

ВЫКИДЫШ

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ

Выкидыш

- * Невынашивание беременности - самопроизвольное прерывание беременности в сроки до 37 нед. Прерывание беременности в сроки до 22 нед называют самопроизвольным абортom (выкидышем), а в сроки 28-37 нед -
- * преждевременными родами.

Выкидыш

- * Самопроизвольный аборт (выкидыш) происходит в 15-20% всех желанных беременностей. Полагают, что в статистику не входит большое число прерываний беременности в очень ранние сроки.
- * Многие исследователи считают, что самопроизвольные выкидыши в I триместре служат проявлением естественного отбора, так как при исследовании абортного материала до 80% эмбрионов имеют хромосомные аномалии.

Выкидыш

- * Причины самопроизвольных выкидышей не всегда удается выявить, поскольку нередко они смешанные. Основными причинами считают социальные факторы: вредные привычки; воздействие неблагоприятных производственных факторов (химические агенты, нахождение в помещении с высокой температурой или вибрацией и т.д.); медицинские факторы: врожденная патология эмбриона/плода; пороки развития матки; эндокринные нарушения; инфекционные заболевания; предшествующие аборты; беременность после ЭКО и др.
- * Самопроизвольное прерывание беременности начинается либо с сокращения матки с последующей отслойкой плодного яйца, либо с началом отслойки плодного яйца от стенок матки, к которой затем присоединяется сокращение маточной мускулатуры. Иногда эти два механизма действуют одновременно.

Выкидыш

- * **Угрожающий аборт** - повышение сократительной активности матки; плодное яйцо сохраняет связь со стенкой матки.
- * Клинически угрожающий аборт проявляется ощущением тяжести или тянущими болями внизу живота и в области крестца. Кровяные выделения отсутствуют. При влагалищном исследовании шейка матки сохранена, наружный зев может пропускать кончик пальца, внутренний - закрыт, тонус матки повышен. Величина матки соответствует сроку беременности.

Выкидыш

- * **Начавшийся аборт** - отслойка плодного яйца от стенки матки. Появляются кровяные выделения при маточных сокращениях, схваткообразные болевые ощущения в нижних отделах живота, поясничной области. При влагалищном исследовании определяется, что шейка матки сохранена, ее наружный зев закрыт или слегка приоткрыт, величина матки соответствует сроку беременности.
- * При угрожающем и начавшемся аборте тест на беременность (b-ХГ) положительный. При УЗИ в полости матки обнаруживается плодное яйцо, видна отслойка хориальной оболочки.

Выкидыш

- * **Лечение** угрожающего и начавшегося аборта по согласованию с пациенткой может быть направлено на сохранение беременности. Лечение включает в себя постельный режим, седативные средства, спазмолитики, витамин Е. Можно использовать немедикаментозные и физиотерапевтические методы лечения: иглоукалывание, электроаналгезию, эндоназальную гальванизацию и др. При позднем угрожающем выкидыше (после 20 нед) применяют b-адреномиметики.
- * При начавшемся аборте лечение в основном такое же, как и при угрожающем. Дополнительно назначают этамзилат (дицинон), аскорутин. При гормональной дисфункции проводят соответствующую коррекцию под контролем содержания гормонов. У женщин с угрозой прерывания беременности при гиперандрогении используют кортикостероиды под контролем значений ДГА-S в крови и 17-КС в моче. В случае недостаточности желтого тела в I триместре назначают гестагены. При подтекании околоплодных вод в ранние сроки беременность сохранять ее нецелесообразно.

Эпидемиология

- * **КОД ПО МКБ-10**

- * О03 Самопроизвольный аборт.
О02.1 Несостоявшийся выкидыш.
О20.0 Угрожающий аборт.

- * **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

- * Самопроизвольный аборт — самое частое осложнение беременности. Частота его 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

- * **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).

ЭТИОЛОГИЯ

* **ЭТИОЛОГИЯ (ПРИЧИНЫ) ВЫКИДЫША**

- * Лидирующим фактором в этиологии самопроизвольного прерывания беременности выступает хромосомная патология, частота которой достигает 82–88%.
- * Наиболее частые варианты хромосомной патологии при ранних самопроизвольных выкидышах — ауtosомные 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

Лечение

- * **ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ**

- * 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 абберации).
- * 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.

Лечение

* **ЕДИКАМЕНТОЗНОЕ 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 выскабливания стенок полости матки. Более бережным является опорожнение матки (предпочтительнее вакуумаспирация).

Лечение

- * **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 резусАТ проводят профилактику резусиммунизации введением иммуноглобулина антирезус в дозе 300 мкг (внутримышечно).

- * **ПРОФИЛАКТИКА**

- * 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.