

Л. Ф. МОЖЕЙКО, Н. С. АКУЛИЧ, О. В. ДЯДИЧКИНА

**НЕДОНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ:
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА
ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ
РАННИХ СРОКОВ**

Минск БГМУ 2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Л. Ф. Можейко, Н. С. Акулич, О. В. Дядичкина

**НЕДОНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ:
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ,
ПРОФИЛАКТИКА ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРИ
БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2021

УДК 618.39-07-08-084(075.8)

ББК 57.16я73

М74

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 23.06.2021 г., протокол № 6

Авторы: д-р мед. наук, проф. Л. Ф. Можейко; канд. мед. наук, доц. Н. С. Акулич; канд. мед. наук О. В. Дядичкина

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии Белорусской медицинской академии последипломного образования С. Л. Воскресенский; канд. мед. наук, доц. каф. репродуктивного здоровья и медицинской генетики Белорусской медицинской академии последипломного образования Н. Н. Рубахова

Можейко, Л. Ф.

М74 Недоношенная беременность: диагностика, лечение, профилактика привычной потери беременности ранних сроков : учебно-методическое пособие / Л. Ф. Можейко, Н. С. Акулич, О. В. Дядичкина. – Минск : БГМУ, 2021. – 30 с.

ISBN 978-985-21-0936-9.

Освещены вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики при недоношивании беременности. Описаны подходы обследования и ведения пар с привычной потерей беременности.

Предназначено для студентов 3-го курса медико-профилактического факультета, 4-го курса лечебного, педиатрического, военно-медицинского факультетов, медицинского факультета иностранных учащихся по дисциплине «Акушерство и гинекология».

УДК 618.39-07-08-084(075.8)

ББК 57.16я73

ISBN 978-985-21-0936-9

© Можейко Л. Ф., Акулич Н. С., Дядичкина О. В., 2021
© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2021

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АФС — антифосфолипидный синдром
АТ-ТПО — антитела к тиреоидной пероксидазе
ВТЭО — венозные тромбозэмболические осложнения
ИЦН — истмико-цервикальная недостаточность
НМГ — низкомолекулярные гепарины
НФГ — нефракционированный гепарин
свТ4 — свободный тироксин
ТТГ — тиреотропный гормон
ХГЧ — хорионический гонадотропин человека
2D-УЗИ — двухмерное ультразвуковое исследование
3D-УЗИ — трехмерное ультразвуковое исследование
HLA — главный комплекс гистосовместимости
MTHFR — метилентетрагидрофолатредуктаза

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Тема занятия: «Недоношенная беременность». Данный материал рассматривается при обучении студентов медико-профилактического, лечебного, педиатрического, военно-медицинского факультетов и медицинского факультета иностранных учащихся по дисциплине «Акушерство и гинекология».

Общее время занятия: 6 ч.

Невынашивание беременности является важной медицинской, социальной проблемой. Согласно данным литературы частота самопроизвольного прерывания беременности составляет от 15 % до 25 % от всех желанных беременностей, и наибольшая доля происходит в ранние сроки беременности — около 80 % случаев до 12 недель беременности. Этиология невынашивания беременности разнообразна. Причины, приводящие к прерыванию беременности, могут иметь как эпизодический, так и постоянный характер, приводя к привычному невынашиванию беременности. Т. к. невынашивание беременности является многофакторным заболеванием, при котором у большинства пациенток имеет место сочетание нескольких причин, то их обследование должно быть комплексным и включать в себя

все необходимые современные клинические, инструментальные и лабораторные методы. Знание причин и понимание патогенеза прерывания беременности способствуют успешному ведению и патогенетическому лечению данной группы пациенток.

Цель занятия: изучить этиологию и патогенез невынашивания беременности, методы диагностики, лечебной тактики и профилактики при самопроизвольном прерывании беременности.

Задачи занятия:

- освоить основные понятия: невынашивание беременности, самопроизвольный выкидыш, привычный выкидыш, преждевременные роды;
- изучить этиологию и патогенез невынашивания беременности;
- освоить основные принципы диагностики невынашивания беременности;
- изучить основные принципы ведения пациенток с привычным невынашиванием беременности.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения указанной темы занятия студенту необходимо повторить темы занятий:

- *из анатомии человека:* строение и кровоснабжение женских половых органов;
- *гистологии, цитологии, эмбриологии:* гистологическое строение матки и придатков, имплантация, эмбриогенез;
- *биологической химии:* основы системы гемостаза;
- *микробиологии, вирусологии, иммунологии:* специфические и неспецифические факторы иммунной защиты;
- *клинической эндокринологии:* заболевание щитовидной железы, коры надпочечников;
- *фармакологии:* фармакодинамику, фармакокинетику, механизм действия, побочное и токсическое действие прогестинов, антиагрегантов, низкомолекулярных гепаринов;
- *внутренним болезням:* общие клинические, лабораторные и инструментальные методы обследования.

Контрольные вопросы по смежным дисциплинам:

1. Анатомия женских половых органов.
2. Гистологическое строение матки.
3. Имплантация и эмбриогенез.
4. Клиника и диагностика нарушений функции щитовидной железы.
5. Клиника и диагностика врожденной дисфункции коры надпочечников.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Определение понятия невынашивания беременности.
2. Причины невынашивания беременности.

3. Диагностика невынашивания беременности.

4. Тактика ведения пациенток при привычном невынашивании беременности.

Задания для самостоятельной работы студентов. Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить учебный материал по смежным дисциплинам, затем ознакомиться с учебным материалом представленного учебно-методического пособия. Для более детального изучения темы студенту рекомендуется вести записи с указанием вопросов, которые можно выяснить в ходе дальнейшей самостоятельной работы с дополнительной литературой или на практическом занятии. Решение ситуационных и тестовых задач, используемых в качестве самоконтроля знаний, позволит не только оценить студенту собственные знания, но и предоставит возможность преподавателю оценить уровень освоения студентом учебного материала. Завершающим этапом в работе над темой служат контрольные вопросы, ответив на которые студент может успешно подготовиться к текущему контролю знаний по дисциплине «Акушерство и гинекология».

ТЕРМИНОЛОГИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Невынашивание беременности — самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель гестации (259 дней), считая с первого дня последней менструации. В зависимости от срока прерывания беременности выделяют самопроизвольный выкидыш и преждевременные роды.

Самопроизвольный выкидыш — это завершение беременности до достижения плодом потенциально жизнеспособного срока. Согласно определению ВОЗ, жизнеспособным является плод массой более 500 г, что соответствует гестационному сроку более 22 недель беременности.

Классификация самопроизвольного выкидыша

1. По сроку беременности:

- ранний (до 12 недель);
- поздний (от 12 до 22 недель).

2. По клиническому течению самопроизвольного выкидыша:

- угрожающий;
- начавшийся;
- аборт в ходу;
- неполный;
- полный;
- инфицированный (септический);
- неразвивающаяся беременность.

Самопроизвольное прерывание беременности может иметь эпизодический характер, в этом случае говорят о *спорадическом самопроизвольном выкидыше*. При самопроизвольном прерывании двух и более беременностей от зачатия до достижения плодом потенциально жизнеспособного срока констатируют *привычную потерю беременности (привычный выкидыш)*. Согласно рекомендациям Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE), в понятие привычной потери беременности не включаются случаи внематочной беременности и пузырного заноса.

Преждевременные роды — это роды, произошедшие в сроке от 22 до 36 недель 6 дней гестации, считая от первого дня последней менструации при условии регулярного менструального цикла, плодом массой 500 г и более.

Классификация преждевременных родов:

1. По сроку беременности:

- экстремально ранние (от 22 до 27 недель и 6 дней);
- очень ранние (от 28 недель до 31 недели и 6 дней);
- ранние (от 32 недель до 33 недель и 6 дней);
- поздние преждевременные роды (от 34 недель до 36 недель и 6 дней).

2. По клиническому течению:

- угрожающие;
- начинающиеся;
- начавшиеся.

ЭТИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Причины и факторы риска невынашивания беременности многообразны. Их можно разделить на две группы.

1. Социально-демографические:

– **репродуктивный возраст матери.** Риск самопроизвольного прерывания беременности возрастает с увеличением возраста матери: в возрастной группе женщин от 20 до 24 лет риск прерывания беременности составляет 11 %, от 25 до 29 лет — 12 %, от 30 до 34 лет — 15 %, от 35 до 39 лет — 25 %, от 40 до 44 лет — 51 %, после 45 лет — 93 %;

– **профессиональные вредности и воздействие факторов окружающей среды, стресс.** Тяжелые металлы, пестициды, недостаток микроэлементов и витаминов, стресс повышают риск самопроизвольного прерывания беременности;

– **вредные привычки** (курение, злоупотребление алкоголем). Курение не только женщины, но и ее полового партнера отрицательно сказывается на вероятности рождения здорового ребенка. Алкоголь обладает тератогенным действием на плод, вызывает алкогольный синдром плода. Алкоголь так же, как и никотин, оказывает дозозависимый эффект. Средние уровни употребления алкоголя ведут к увеличению числа выкидышей и преждевременных родов;

– **чрезмерное употребление кофеина**. Суточное потребление более 150 мг кофеина в день (более 4–5 чашек) увеличивает риск прерывания беременности в ранние сроки гестации.

2. Медицинские:

– **генетические причины**. Самопроизвольное прерывание беременности может быть обусловлено аномалиями в кариотипе родителей (сбалансированные транслокации, инверсии, добавочные хромосомы, мозаицизм, делеции и другие) и эмбриональными или фетальными хромосомными аномалиями, которые возникают *de novo* в гаметах родителей или на ранних стадиях деления зиготы под воздействием разнообразных химических, физических и биологических факторов. До 80 % случаев спорадического прерывания беременности на ранних сроках обусловлено хромосомными аномалиями эмбриона или плода, при привычной потере беременности хромосомные аномалии у абортусов встречаются с частотой 30–50 %, аномалии в кариотипе родителей – 3–8 %;

– **анатомические изменения матки**. От 6 до 15 % женщин имеют изменения в строении матки: врожденные аномалии строения матки, внутриматочные синехии (синдром Ашермана), миома матки, истмико-цервикальная недостаточность;

– **эндокринные и метаболические причины**. Эндокринные причины невынашивания беременности составляют от 8 до 20 %. Наиболее значимыми из них являются заболевания щитовидной железы (гипо- или гипертиреоз), недостаточность лютеиновой фазы, гиперандрогения (неклассическая форма врожденной дисфункции коры надпочечников, синдром поликистозных яичников), гиперпролактинемия, ожирение, декомпенсированный, неконтролируемый сахарный диабет;

– **нарушение системы свертывания крови**. Потеря беременности ассоциирована с приобретенными (антифосфолипидный синдром) и врожденными тромбофилиями (мутация V фактора или мутация Лейдена, мутация II гена протромбина, дефицит протеина C, S, антитромбина III);

– **иммунологические причины**. Среди иммунологических причин выделяют аутоиммунные и аллоиммунные нарушения. При аутоиммунных нарушениях иммунологический ответ направлен против собственных тканей путем выработки аутоантител к ХГЧ, антигиреотидных антител, аутоантител к фосфолипидам, антинуклеарных аутоантител; при аллоиммунных

нарушениях иммунный ответ направлен против антигенов эмбриона или плода. К аллоиммунным нарушениям относят наличие у супругов общих антигенов системы главного комплекса гистосовместимости (Human Leukocyte Antigens, HLA), повышенное содержание естественных киллерных клеток (NK-клеток CD56+, CD16+) в эндометрии, децидуальной оболочке и периферической крови женщины на прегравидарном этапе и во время беременности;

– **инфекционно-воспалительные причины.** К прерыванию беременности могут приводить острые инфекционные заболевания, латентные инфекции, хронические воспалительные заболевания матери (воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, половых органов, мочевыводящих путей, инфекции, передаваемые половым путем);

– **мужской фактор.** Количественные и качественные характеристики сперматозоидов (увеличение количества сперматозоидов с ядерными вакуолями, фрагментация дезоксирибонуклеиновой кислоты сперматозоидов) влияют не только на процесс оплодотворения, но и на дальнейшее развитие эмбриона и течение беременности.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ПЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ

Диагностика самопроизвольного прерывания беременности основывается:

- на жалобах на кровянистые выделения из половых путей и/или боли внизу живота, в области поясницы при задержке менструации;
- данных общего и акушерско-гинекологического анамнеза;
- результатах физикального осмотра;
- данных специального гинекологического исследования (осмотра шейки матки в зеркалах, бимануального влагалищного исследования);
- определении концентрации β -субъединиц ХГЧ (ХГЧ начинает синтезироваться с момента имплантации, т. е. на 7–8 сутки после оплодотворения, и определяется в сыворотке крови иммуноферментным методом на 1–2-й день задержки менструации, в моче — на 1–2 дня позже);
- данных ультразвукового сканирования (локализация, диаметр плодного яйца и его соответствие срок задержки менструации, оценка жизнеспособности и соответствие размеров эмбриона/плода сроку беременности, локализация и структура хориона, особенности строения матки и структура яичников).

В зависимости от выраженности клинических проявлений различают стадии самопроизвольного прерывания беременности:

- угрожающий выкидыш;

- начавшийся выкидыш;
- выкидыш в ходу;
- неполный выкидыш;
- полный выкидыш;
- неразвивающаяся беременность.

Угрожающий выкидыш проявляется тянущими болями внизу живота и поясничной области. Кровянистые выделения из половых путей отсутствуют либо носят скудный характер. При гинекологическом исследовании шейка матки не укорочена, наружный зев закрыт, тело матки соответствует сроку беременности, тонус матки повышен (рис. 1). При ультразвуковом исследовании в полости матки определяется плодное яйцо, соответствующее сроку задержки менструации. С 6 недель беременности определяется эмбрион, регистрируется его сердечная активность. Могут быть участки отслойки с образованием гематом.

Начавшийся самопроизвольный выкидыш характеризуется более выраженной степенью болевого синдрома, кровянистыми выделениями из половых путей. При гинекологическом исследовании шейка матки сформирована, располагается эксцентрично, наружный зев закрыт или слегка приоткрыт, тело матки соответствует сроку беременности, тонус матки повышен (рис. 2).



Рис. 1. Угрожающий самопроизвольный выкидыш



Рис. 2. Начавшийся самопроизвольный выкидыш

При ультразвуковом исследовании плодное яйцо определяется в полости матки, может быть деформировано, определяются участки отслойки хориона с формированием гематомы, с 6 недель беременности определяется эмбрион, регистрируется его сердечная активность.

Во втором триместре беременности прерывание беременности может быть связано с формированием **истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН)**, которая диагностируется на основании данных бимануального исследования и ультразвукового исследования шейки матки трансвагинальным

доступом. Оценка степени ИЦН осуществляется по бальной шкале Штембера (табл. 1).

Таблица 1

Оценка степени ИЦН по шкале Штембера

Клинический признак	Оценка в баллах		
	0	1	2
Длина влагалищной части шейки матки	Норма	Укорочена	Менее 1,5 см
Состояние канала шейки матки	Закрыт	Частично проходим	Пропускает палец
Расположение шейки матки	Сакральное	Центральное	Направлена кпереди
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена	Мягкая
Расположение прилежащей части плода	Над входом в малый таз	Прижата ко входу в малый таз	Во входе в малый таз

Диагностическим критерием ИЦН по данным бимануального влагалищного исследования является наличие 5 и более баллов.

Критериям ИЦН при трансвагинальном ультразвуковом исследовании являются:

- укорочение шейки матки до 25 мм и менее;
- расширение внутреннего зева до 8 мм и более.

Аборт в ходу проявляется наличием схваткообразных болей в нижних отделах живота, наличием обильных кровянистых выделений, в позднем сроке беременности возможно подтекание околоплодных вод. При гинекологическом исследовании шейка матки укорочена, канал шейки матки раскрыт, в цервикальном канале пальпируется нижний полюс плодного яйца, тело матки по величине не соответствует сроку беременности, сокращается при исследовании (рис. 3).



Рис. 3. Выкидыш в ходу

При ультразвуковом исследовании плодное яйцо деформировано, смещено вниз, может быть в цервикальном канале. Эмбрион визуализируется, частота сердечных сокращений его может определяться или отсутствует, наблюдается укорочение и/или расширение цервикального канала.

Неполный выкидыш характеризуется наличием кровянистых выделений чаще обильных. При бимануальном исследовании шейка матки размягчена и укорочена, шейный канал приоткрыт или свободно пропускает палец, тело матки меньше предполагаемого срока беременности. При ультразвуковом исследовании плодное яйцо не визуализируется. Полость матки расширена до 15 мм и более за счет различных по эхогенности структур — элементов хориона, плодного яйца, плаценты (рис. 4).

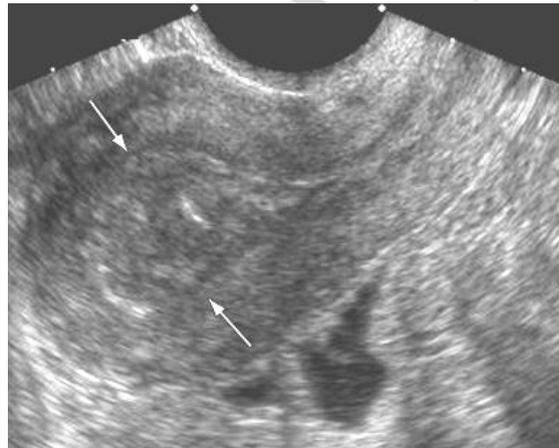
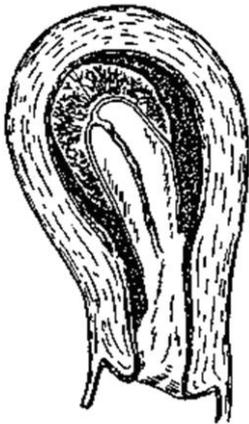


Рис. 4.

При **полном выкидыше** плодное яйцо полностью выходит из полости матки. Матка сокращается, кровотечение прекращается. При бимануальном исследовании цервикальный канал приоткрыт, тело матки меньше предполагаемого срока беременности, плотное. При ультразвуковом исследовании в полости матки нет элементов плодного яйца, отмечается гравидарная граница эндометрия (рис. 5).



Рис. 5. Полный выкидыш

Неразвивающаяся беременность характеризуется гибелью эмбриона/плода и отсутствием сократительной активности матки. Погибшее плодное яйцо остается в матке и подвергается вторичным изменениям. При ультразвуковом исследовании можно обнаружить анэмбрионию (отсутствие эмбриона в плодном яйце со средним внутренним диаметром плодного яйца более 25 мм) или отсутствие сердечной деятельности у эмбриона при его копчико-теменном размере более 7–8 мм. В сомнительных случаях рекомендуется повторить ультразвуковое исследование через 7–10 дней.

Инфицированный выкидыш — прерывание беременности, сопровождающееся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровяными, иногда гнойными выделениями из половых путей. При физикальном осмотре — тахикардия, тахипноэ, дефанс мышц передней брюшной стенки; при бимануальном исследовании болезненная, мягкой консистенции матка, цервикальный канал шейки матки раскрыт. Данное состояние развивается при криминальных вмешательствах, длительном пребывании погибшего плодного яйца в матке, длительном подтекании околоплодных вод. В зависимости от степени распространения инфекции различают 3 стадии:

- I стадия — неосложненный инфицированный аборт с вовлечением в процесс эндометрия и миометрия;
- II стадия — осложненный инфицированный аборт с вовлечением в процесс придатков матки;
- III стадия — перитонит, сепсис.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ

Лечебная тактика при раннем и позднем самопроизвольном выкидыше зависит:

- от степени выраженности клинических проявлений;
- данных, полученных при ультразвуковом исследовании;
- срока гестации и анамнеза пациентки.

Угрожающий или начавшийся самопроизвольный выкидыш. Большинство профессиональных сообществ не рекомендуют проведение активной терапии по сохранению спорадического самопроизвольного выкидыша в I триместре, т. к. в 80 % случаев данная патология может быть связана с наличием хромосомных аномалий. В отечественной клинической практике лечение включает создание лечебно-охранительного режима (физический и половой покой), назначение спазмолитических средств (дротаверин гидрохлорид 40 мг внутрь 3 раза в сутки или 2%-ный раствор 2 мл внутримышечно 1–2 раза в сутки; папаверин гидрохлорид 2%-ный раствор 2 мл внутримышечно 1–2 раза в сутки или суппозитории ректальные 0,02 г 1–2 раза

в сутки), препаратов с гемостатическим эффектом (транексамовая кислота 250–500 мг внутрь 3–4 раза в сутки в течение 5–7 дней, в случае обильного кровотечения возможно внутривенное капельное введение транексамовой кислоты по 500–1000 мг в сутки в течение 3 дней).

При недостаточности функции желтого тела назначают гестагенные препараты (дидрогестерон 40 мг однократно, далее по 10 мг каждые 8 ч до исчезновения симптомов прерывания беременности с постепенным снижением дозы препарата, микронизированный прогестерон по 200–400 мг интравагинально в сутки). Терапия гестагенными препаратами обычно проводится до 16–20 недель беременности. Не рекомендуется назначать комбинации различных гестагенов, а также превышать максимально допустимую суточную дозу препарата.

При наличии ИЦН применяют хирургические (цервикальный серкляж) и нехирургические (акушерский разгружающий пессарий, вагинальный прогестерон) методы лечения, а также их сочетание.

Хирургическую коррекцию ИЦН во время беременности рекомендуется проводить с 14 до 24 недель гестации.

Показание к хирургическому лечению ИЦН:

- наличие в анамнезе поздних самопроизвольных выкидышей или преждевременных родов;
- прогрессирующие изменения шейки матки по данным влагалищного и трансвагинального ультразвукового исследования.

Противопоказания к хирургической коррекции ИЦН:

- тяжелая экстрагенитальная патология у беременной, при которой пролонгирование беременности невозможно;
- врожденные пороки развития плода, несовместимые с жизнью;
- наличие кровянистых выделения из половых путей, предлежание плаценты;
- подтекание околоплодных вод, преждевременный разрыв плодных оболочек;
- хориоамнионит, кольпит, цервицит;
- регулярная родовая деятельность, не купирующийся выраженный тонус матки.

Различают цервикальный серкляж с трансвагинальным (метод Мак-Дональда, Любимовой–Мамедалиевой) и трансабдоминальный доступом. При наложении серкляжа применяют нейроаксиальную анестезию или общий наркоз. В качестве шовного материала применяют нерассасывающий синтетический шовный материал (нить или мерсиленовую ленту).

Трансвагинальный цервикальный серкляж по методу Мак-Дональда.

В асептических условиях шейку матки обнажают в зеркалах с помощью влагалищных зеркал, щипцами Мюзо захватывают ее переднюю и заднюю губы и подтягивают их кпереди и книзу. На границе перехода слизистой оболочки

переднего свода влагалища на шейку матки накладывают кисетный шов, концы нитей завязывают узлом в переднем своде влагалища (рис. 6).

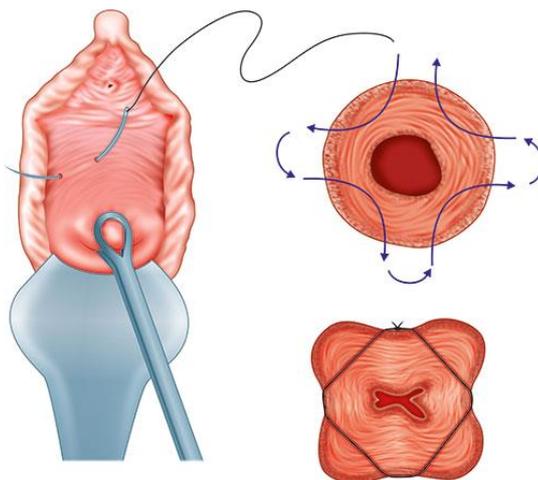


Рис. 6. Трансвагинальный цервикальный серкляж по методу Мак-Дональда

Трансвагинальный цервикальный серкляж по методу А. И. Любимовой в модификации Н. М. Мамедалиевой. Данный метод применяют при пролабировании плодного пузыря. В асептических условиях шейку матки обнажают в зеркалах с помощью влагалищных зеркал, щипцами Мюзо осторожно захватывают ее переднюю и заднюю губы и подтягивают их кпереди и книзу. Влажным тампоном плодный пузырь осторожно сдвигают и удерживают за внутренним зевом, шейку матки подтягивают, накладывают П-образные швы, нити удерживают в натянутом состоянии, при этом осторожно убирают тупфер, после чего нити завязывают в переднем своде (рис. 7).

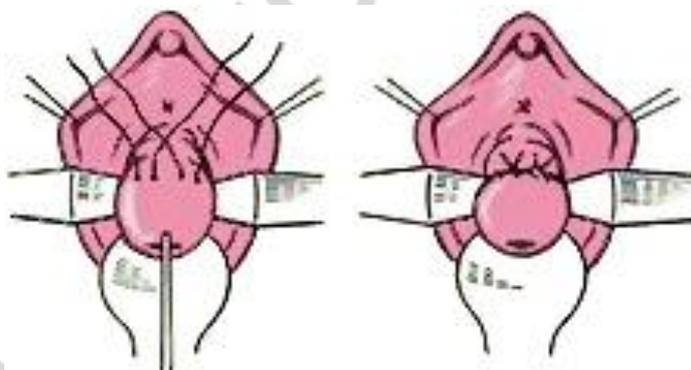


Рис. 7. Трансвагинального цервикального серкляжа по методу А. И. Любимовой в модификации Н. М. Мамедалиевой

Тактика ведения в послеоперационном периоде. Контроль за состоянием швов и обработку влагалища антисептиками проводят ежедневно в течение 3–5 дней. С профилактической целью в течение 2–3 дней используют спазмолитики. Антибактериальную терапию проводят по показаниям. Швы снимают в 37 недель беременности или раньше, если начинаются преждевременные роды.

Трансабдоминальный серкляж выполняют вне беременности, редко во время беременности в сроке 12–14 недель гестации лапароскопическим или лапаротомическим доступом.

Показания:

- ампутация шейки матки (трахелэктомия);
- высокая конизация шейки матки.

При наложении шва применяют нерассасывающуюся ленту. Родоразрешение пациенток проводят путем кесарева сечения. Шов может оставаться при последующих беременностях.

К нехирургическому методу коррекции ИЦН относят **акушерский пессарий**. Механизм действия пессария связывают с изменением прямого давления плодного пузыря и предлежащей части плода на внутренний зев при изменении положения цервикального канала. В акушерской практике используют различные виды пессариев (рис. 8).



Рис. 8. Виды акушерских пессариев:

а — акушерский разгружающий пессарий «Юнона»; *б* — акушерский пессарий ASQ доктора Арабина

Показания:

– клинические проявления угрозы самопроизвольного выкидыша во II триместре беременности и/или преждевременных родов текущей беременности в сочетании с прогрессирующими изменениями шейки матки по данным влагалищного и ультразвукового исследований;

- профилактика несостоятельности хирургического шва после хирургического лечения ИЦН;
- многоплодная беременность.

Противопоказания:

- тяжелая экстрагенитальная патология у беременной, при которой пролонгирование беременности противопоказано;
- врожденные пороки развития плода, несовместимые с жизнью;
- наличие кровянистых выделения из половых путей;
- преждевременный разрыв плодных оболочек;
- хориоамнионит, кольпит, цервицит;

- регулярная родовая деятельность, не купирующийся выраженный тонус матки;
- выраженная степень ИЦН (пролабирование плодного пузыря).

Показания для удаления пессария идентичны таковым при трансвагинальном цервикальном серкляже.

Аборт в ходу, неполный выкидыш. При аборте в ходу или неполном выкидыше проводят хирургическое лечение (выскабливание стенок полости матки или вакуум-аспирацию) с целью удаления остатков хориальной или плацентарной ткани, остановки кровотечения. С целью профилактики гнойно-септических осложнений назначают антибактериальную терапию. Для профилактики резус-сенсibilизации пациенткам с резус-отрицательным типом крови без титра антител при прерывании беременности в сроке с 5 до 12 недель в первые 72 ч вводят внутримышечно иммуноглобулин человеческого анти-резус Rho [D] в дозе 750 МЕ, при прерывании беременности после 12 недель — в дозе 1500 МЕ.

Полный выкидыш. При исключении задержки элементов плодного яйца в матке при ультразвуковом исследовании и отсутствии кровотечения проведение инструментального контрольного выскабливания матки не рекомендуется.

Неразвивающаяся беременность. Опорожнение полости матки при неразвивающейся беременности возможно проводить медикаментозным или хирургическим методом. При медикаментозном методе применяют синтетический стероидный антипрогестагенный препарат (мифепристон) в сочетании с синтетическим аналогом простагландина E1 (мизопростолом). *Мифепристон* блокирует действие прогестерона на рецепторном уровне, повышает чувствительность миометрия к простагландинам. Мизопростол индуцирует сокращение гладких мышечных волокон миометрия и расширение шейки матки. Согласно рекомендациям ВОЗ 2012 г. для прерывания беременности могут использоваться следующие схемы (табл. 2).

Таблица 2

Схемы медикаментозного прерывания беременности

Режим дозирования	Срок беременности
Мифепристон 200 мг перорально Мизопростол 400 мкг перорально через 24–48 ч	До 49 дней
Мифепристон 200 мг перорально Мизопростол 800 мкг вагинально или сублингвально через 36–48 ч	50–63 дня
Мифепристон 200 мг перорально Мизопростол 800 мкг вагинально через 36–48 ч и далее по 400 мкг вагинально либо или сублингвально каждые 3 ч до 4 доз	64–84 дня
Мифепристон 200 мг перорально Мизопростол 800 мкг вагинально или 400 мкг внутрь через 36–48 ч и далее по 400 мкг вагинально либо сублингвально каждые 3 ч до 4 доз	12–22 недели

ПРИВЫЧНАЯ ПОТЕРЯ БЕРЕМЕННОСТИ: ОБСЛЕДОВАНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Обследование по поводу привычного невынашивания беременности на прегравидарном этапе начинают со сбора анамнеза с оценкой причин, вызывающих выкидыши, и определяют план дальнейшего обследования в зависимости от возраста, состояния фертильности или субфертильности, акушерского анамнеза, наследственной предрасположенности, результатов предыдущих исследований и лечения.

Анамнез

При сборе *общего анамнеза* обращается внимание:

- на условия труда и быта;
- производственные вредности;
- вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркотиков);
- наследственные заболевания, наличие врожденных аномалий у членов семьи, рождение детей с задержкой умственного развития, наличие у супружеской пары и родственников бесплодия и/или невынашивания беременности неясного происхождения, наличие в семье тромбофилических нарушений до 40 лет;
 - наличие перенесенных заболеваний и операций, травм, случаи венозных и/или артериальных тромбозов, переливаний крови.

При сборе *гинекологического анамнеза* подробно изучается:

- менструальная функция (время наступления менархе, продолжительность, цикличность, болезненность);
- детородная функция (период от начала половой жизни до наступления первой беременности, особенностей течения беременностей и их исходы, осложнения);
- способ контрацепции, время отмены ее до зачатия, наличие тромбоэмболических осложнений при использовании гормональной контрацепции;
- характер перенесенных гинекологических заболеваний и оперативных вмешательств на половых органах.

В анамнез должны быть включены сведения о муже, его возраст, данные семейного анамнеза, перенесенные заболевания, его профессиональные вредности, вредные привычки (курение, алкоголизм, наркотики).

Общий осмотр

Обращают внимание на рост и массу тела, характер телосложения, выраженность вторичных половых признаков, наличие и характер ожирения, гирсутизма, наличие полос растяжения на коже (стрий). Производится осмотр молочных желез, проверяется наличие отделяемого из сосков. Осматривается щитовидная железа.

Специальное гинекологическое исследование

Гинекологическое исследование должно включать осмотр наружных половых органов, осмотр с помощью зеркал и бимануальное влагалищное обследование. Необходимо обращать внимание на характер оволосения, выраженность сводов, состояние стенок влагалища, шейки матки (расположение, форма, величина, консистенция, характер поверхности, подвижность и болезненность при смещении, раскрытие наружного зева и канала шейки матки, наличие разрывов шейки матки). Оценивают характер выделений из влагалища. При пальпации определяют размеры матки, соотношение длины матки и шейки, положение матки. При осмотре придатков матки обращают внимание на размеры яичников, их подвижность, болезненность.

Лабораторные методы исследования

Перечень лабораторных диагностических исследований включает:

1. Общеклиническое лабораторное исследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, определение уровня глюкозы натощак, коагулограммы).
2. Определение гормонов щитовидной железы ТТГ, свТ4, АТ-ТПО.
3. Определение центральных и периферических половых гормонов, их метаболитов (в 1-й фазе менструального цикла (2–5-й день) определяют содержание фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, пролактина, тестостерона, 17-гидроксипрогестерона, дегидроэпиандростерона сульфата; во 2-й фазе менструального цикла (21–22-й день) определяют содержание прогестерона).
4. Диагностика инфекционно-воспалительных и дисбиотических состояний (бактериоскопическое и бактериологическое исследования отделяемого канала шейки матки, влагалища, обследование на инфекции, передаваемые половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*), определение вируса простого герпеса 1-го и 2-го типов, вируса папилломы человека). Биопсия эндо-

метрия с последующим определением поверхностного антигена плазматических клеток CD138 иммуногистохимическим методом рекомендуется проводить при повторных неудачных попытках вспомогательных репродуктивных технологий и/или эхографических признаках хронического эндометрита.

5. Обследование на приобретенные и врожденные тромбофилии. Обследование на АФС рекомендуется проводить всем пациенткам с привычным невынашиванием беременности. Диагноз АФС устанавливают при наличии одного клинического и одного лабораторного критерия (табл. 3).

Таблица 3

Диагностические критерии АФС

Клинические критерии	Лабораторные критерии
<p>1. Сосудистый тромбоз: один или более клинических эпизодов артериального, венозного тромбоза или тромбоз мелких сосудов в любой ткани или органе. Тромбоз должен быть подтвержден инструментальными методами исследования (УЗИ, КТ, МРТ). При морфологическом подтверждении не должно быть значительного воспаления сосудистой стенки.</p> <p>2. Патология беременности:</p> <ul style="list-style-type: none"> – один или более случаев внутриутробной гибели морфологически нормального плода после 10 недель гестации; – один или более случаев преждевременных родов морфологически нормального плода до 34 недель гестации из-за тяжелой преэклампсии, эклампсии, или плацентарной недостаточности; – три или более последовательных случаев спонтанных абортов до 10 недель гестации (исключения: анатомические дефекты матки, гормональные нарушения, материнские или отцовские хромосомные нарушения). 	<p>1. Волчаночный антикоагулянт: наличие в плазме 2 раза с промежутком не менее 12 недель.</p> <p>2. Антитела к кардиолипину: наличие IgG и/или IgM изотипов в средних или высоких титрах 2 раза с промежутком не менее 12 недель.</p> <p>3. Антитела к β_2-гликопротеину I: наличие в сыворотке или плазме IgG и/или IgM изотип в средних или высоких титрах 2 раза с промежутком не менее 12 недель.</p>

Обследование на наследственные тромбофилии рекомендуется проводить при наличии у женщины с привычным невынашиванием беременности тромбоэмболических осложнений в анамнезе или у близких родственников. Тестирование на наследственные тромбофилии включает определение мутации V фактора (мутация Лейдена), мутации протромбина G20210A, дефицита антитромбина III, дефицита протеинов C и S, уровня гомоцистеина (норма — менее 8–10 мкг/л) и гомозиготной мутация MTHFR.

Инструментальные методы исследования

Для визуализации матки и придатков рекомендуется использовать трансвагинальное 3D-УЗИ либо 2D-УЗИ с соногистеросальпингографией (УЗИ с помощью трансвагинального датчика с предварительным введени-

ем в полость матки 0,9%-ого раствора натрия хлорида). Соногистерография позволяет изучить форму полости матки и определить конфигурацию дна тела матки, провести дифференциальную диагностику между внутриматочной перегородкой и двурогой маткой. Для уточнения диагноза проводится гистероскопия и лапароскопия, МРТ.

При выявлении врожденных пороков развития матки (мюллеровы аномалии) показано последующее обследование, включая исследование почек и мочевыводящих путей.

Генетическое обследование

Цитогенетическое исследование abortивного материала, кариотипирование родителей, генетическое консультирование в парах с привычной потерей беременности рекомендуется проводить для уточнения причины привычной потери беременности, определения риска повторного прерывания беременности или рождения ребенка с хромосомными аномалиями.

Диагностика аллоиммунных нарушений

Определение соотношения Th1/Th2-лимфоцитов или T4/T8-лимфоцитов, анализ содержания NK-клеток в периферической крови и децидуальной ткани, исследование цитотоксичности NK-клеток, функциональной активности лимфоцитов, молекулярно-генетическое исследование с определением неклассических кластеров HLA или рецепторов семейств KIR, типирование HLA, определение антиотцовских, антиспермальных, антинуклеарных, анти-HLA антител, уровней цитокинов и их полиморфизмов **не рекомендуется** в рутинной клинической практике.

Оценка мужского фактора

Для оценки мужского фактора в развитии привычного невынашивания беременности рекомендуется проведение спермограммы и обследование у уролога.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Лечение пациенток с повторными выкидышами проводится в зависимости от причин невынашивания. В то же время всем парам с привычной потерей беременности независимо от причины невынашивания на преградивидарном этапе и во время беременности рекомендуется отказ от курения,

употребления алкогольных напитков, снижение потребления кофе, нормализация массы тела (оптимальный индекс массы тела — 19–25 кг/м²).

Генетические причины. При выявлении у родителей изменений в кариотипе обсуждается возможность применения вспомогательных репродуктивных технологий (донация сперматозоидов или яйцеклетки), преимпланционной диагностики.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ

Врожденные пороки развития мюллеровых протоков. Хирургическую коррекцию врожденных пороков развития мюллеровых протоков рекомендуется проводить при наличии перегородки матки путем ее иссечения во время проведения гистероскопии. При таких пороках развития матки, как двурогая, седловидная матка, удвоение матки, хирургическое вмешательство не показано, т. к. нет убедительных данных о снижении частоты выкидышей и увеличении рождаемости после проведения метропластики.

Истмико-цервикальная недостаточность. Коррекция ИЦН проводится до и во время беременности. На прегравидарном этапе возможно проведение трансабдоминального серкляжа, во время беременности для коррекции ИЦН возможно применение трансвагинального цервикального серкляжа, акушерского pessaria, интравагинального микронизированного прогестерона.

Миома матки. На этапе планирования беременности хирургическое лечение осуществляется по общепринятым для миомы матки показаниям. Субмукозные узлы удаляются с помощью резектоскопа при проведении гистероскопии, также удалению подлежат интрамуральные узлы более 4 см, деформирующие полость матки. Субсерозные и интрамуральные узлы, не деформирующие полость матки, не относятся к вероятным факторам, способствующим привычной потере беременности.

Полипы эндометрия. Наличие полипов в полости матки может нарушать процесс имплантации, поэтому на прегравидарном этапе проводят удаление полипов при помощи гистерорезектоскопии.

Внутриматочные синехии. Пациенткам с привычной потерей беременности и внутриматочными синехиями рекомендуется проводить гистероскопический адгезиолизис с последующей реабилитационной терапией.

ЭНДОКРИННЫЕ ПРИЧИНЫ

Заболевания щитовидной железы. Лечение патологии щитовидной железы проводится эндокринологом.

При **манифестном гипотиреозе** (сочетании повышения уровня ТТГ и снижения уровня свТ4) на прегравидарном этапе проводится заместительная терапия с индивидуально подобранной дозой левотироксина с целью достижения уровня ТТГ менее 2,5 мЕд/л, терапия продолжается во время беременности. Суточную дозу левотироксина рекомендуют увеличить на 4–8-й неделях беременности на 30–50 %.

При **субклиническом гипотиреозе** (уровень ТТГ выше нормы, уровень свТ4 в норме) в настоящее время имеется недостаточно данных об эффективности терапии левотироксином, но т. к. потенциальная польза заместительной терапии превышает риски, то лечение левотироксином во время беременности рекомендуется женщинам при концентрации ТТГ более 10,0 мЕд/л без циркулирующих АТ-ТПО и при концентрации ТТГ выше референтных значений для соответствующего триместра беременности при наличии циркулирующих АТ-ТПО. На фоне терапии левотироксином концентрация ТТГ в сыворотки крови должна соответствовать нижнему уровню триместр-специфического диапазона.

В настоящее время не доказана эффективность терапии левотироксином при эутиреозе и наличии антитиреоидных антител.

При **гипертиреозе** вследствие болезни Грейвса или многоузлового токсического зоба проводится тиреостатическая терапия. Беременность целесообразно планировать в период устойчивой ремиссии заболевания.

Гиперпролактинемия. Лечение гиперпролактинемии проводится совместно с эндокринологом. Медикаментозная терапия агонистами дофаминовых рецепторов (бромкриптин и каберголин) увеличивает частоту живорождения у пациенток с привычной потерей беременности. Планирование беременности рекомендуется при полной нормализации уровня пролактина и уменьшении размеров опухоли (менее 10 мм). При подтверждении факта наступления беременности терапию агонистами дофамина рекомендуется отменить, кроме случаев наличия макроаденомы гипофиза.

Врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН). Лечение неклассической формы ВДКН у пациенток с привычным невынашиванием беременности проводится глюкокортикоидными средствами на протяжении всей беременности.

Недостаточность лютеиновой фазы и секреторных преобразований эндометрия. При наличии спонтанной овуляции и укорочении второй фазы овариального цикла, тонком эндометрии во второй фазе, при неустановленной причине потери беременности возможно назначение прогестинов (микронизированный прогестерон, дидрогестерон) во второй фазе менструального цикла.

Приобретенные и врожденные формы тромбофилии

Антифосфолипидный синдром. Медикаментозная терапия у пациенток с привычным невынашиванием беременности начинается на прегравидарном этапе и продолжается во время беременности, послеродовом периоде. Рекомендуется применение профилактических доз низкомолекулярных или нефракционированных гепаринов в сочетании с антиагрегантами (ацетилсалициловая кислота в суточной дозе 75–100 мг).

Врожденные тромбофилии. Антикоагулянтная терапия НМГ или НФГ гепаринами при наличии наследственных тромбофилий проводится во время беременности и в послеродовом периоде для профилактики ВТЭО в зависимости от клинических проявлений и степени риска тромбофилии (табл. 4).

Таблица 4

Схема тромбопрофилактики для беременных женщин и родильниц с тромбофилией

Клиническая картина	Во время беременности	В послеродовом периоде
Тромбофилия низкого риска без предшествующего ВТЭО	Наблюдение без антикоагулянтной терапии	Наблюдение без антикоагулянтной терапии или антикоагулянтная терапия НМГ/НФГ, если у пациентки есть дополнительные факторы риска
Тромбофилия низкого риска с семейной историей ВТЭО у родственников первой линии в возрасте до 50 лет	Наблюдение без антикоагулянтной терапии	Послеродовая антикоагулянтная терапия — профилактическая или промежуточная доза НМГ/НФГ
Тромбофилия низкого риска с одним предыдущим эпизодом ВТЭО, пациентка не получала длительную антикоагулянтную терапию в анамнезе	Профилактическая или промежуточная доза НМГ/НФГ или наблюдение без антикоагулянтной терапии	
Тромбофилия высокого риска без предшествующего ВТЭО	Наблюдение без антикоагулянтной терапии или профилактическая доза НМГ/НФГ	Послеродовая антикоагулянтная терапия (доза антикоагулянта должна быть не ниже, чем до родов)
Тромбофилия высокого риска с одним предыдущим эпизодом ВТЭО или ВТЭО у родственника первой степени в возрасте до 50 лет, пациентка не получала длительную антикоагулянтную терапию в анамнезе	Профилактическая, промежуточная доза или режим с регулируемой дозой НМГ/НФГ	Послеродовая антикоагулянтная терапия (профилактическая, промежуточная или регулируемая доза) НМГ/НФГ в течение 6 недель (доза антикоагулянта должна быть не ниже, чем до родов)
Тромбофилии нет, но был одиночный эпизод ВТЭО, обусловленный наличием	Наблюдение без антикоагулянтной терапии	Послеродовая антикоагулянтная терапия

временного фактора риска и не связанный с беременностью и изменением уровня эстрогена		
---	--	--

Окончание табл. 4

Клиническая картина	Во время беременности	В послеродовом периоде
Тромбофилии нет, но был одиночный эпизод ВТЭО, обусловленный беременностью или изменением уровня эстрогена	Профилактическая доза НМГ/НФГ	Послеродовая антикоагулянтная терапия (доза антикоагулянта должна быть не ниже, чем до родов)
Тромбофилии нет, но был одиночный самопроизвольный (идиопатический) эпизод ВТЭО, пациентка не получала длительную антикоагулянтную терапию в анамнезе		
Тромбофилия или отсутствие тромбофилии с двумя или более эпизодами ВТЭО, пациентка не получала длительную антикоагулянтную терапию в анамнезе	Профилактическая или терапевтическая доза НМГ/НФГ	Послеродовая антикоагулянтная терапия — терапевтическая доза НМГ/НФГ в течение 6 недель
Тромбофилия или отсутствие тромбофилии с двумя или более эпизодами ВТЭО, прием длительной антикоагулянтной терапии в анамнезе	Терапевтическая доза НМГ/НФГ	Возобновление длительной антикоагулянтной терапии (доза антикоагулянта должна быть не ниже, чем до родов)

Пациенткам с привычным выкидышем неясного генеза без факторов риска ВТЭО не рекомендовано рутинно назначать низкомолекулярные или фракционированные гепарины.

Гипергомоцистеинемия. Коррекция гипергомоцистеинемии включает оптимизацию пищевого рациона, снижение потребления кофе, лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта, назначение лечебных доз фолиевой кислоты до и во время беременности, в период лактации в дозе от 1 до 5 мг/сут, витамины группы В (пиридоксин, цианокобаламин).

Инфекционный фактор

Проводится этиотропная терапия с учетом выявленного возбудителя, его чувствительности к антибактериальным препаратам.

Иммунологические нарушения

В настоящее время проводится активное изучение иммунологических причин привычного невынашивания беременности, разрабатываются методы их коррекции. Терапия глюкокортикоидами рекомендуется только пациенткам с предрасполагающими аутоиммунными заболеваниями. В рамках клинических исследований изучается лечение привычного невынашивания с применением внутривенных иммуноглобулинов, блокаторов рецепторов фактора некроза опухолей- α , инфузии липидов, лимфоцитотерапии.

Мужской фактор. Обследование и лечение проводится урологом-андрологом.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

ТЕСТЫ

1. Невынашивание беременности — это:

- а) самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель гестации (259 дней), считая с первого дня последней менструации;
- б) самопроизвольный выкидыш;
- в) искусственный аборт;
- г) самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 22 недель гестации, считая с первого дня последней менструации.

2. Самопроизвольный выкидыш — это:

- а) самопроизвольное прерывание беременности в сроке до 22 недель;
- б) самопроизвольное прерывание беременности в сроке до 37 недель;
- в) самопроизвольное прерывание беременности в сроке до 28 недель;
- г) самопроизвольное прерывание беременности в сроке с 23 до 37 недель.

3. Ранний самопроизвольный выкидыш — это самопроизвольное прерывание беременности в сроке:

- а) от начала беременности до 12 недель;
- б) от начала беременности до 22 недель;
- в) от начала беременности до 37 недель;
- г) от 12 до 22 недель.

4. Поздний самопроизвольный выкидыш — это спонтанное прерывание беременности в сроке:

- а) от 12 до 22 недель;
- б) от 10 до 20 недель;
- в) от 22 до 37 недель;
- г) от начала беременности до 12 недель.

5. Масса плода при самопроизвольном выкидыше составляет:

- а) меньше 800 г;
- б) меньше 500 г;
- в) меньше 1000 г;
- г) меньше 2500 г.

6. Привычная потеря беременности (привычное невынашивание беременности) — это:

- а) прерывание беременности более 1 раза;
- б) прерывание беременности 2 раза подряд и более;
- в) прерывание беременности 4 раз в разном порядке;
- г) прерывание беременности 5 раз подряд и более.

7. К анатомическим причинам невынашивания беременности относят:

- а) врожденную дисфункцию коры надпочечников, синдром поликистозных яичников;
- б) синдром Ашермана;
- в) врожденные аномалии строения матки, синдром Ашермана, миому матки, ИЦН;
- г) антифосфолипидный синдром.

8. По клиническому течению самопроизвольный выкидыш классифицируется:

- а) ранний и поздний;
- б) угрожающий выкидыш, начавшийся выкидыш, аборт в ходу, неполный и полный выкидыш, неразвивающаяся беременность;
- в) полный и неполный выкидыш;
- г) самопроизвольный выкидыш и искусственный аборт.

9. Сохранить беременность возможно на следующей стадии самопроизвольного выкидыша:

- а) угрожающий выкидыш;
- б) аборт в ходу;
- в) неполный аборт;
- г) полный аборт.

10. Тактика при неполном выкидыше состоит в следующем:

- а) терапия, направленная на сохранение беременности;
- б) кюретаж стенок матки;
- в) наблюдение, токолитики;
- г) седативные средства, витамины, наблюдение.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Пациентка, 23 года, обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота. Менструации с 14 лет установились сразу, по 5 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 9 недель назад. Половая жизнь с 21 года в браке. Беременностей не было.

Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледно-розового цвета. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Перинеальные симптомы отрицательные. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Осмотр в зеркалах: цианоз слизистой влагалища и шейки матки. Выделения светлые, умеренное количество.

Влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки конической формы, длиной до 3,0 см, наружный зев закрыт, тело матки шаровидной формы в состоянии повышенного тонуса, увеличено до 8–9 недель беременности, безболезненно при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

Диагноз. Тактика.

Задача 2

Пациентка, 28 лет, проходит обследование по поводу привычного невынашивания беременности. В анамнезе: количество беременностей — 3, все закончились самопроизвольным прерыванием в сроке до 10 недель гестации. Менструальный цикл: регулярный, по 5 дней через 28 дней. При проведении УЗИ органов малого таза патологии не выявлено. В ходе комплексного обследования данных за генетическую, эндокринную патологию не получено. В анализе крови выявлен высокий титр антикардиолипидных иммуноглобулинов классов М и G, волчаночный антикоагулянт. При проведении повторных анализов через 12 недель получены аналогичные результаты.

Диагноз. Тактика.

Ответы

Тесты: 1 — а; 2 — а; 3 — а; 4 — а; 5 — б; 6 — б; 7 — в; 8 — б; 9 — а; 10 — б.

Задача 1. Беременность 9 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш.

Тактика: терапия по сохранению беременности.

Задача 2. Привычный выкидыш. Антифосфолипидный синдром.

Тактика: консультация и лечение у гематолога.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. *Акушерство* : учеб. пособие / под общ. ред. Ю. К. Малевича. Минск : Беларусь, 2017. 511 с.
2. *Подзолкова, Н. М.* Самопроизвольное прерывание беременности. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике / Н. М. Подзолкова, М. Ю. Скворцова, Т. В. Денисова. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. 224 с.
3. *Медицинское* наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии : клинический протокол. Утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 19 февраля 2018 № 17. Минск : Профессиональные издания, 2018. 208 с.

Дополнительная

4. *ESHRE Guideline: recurrent pregnancy loss* / The ESHRE Guideline group on KPL [et. al] // European Society of Human Reproduction and Embryology. Version 2. 2019. P. 153.
5. *Li, Y. H.* Recurrent pregnancy loss. A summary of international evidence-based guidelines and practice / Y. H. Li, A. Marren // *AJGP*. 2018. Vol. 47. P. 432–436.
6. *Инструкция* по применению методов диагностики и лечения истмико-цервикальной недостаточности № 067-0917 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 06.11.2017 / Ю. В. Савочкина [и др.]. Минск, 2017. С 9 .
7. *Инструкция* по применению метода медицинской профилактики венозных тромбозомболических осложнений у беременных женщин, рожениц и родильниц с тромбогенными мутациями, дефицитом естественных антикоагулянтов и нарушениями фолатного обмена № 115-1117 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 01.12.2017 / И. В. Курлович [и др.]. Минск, 2017. С 9 .
8. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems* // World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Second edition. 2012. P. 132.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	3
Мотивационная характеристика темы.....	3
Терминология и классификация невынашивания беременности.....	5
Этиология и факторы риска невынашивания беременности	6
Клиника и диагностика при самопроизвольном прерывании беременности в ранние сроки гестации.....	8
Лечебная тактика при самопроизвольном прерывании беременности в ранние сроки гестации	12
Привычная потеря беременности: обследование, лечение и профилактика	17
Самоконтроль усвоения темы	25
Тесты	25
Ситуационные задачи.....	27
Список использованной литературы	28

Учебное пособие

Можейко Людмила Федоровна
Акулич Наталья Станиславовна
Дядичкина Ольга Васильевна

**НЕДОНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ:
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА
ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ РАНИХ
СРОКОВ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск Л. Ф. Можейко
Редактор И. А. Соловьёва
Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 09.11.21. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».

Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,86. Уч.-изд. л. 1,5. Тираж 40 экз. Заказ 545.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

Репозиторий БГМУ

Репозиторий БГМУ

Репозиторий БГМУ

ISBN 978-985-21-0936-9



9 789852 109369