гормональных расстройствах являются:

- недостаточная подготовка эндометрия к беременности,
- неполноценная имплантация плодного яйца,
- повышенная возбудимость миометрия,
- первичная плацентарная недостаточность во II триместре
- нарушения развития плода.

Анатомические причины:

Истмико - цервикальная недостаточность, развивающаяся в результате травм шейки матки во время родов, абортов или каких - либо воздействий на шейку матки, является основной причиной невынашивания беременности (до 40 %) во II триместре;

В 10 - 15 % случаев причиной невынашивания являются пороки развития матки (внутриматочная перегородка, двурогая, седловидная, однорогая или двойная матка); в 5 - 6 % - опухоли матки и придатков (миома матки, киста, кистома яичника), послеоперационный рубец на матке.

Генетические причины

Около 50 % репродуктивных потерь принадлежит хромосомным и геномным мутациям, а эмбрионы с хромосомными аномалиями составляют до 73 % среди абортов ранних сроков.

При грубых хромосомных нарушениях (три- и тетраплодия) беременность прерывается в сверхранние и ранние сроки (до 3 - 4 недель).

Тем самым осуществляется естественный отбор, более 95 % всех возникающих мутаций заканчивается прерыванием.

Инфекционные заболевания матери

Латентно и хронически протекающие заболевания мочеполовых органов (хламидиоз и микоплазмоз, гонорея, трихомониаз, листериоз, токсоплазмоз), вирусные заболевания (грипп и парагрипп, цитомегаловирус, краснуха, вирус простого герпеса) и другие.

При этом возможно непосредственное поражение плодного яйца (плаценты, оболочек и эмбриона) трансплацентарно или восходящим путем, тератогенное (до 9-12 недель) воздействие гипертермии и интоксикации матери с последующей гибелью эмбриона.

Нарушение иммунных реакций организма женщины

Плод является наполовину чужеродным для матери организмом, потому что половину своих белков он наследует от отца.

Созревание зародыша происходит при условии полной гетерозиготности матери и плода по антигенам тканевой совместимости. При беременности возможно развитие сенсбилизации матери к тканевым антигенам плода. Кроме того, в невынашивании беременности может иметь значение аутоиммунное состояние, обусловленное появлением аутоантител к хорионическому гонадотропину (ХГЧ).

КЛАССИФИКАЦИЯ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ

**Самопроизвольные аборты
(спонтанные выкидыши)**

**Раннего срока
(до 12 недель)**

**Позднего срока
(до 22 недель)**

Преждевременные роды (ПР)

**Очень ранние ПР
(22-27 недель)**

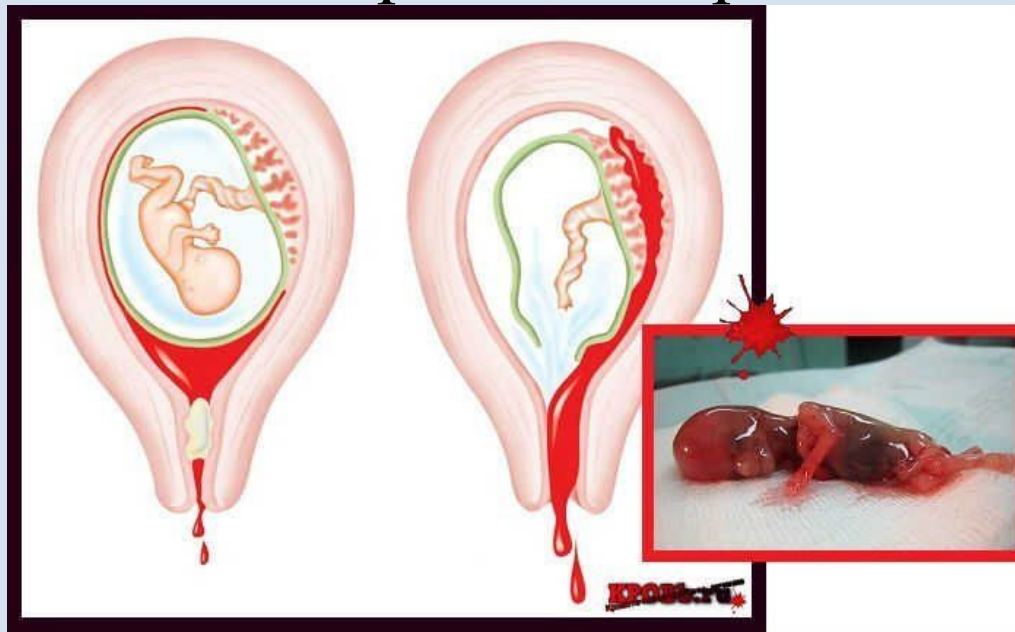
**Ранние ПР
(28-33 недели)**

**Собственно ПР
(34-37 недель)**

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ (ВЫКИДЫШ)

Самопроизвольные выкидыши происходят в 15—20 % всех желанных беременностей.

Считают, что самопроизвольные выкидыши в I триместре служат проявлением естественного отбора. Подтверждением этого является тот факт, что при исследовании абортного материала находят от 60 до 80 % эмбрионов с хромосомными аномалиями.



- Для самопроизвольного прерывания беременности характерно появление сокращений матки, приводящих к отслойке плодного яйца и изгнанию его из полости матки.



Плодное яйцо в полости матки

Угрожающий аборт

Угрожающий аборт — повышение сократительной активности матки, плодное яйцо сохраняет связь со стенкой матки.

Клинически проявляется ощущением тяжести или несильными тянущими болями внизу живота и в области крестца. При позднем аборте могут отмечаться схваткообразные боли. Кровяные выделения отсутствуют. Шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт, тонус матки повышен.



ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ УГРОЖАЮЩЕГО АБОРТА

- При наличии клинических признаков угрожающего аборта в сроке беременности менее 8 недель и неблагоприятных признаков прогресса беременности проведение терапии, направленной на сохранение беременности не рекомендуется.
- Если пациентка настаивает на проведении терапии, направленной на сохранение беременности, она должна быть соответствующим образом проинформирована о :
 - высоком удельном весе хромосомных аномалий на данном сроке беременности, которые являются наиболее достоверной причиной угрозы ее прерывания;
 - низкую эффективность любой терапии.
- Причиной 70% спонтанных абортов, которые происходят на сроке до 12 недель и 30%, которые происходят на сроке после 12 недель, есть хромосомные аномалии (наследственные или приобретенные).
- Максимальное количество хромосомных аномалий элиминтируется путем спонтанного аборта в сроке 4-5 недель.
- На основе полученной информации пациентка принимает решение относительно целесообразности применения терапии, направленной на сохранение беременности.
- Решение беременной фиксируется подписанием информированного согласия.

○ При угрозе прерывания беременности в сроке больше 8 недель и при отсутствии признаков неблагоприятного прогноза применяются мероприятия, направленные на сохранение и поддержку развития беременности:

○ **Постельный режим и воздержание от половой жизни**(по данным разных исследований эффективность умеренная).

○ **Спазмолитическая терапия, Седативная терапия**(Нет доказательств эффективного и безопасного применения с целью предупреждения прерывания беременности).

○ Препараты прогестерона

○ Показание для применения прогестерона:

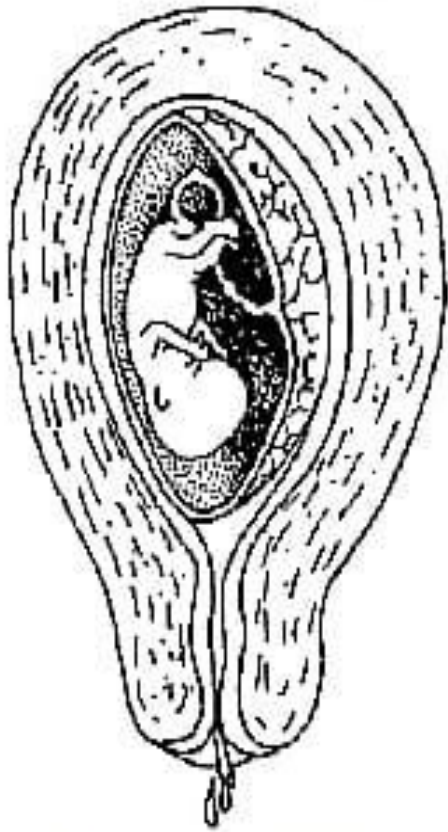
○ Наличие в анамнезе двух и больше спонтанных выкидышей в первом триместре (привычный выкидыш)

○ Доказанная до беременности недостаточность лютеиновой фазы

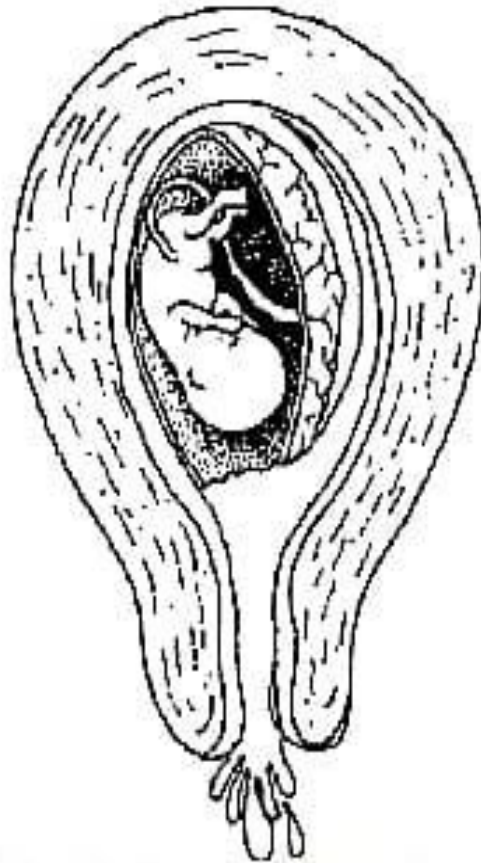
○ Вылеченное бесплодие

○ Беременность в результате вспомогательных репродуктивных технологий

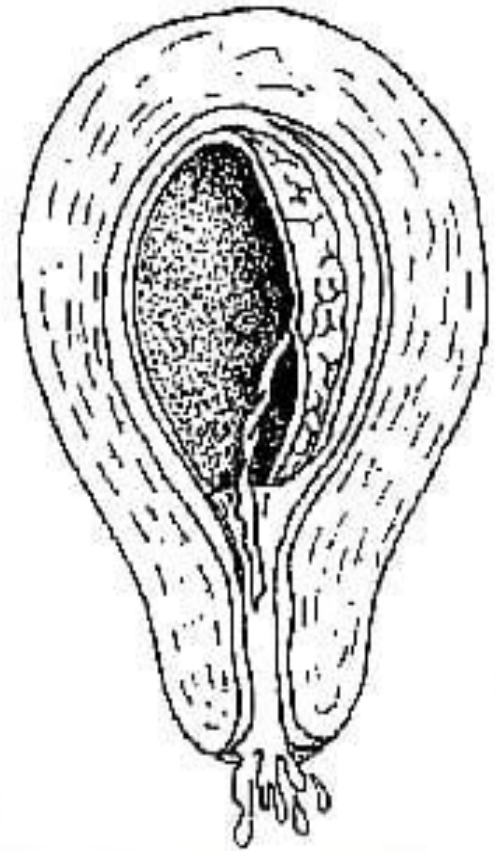




Угрожающий аборт



Начавшийся аборт



Неполный аборт

Начавшийся аборт

При начавшемся аборте на фоне усилившихся сокращений матки происходит частичная отслойка плодного яйца от ее стенки.

Усиливаются боли, схваткообразного характера, и появляются кровяные выделения из влагалища.

Плодное яйцо отслаивается на небольшом участке, поэтому величина матки соответствует сроку беременности.

Угроза выкидыша



**Неизбежный
выкидыш**



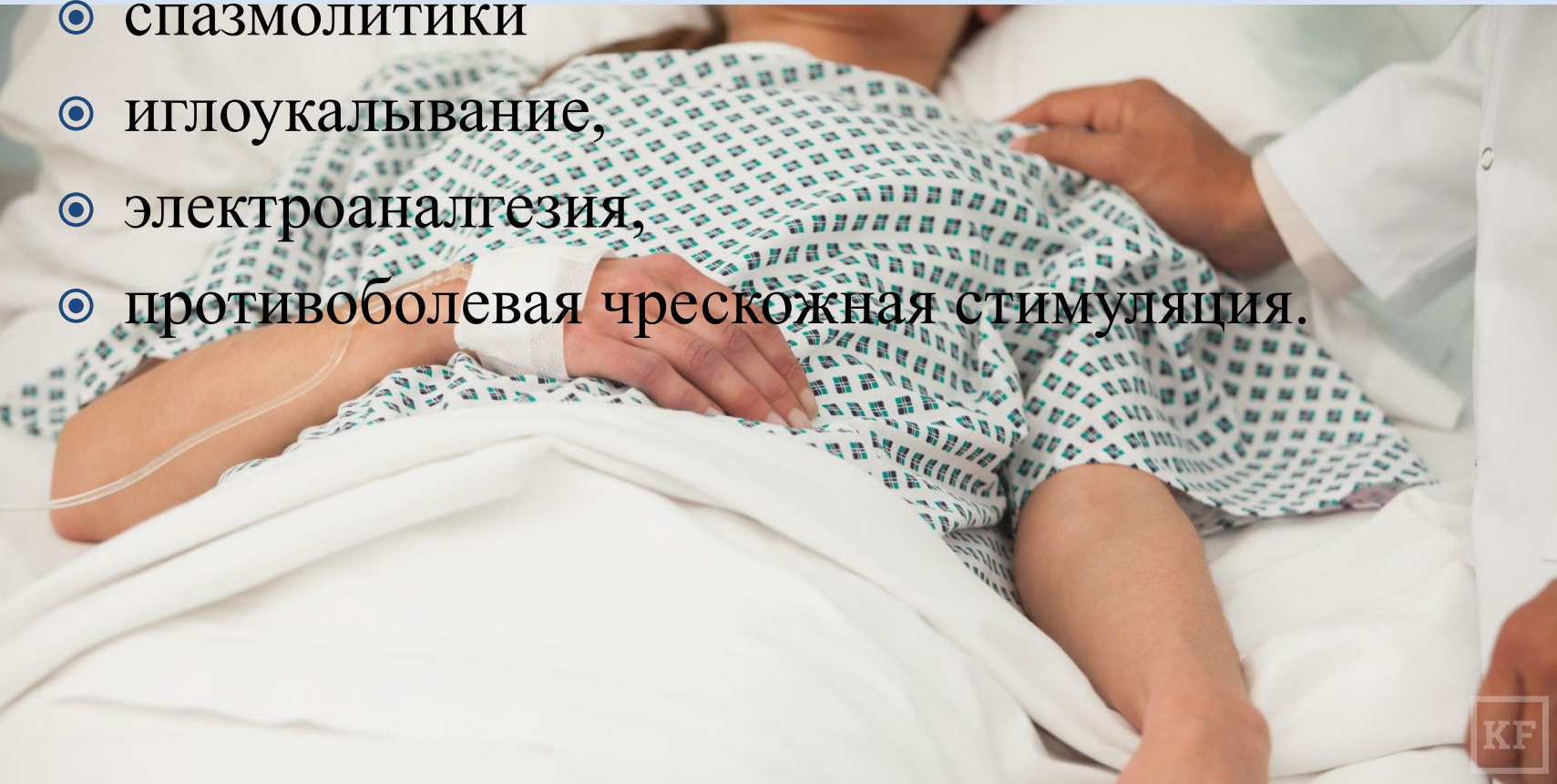
Неполный выкидыш



Лечение

Лечение угрожающего выкидыша должно быть комплексным:

- ⊙ постельный режим,
- ⊙ седативные средства,
- ⊙ спазмолитики
- ⊙ иглоукалывание,
- ⊙ электроаналгезия,
- ⊙ противоболевая чрескожная стимуляция.



- При позднем угрожающем выкидыше (после 20 нед) используют В-миметики, индометацин.
- При начавшемся аборте лечение в основном такое же, как и при угрожающем.
- Назначают этамзилат (дицинон), аскорутин. В случае недостаточности желтого тела в I триместре назначают гестагены, у беременных с гипозестрогенией возмож но применение эстрогенов. При подтекании околоплодных вод беременность сохранять нецелесообразно.



ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Роды (схватки, приводящие к открытию шейки матки), начавшиеся до 37 недель, считаются преждевременными. Факторы риска включают ПРПО, поражения матки, инфекции, несостоятельность шейки матки, преждевременные роды в анамнезе, многоплодную беременность, патологию плаценты. Диагноз ставится на основе клинических данных. Выявляют причины и по возможности их устраняют.

Классификация ПР в соответствии со сроком гестации:

- до 28 недель (27 недель 6 дней включительно) - очень ранние ПР, 5% всех преждевременных родов. При этом новорожденные являются глубоко недоношенными, имеют экстремально низкую массу тела (до 1000 г), выраженную незрелость легких (хотя в ряде случаев профилактика РДС эффективна). Прогноз для них крайне неблагоприятный. Показатели заболеваемости и смертности новорожденных крайне высокие.
- 28-30 недель 6 дней - ранние ПР, около 15% всех преждевременных родов. Для новорожденных (тяжелая недоношенность) характерна очень низкая масса тела (до 1500 г), легкие плода незрелые, с помощью кортикостероидов удается добиться их ускоренного созревания. Исход родов для плода и постнатальный прогноз более благоприятны.
- 31-33 недели 6 дней - преждевременные роды, около 20% всех преждевременных родов. У новорожденных имеет место недоношенность средней степени.
- 34-36 недель 6 дней - поздние преждевременные роды, 70% всех преждевременных родов. Легкие плода практически зрелые и не требуют введения средств для стимуляции созревания (сурфактанта). Инфекционная заболеваемость новорожденных, родившихся в 34-37 недель беременности, значительно ниже, чем родившихся в более ранние сроки. Пролонгирование беременности при этом сроке не оказывает существенного влияния на показатели смертности новорожденных

Преждевременные роды могут быть спровоцированы:

- преждевременным разрывом околоплодных оболочек;
- хориоамнионитом;
- восходящей внутриутробной инфекцией (обычно из-за стрептококков группы В);
- многоплодной беременностью;
- аномалиями плода или плаценты,
- патологиями матки;
- пиелонефритом
- некоторыми заболеваниями, передающимися половым путем (ЗППП).

ДИАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Диагностика преждевременных родов связана с определенными трудностями, так как отсутствует специфическая симптоматика.

Диагноз начала преждевременных родов может быть уточнен с помощью трансвагинального УЗИ с измерением длины шейки матки или определения фибронектина плода в шейечно-влагищном секрете. В целях определения риска преждевременных родов используют доступные в нашей стране экспресс-тест-системы для определения фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ГТСИФР-1) в цервикальном секрете [32,33,34,35]. Указанные методы повышают диагностическую точность и снижают риск ятрогенных осложнений, так как препятствуют гипердиагностике преждевременных родов.

Для диагностики активных преждевременных родов важны два показателя: регулярные схватки (не менее 4 за 20 мин наблюдения) и динамические изменения шейки матки (укорочение и сглаживание).

Степень раскрытия шейки матки является индикатором прогноза эффективности токолиза. При раскрытии зева более 3 см (признак активной фазы первого периода) токолиз скорее всего будет неэффективен.

БЫСТРЫЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Клиническими проявлениями быстрых преждевременных родов являются частые болезненные продолжительные схватки. Сократительная деятельность матки при быстрых преждевременных или осложненных чрезмерно активной родовой деятельностью родах характеризуется рядом особенностей: скорость раскрытия шейки матки превышает 0,8–1 см/ч в латентную и 2,5–3 см/ч в активную фазу родов, частота схваток 5 за 10 мин и более, интенсивность схваток более 5 кПа, маточная активность 2100 АЕ (александрйские единицы) в латентную и 2430 АЕ в активную фазу родов.

С целью прогнозирования быстрых преждевременных родов необходимо при поступлении пациенток проводить запись токограмм в течение 10–20 мин для оценки интенсивности схваток, а также производить повторное влагалищное исследование через 1 ч для определения скорости раскрытия шейки матки.

Наиболее эффективными средствами для нормализации сократительной деятельности матки в родах являются ВВ-адреномиметики. Другие ингибиторы (индометацин, раствор магния сульфата) менее эффективны, и для реализации их действия требуется больше времени.

Использование токолитиков при ведении быстрых преждевременных родов способствует снижению скорости раскрытия шейки матки, более плавному течению родов и нормализации сократительной деятельности матки, что выражается в снижении частоты и интенсивности схваток, увеличении пауз между ними, наряду с отсутствием достоверного уменьшения длительности схваток.

ВЕДЕНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Средства, стимулирующие сокращения матки, следует вводить осторожно. Наиболее эффективным методом родостимуляции является сочетанное применение окситоцина (2,5 ЕД) и простагландина F2a (2,5 мг в 500 мл 0,9 % раствора натрия хлорида).

Их следует вводить, начиная с 5–8 капель в минуту. В дальнейшем дозу увеличивают каждые 10–20 мин на 4–5 капель до появления регулярных схваток с частотой 3–4 за 10 мин. После этого введение утеротонических средств прекращают и внутривенно вводят 0,9 % раствор натрия хлорида.

Если регулярная родовая деятельность в дальнейшем продолжается, то утеротонические средства используют для профилактики кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Если же родовая деятельность вновь ослабевает, то продолжают введение этих средств.

При возникновении слабости родовой деятельности во втором периоде родов можно использовать эндоназальное введение окситоцина. Для этого из ампулы, содержащей 5 ЕД окситоцина, набирают раствор в пипетку и вводят по 1–2 капли в каждую половинку носа через 20 мин.

ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ДОРОДОВОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Вероятность развития родовой деятельности при излитии околоплодных вод находится в прямой зависимости от гестационного срока: чем меньше срок, тем больше период до развития регулярной родовой деятельности (латентный период).

В пределах первых суток после преждевременного излития вод спонтанные роды в 26 % случаев начинаются при массе плода 500-1000 грамм, в 51% - при массе плода 1000-2500 грамм, в 81 % - при массе плода более 2500 грамм.

Пролонгирование беременности при сроке до 22 недель нецелесообразно из-за неблагоприятного прогноза для плода (ниже срока жизнеспособности) и высокой частоты гнойно-септических осложнений у матери. Рекомендуется прерывание беременности.

При сроке беременности 22-24 недель прогноз также неблагоприятен. Родители должны быть осведомлены, что дети, родившиеся до 24 недель, вряд ли выживут, а те, кто выживут, вряд ли будут здоровыми.

Выбор тактики ведения при ДИВ при недоношенной беременности должен быть оформлен в виде информированного согласия пациентки.

Одна из основных задач при поступлении пациентки с подозрением на отхождение вод - как можно более точно определить срок беременности, так как от этого зависит выбор тактики.

При сроке до 34 недель при отсутствии противопоказаний показана выжидательная тактика (В -3а). Однако в последнее время появились данные о нецелесообразности пролонгирования беременности более 28 нед, которое не снижает частоту тяжелых неонатальных инфекционных осложнений

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Первичная профилактика (вне беременности)

Рекомендуется:

- ограничение повторных внутриматочных манипуляций (выскабливание полости матки);
- информирование общественности о повышенном риске преждевременного рождения детей, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.

Вторичная профилактика (в период беременности)

Рекомендуется:

- внедрение антитабачных программ среди беременных (A-1a) [9]
- назначение вагинального прогестерона в капсулах беременным с короткой шейкой матки (10-25 мм) или с преждевременными родами в анамнезе

АБОРТ В ХОДУ, НЕПОЛНЫЙ И ПОЛНЫЙ АБОРТ

Плодное яйцо полностью отслаивается от стенки матки и опускается в ее нижние отделы

Аборт в ходу



- боль схваткообразного характера;
- кровотечение разной интенсивности;
- структурные изменения шейки матки .

Гинекологическое исследование:

- Тело матки меньше предполагаемого срока беременности.
- Определяются регулярные схваткообразные сокращения миометрия.
- Возможно подтекание околоплодных вод в более поздние сроки беременности.
- Внутренний и наружный зевы раскрыты.
- Элементы плодного яйца находятся в канале ш.м., нижний его полюс может выступать во влагалище.

НЕПОЛНЫЙ АБОРТ

Беременность прервалась, но в полости матки имеются задержавшиеся элементы плодного яйца. Отсутствие полноценного сокращения матки и смыкания ее полости приводит к продолжающемуся кровотечению. Чаще встречается с 12 нед. беременности, когда выкидыш начинается с излития околоплодных вод.

Гинекологическое исследование:

Матка меньше предполагаемого сроком беременности, мягкой консистенции. Канал ш.м. раскрыт, обильные кровяные выделения из цервикального канала.

Лечение:

- Удаляют остатки плодного яйца
- Внутривенное вливание кровезаменителей; окситоцина с изотоническим р-ом (30 ЕД окситоцина/1000мл р-ра – 200мл/ч)
- Антибактериальная терапия

ПОЛНЫЙ АБОРТ

Плодное яйцо полностью изгоняется из полости матки.
Матка сокращается, кровотечение прекращается.

Лечение:

- В ранние сроки – контрольное выскабливание, в более поздние сроки не производят.
- Антибиотики
- Кровезаменители



НЕСОСТОЯВШИЙСЯ ВЫКИДЫШ

Не развивающаяся беременность

- Гибель эмбриона (до 9 недель) или плода на сроке до 22 недель беременности при отсутствии экспульсии продуктов зачатия из полости матки.
- Отставание размера матки от гестационного срока. Низкий уровень β -ХГЧ.



Не развивающаяся беременность по типу гибели эмбриона. УЗИ

ДИАГНОСТИКА

Оценка состояния пациентки и DS ставится на основе анализа жалоб, физикального осмотра и дополнительных клинических исследований. УЗИ должно быть выполнено как можно быстрее.

Жалобы: на кровяные выделения из половых путей, боли внизу живота и поясничной области, возникшие на фоне задержки менструации.

Физикальное обследование:

Температура, ЧСС, ЧДД, АД; обследование области живота

Влагалищное исследование:

Осмотр при помощи зеркал: источник и объем кровотечения, наличие продуктов зачатия в цервикальном канале;

Бимануальное исследование: консистенция и длина ш.м., состояние цервикального канала и внутреннего зева ш.м, величина матки, состояние и болезненность придатков, сводов влагалища.

СЕПТИЧЕСКИЙ АБОРТ

При:

Криминальных вмешательствах

Длительном подтекании околоплодных вод

Наличии швов на шейке матки

Наличии спирали в полости матки

Стадии распространения инфекции:

- I. В процесс вовлечены эндометрий и миометрий
- II. В процесс вовлечены придатки
- III. Генерализованный перитонит и сепсис

Септический аборт

- Прерывание беременности, сопровождающееся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровяными, иногда гноевидными выделениями из половых путей.
- Физикальное обследование: тахикардия, тахипноэ, дефанс мышц ПБС.
- Гинекологическое исследование: болезненная матка мягкой консистенции.
- Воспалительный процесс чаще всего вызван золотистым стафилококком, Гр- МО, Гр+ кокками. При отсутствии лечения возможна генерализация инфекции в виде сальпингита, локального/разлитого перитонита, септицемии.

Терапия

Мониторинг жизненно важных функций

Антибиотики широкого спектра действия

Хирургическое вмешательство

Привычное невынашивание — осложнение беременности, в основе которого лежат нарушения функции репродуктивной системы.



Привычное невынашивание

- Наличие в анамнезе у женщины подряд 3 и более самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 22 нед.

Методы исследования

При ведении пациенток с привычным невынашиванием необходимо исследование репродуктивной системы супружеской пары вне беременности.



- При наступлении беременности осуществляют контроль за уровнем ХГ и ТБГ, проводят УЗИ.
- Для профилактики осложнений рекомендуется выполнить иммуноцитотерапию лимфоцитами мужа (или донора, если супруги совместимы по НЛА либо муж болел гепатитом).
- После введения лимфоцитов мужа в организме женщины увеличивается секреция белков и гормонов плаценты, в результате чего повышаются блокирующие свойства сыворотки крови беременной, исчезает угроза прерывания беременности и раннего токсикоза.

Гиперандрогения

Пациенткам с гиперандрогенией во время беременности назначают дексаметазон. Дозу препарата подбирают индивидуально под контролем экскреции 17-КС. При высоком уровне дегидроэпиандростерона и нормальном уровне экскреции 17-КС — дексаметазон принимают только до 16 нед беременности. Если же экскреция 17-КС не нормализуется, то продолжительность приема дексаметазона увеличивается, иногда до 34—35 нед.

Перед отменой дексаметазона дозу препарата постепенно снижают.

Сроки беременности 13, 20—24 и 28 не являются критическими для пациенток с гиперандрогенией из-за начала продукции гормонов плодом.

В эти сроки необходимо оценить уровень экскреции 17-КС и уточнить дозу дексаметазона.

Для этих пациенток характерна функциональная истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), поэтому после 12 нед. беременности необходим контроль за состоянием шейки матки.



◎ Лечение истмико-

цервикальной недостаточности (ИЦН)

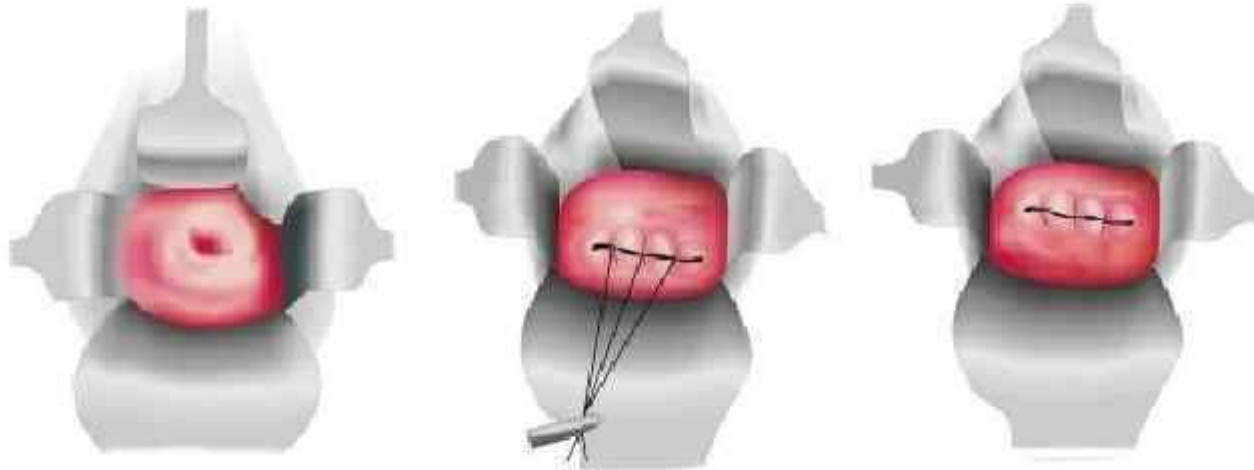
Метод, предложенный В.Сценди (1961), заключается в следующем.

Шейку матки обнажают в зеркалах. С помощью мягких кишечных зажимов фиксируют переднюю губу шейки матки и вокруг наружного зева иссекают слизистую оболочку на ширину 0,5 см.

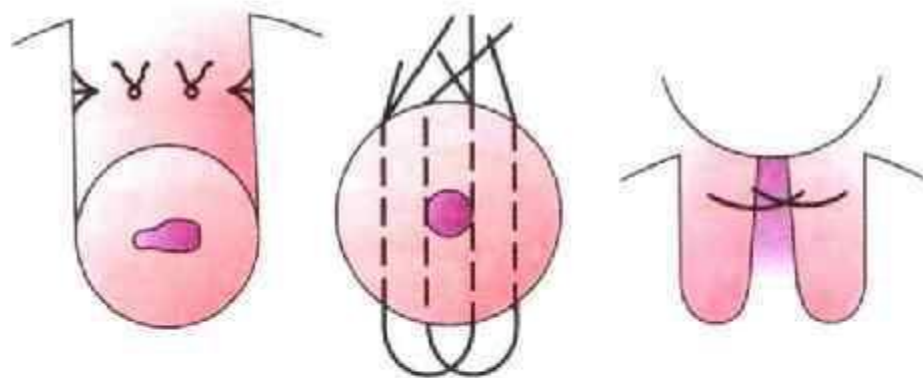
То же самое производят на задней губе шейки. После этого переднюю и заднюю губы шейки матки сшивают отдельными кетгутовыми или шелковыми швами.

Широкое применение нашла модификация Любимовой—Мамедалиевой (1978) — наложение двойного П-образного шва в области внутреннего зева

Ушивание шейки матки по методу Сценди (1961)



Двойной П-образный шов на шейку матки по методу А.И. Любимовой и Н.М. Мамедалиевой (1981)



ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ АБОРТА В ХОДУ

- ◎ **Срок беременности меньше 16 недель**
- ◎ Проводят вакуум аспирацию или кюретаж стенок полости матки в ургентном порядке под адекватным обезболиванием и мероприятия, направленные на стабилизацию гемодинамики, в зависимости от объема кровопотери. Обязательное патогистологическое исследование удаленной ткани.
- ◎ Срок беременности больше 16 недель.
- ◎ После спонтанного изгнания продукта оплодотворения проводят вакуум-аспирацию или кюретаж стенок полости матки и мероприятия, направленные на стабилизацию гемодинамики в зависимости от объема кровопотери.
- ◎ В случае кровотечения под адекватным обезболиванием:
при наличии условий проводят эвакуацию содержимого матки (не ожидают спонтанного изгнания продукта оплодотворения) и мероприятия, направленные на стабилизацию гемодинамики в зависимости от объема кровопотери; при отсутствии условий - абдоминальное прерывание беременности.

- ◎ **В случае необходимости и при отсутствии противопоказаний возможно использования утеротоников:**
- ◎ окситоцина 10 ЕД в/м или в/в капельно в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия со скоростью до 40 капель в минуту;
- ◎ эргометрина 0,2 мг в/м или в/в (в случае необходимости, возможно, повторить введение указанной дозы, максимальная суточная доза не больше 1 мг);
- ◎ мизопростол 800 мкг ректально.

Характеристика недоношенного ребенка



- ◎ **Пропорции у недоношенного** ребенка – голова относительно большая и составляет $1/3$ от длины тела. Конечности относительно короткие. Пупок расположен несколько выше над лоном.
- ◎ **Состояние кожи** - тонкая, морщинистая, темно-красного цвета, обильно покрыта сыровидной смазкой и пушком (lanugo). При значительной степени недоношенности на коже живота просматриваются сосуды разного калибра.
- ◎ **Подкожножировая клетчатка выражена слабо.** Соски и околососковые области грудных желез едва заметны. Ушные раковины плоские, легко деформируются, прижаты к голове.
- ◎ **Ногти тонкие**, у глубоконедоношенных детей не доходят до краев ногтевых лож.
- ◎ **Роднички черепа открыты.** Кости черепа на первых неделях жизни находят друг на друга, тонкие, податливые. Швы черепа в дальнейшем открываются.



Нервная система

Анатомо-физиологическая незрелость нервной системы. Для недоношенных детей характерны

- ◎ **слабость и быстрое угасание физиологических рефлексов** (у глубоко недоношенных — включая сосательный и глотательный);
- ◎ **замедленная реакция на раздражения; несовершенство терморегуляции;**
- ◎ **мышечная гипотония.**

Реакция на раздражения отличается генерализованностью, слабостью активного торможения, иррадиацией процесса возбуждения. Незрелость коры обуславливает преобладание подкорковой деятельности: движения хаотичны, возможны вздрагивания, тремор рук, клонус стоп. Повышенная проницаемость гематоэнцефалического барьера приводит к высокому риску развития билирубинового и инфекционного поражения ЦНС.

◎ Дыхательная система

Дыхание поверхностное, аритмичное, ослабленное; ЧДД - 28-76/мин, объем дыхания по сравнению с доношенными детьми снижен. Наблюдают недостаточное развитие альвеол, легочных сосудов, **сниженное содержание сурфактанта**, низкую растяжимость легких,

◎ Сердечно-сосудистая система

Пульс у недоношенного лабилен, слабого наполнения, частотой 120-160 в минуту. При глубокой недоношенности встречается пульс типа эмбриокардии.

Артериальное давление у недоношенных - систолическое – 50-80 мм рт. ст., диастолическое -20-30 мм рт. ст.

При инфекционных заболеваниях у недоношенных легко развивается недостаточность кровообращения, различные варианты кардиопатий.

◎ Желудочно-кишечный тракт

Для недоношенных характерен большой язык, отсутствие на лице жировых комочков Биша. В слюне отмечается низкое содержание лизоцима и высокая активность амилазы.

Желудок недоношенного ребенка **имеет малые размеры (2 мл/кг массы тела)**. Характерно преобладание тонуса пилорического сфинктера над кардиальным.

Активность пищеварительных ферментов снижена.

Для кишечника характерна сниженная перистальтика, монотонный характер моторики, снижение секреции иммуноглобулинов и высокий уровень пептидаз.

Система желчевыведения имеет склонность к дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу и снижению продукции желчных кислот.

Стерильная фаза в кишечнике у недоношенных, как правило, продолжается 1-е сутки жизни, а фаза заселения удлиняется до 2 недель. Нормализация кишечной флоры занимает несколько месяцев.

◎ **Иммунная система**

Находится в состоянии супрессии.

Гуморальные защитные реакции обеспечиваются в основном материнскими антителами.

Система комплемента недостаточно активна, как и многие другие факторы неспецифического и специфического иммунитета.

Недоношенный новорожденный проявляет слабую резистентность к условнопатогенной, грамотрицательной флоре; склонность к генерализации процесса, септическим состояниям и высокую чувствительность к вирусным инфекциям, которые часто протекают малосимптомно.

- ◎ **Оценка состояния ребенка по шкале Апгар** была предложена для доношенного новорожденного, но эта шкала с успехом может быть использована и при недоношенности.
- ◎ По данным многих исследователей, состояние примерно 50 % детей с массой тела до 1500 г оценивают по шкале Апгар в 0—3 балла, в то время как при массе 3000 г такую оценку получают только 5—7 % новорожденных.

Шкала Апгар

Признак	Число баллов		
	0	1	2
ЧСС	Не определяется	<100 в мин	>100 в мин
Дыхание	Отсутствует	Слабый крик, гиповентиляция	Громкий крик
Мышечный тонус	Атония	Слабое сгибание конечностей	Активные движения
Рефлекторная реакция	Отсутствует	Слабо выражена (grimace)	Хорошо выражена (крик)
Цвет кожи	Бледный, цианотичный	Туловище розовое, конечности цианотичные	Розовый

◎ Для оценки функции дыхания в момент рождения и в последующие дни у новорожденных применяют шкалу Сильвермана, в соответствии с которой дыхательная функция новорожденного характеризуется:

- 1) движением грудной клетки и втяжением передней брюшной стенки на вдохе;
- 2) втяжением межреберий;
- 3) втяжением грудины;
- 4) положением нижней челюсти и участием крыльев носа в акте дыхания;
- 5) характером дыхания (шумное, со стоном).

Каждый из этих симптомов оценивают от 0 до 2 баллов по мере нарастания его тяжести.

Сумма баллов дает представление о функции дыхания у новорожденного: чем меньше эта сумма, тем менее выражены проявления легочной недостаточности

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ:

- Изучение анамнеза (менструальная, генеративная функция заболевания)**
- Осмотр специалистов по показаниям (эндокринолога, иммунолога, генетика, нефролога, психотерапевта, ЛОР, терапевта, невролога)**
- Бактериологическое, бактериоскопическое и вирусологическое обследование на урогенитальные инфекции**
- Тесты функциональной диагностики (базальная температура), кольпоцитология**
- Определение гормонов и их метаболитов по показаниям (половые гормоны, гипофиза и щитовидной железы в крови; экскреция ДЕАС, кортизолу, 17-КС 1 7- гидропрогестерона)**
- УЗИ**

- ◎ **Состояние гипофиза (МРТ, РО -графия турецкого седла) по показаниям**
- ◎ **Иммунологическое обследование по показаниям (АВО и Rh антител; антитела к фосфолипидам, кардиолипинам р2 гликопротеида и фетальных антигенов, определения волчкового антикоагулянта)**
- ◎ **Антитела к хорионическому гонадотропину; антиспермальные и антиовариальные антитела по показаниям**
- ◎ **Генетическое обследование (кариотип супругов)**
- ◎ **Пренатальная диагностика**
- ◎ **Гистеросальпингография и гистероскопия по показаниям**
- ◎ **Гемостазиограмма Исследование системы гемостаза**
- ◎ **Определение состояния шейки матки**

ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Всех женщин после самопроизвольного аборта и преждевременных родов берут на диспансерное наблюдение, включающее специальное обследование:

- ◎ целенаправленный сбор анамнеза;
- ◎ выяснение особенностей менструальной функции по тестам функциональной диагностики;
- ◎ гистеросальпингография;
- ◎ ультразвуковое сканирование;
- ◎ бактериологическое, вирусологическое, иммунологическое и генетическое исследование;
- ◎ лечение выявленных отклонений.

- Во время беременности выделяют группу риска по невынашиванию, намечают сроки и способы лечебно - профилактических мероприятий, санации очагов инфекции, создание оптимальных условий для развития беременности.
- Всех беременных с самопроизвольными выкидышами в анамнезе госпитализируют для обследования и лечения до проявления клинических признаков угрозы прерывания (за 2 недели до сроков предшествующих выкидышей).
- Следующую беременность можно планировать не ранее, чем через 1 год после выкидыша. Этот промежуток необходимо использовать для обследования и выявления причины выкидыша, лечения и укрепления организма.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

