

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

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2013

УДК 618.3 (075.8)
ББК 57.16 я73
Н40

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 31.10.2012 г., протокол № 2

А в т о р ы: д-р мед. наук, проф. Л. Ф. Можейко; канд. мед. наук, доц. Е. Н. Кириллова; канд. мед. наук, доц. Р. Л. Коршикова; ассист. Е. В. Терешко

Р е ц е н з е н т ы: д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства, гинекологии и репродуктивного здоровья Белорусской медицинской академии последипломного образования С. И. Михалевич; канд. мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии Белорусского государственного медицинского университета Н. С. Акулич

Невынашивание беременности : учеб.-метод. пособие / Л. Ф. Можейко
Н40 [и др.]. – Минск : БГМУ, 2013. – 28 с.

ISBN 978-985-528-775-0.

Освещены современные этиологические факторы, клинические проявления и современные методы диагностики и лечения самопроизвольного выкидыша, неразвивающейся беременности и преждевременных родов.

Предназначено для студентов 4–6-го курсов лечебного, педиатрического, медико-профилактического факультетов по дисциплине «Акушерство и гинекология».

УДК 618.3 (075.8)
ББК 57.16 я73

Учебное издание

Можейко Людмила Федоровна
Кириллова Елена Николаевна
Коршикова Раиса Людвиговна
Терешко Елена Викторовна

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. Ф. Можейко
Редактор Н. В. Оношко
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 01.11.12. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,63. Уч.-изд. л. 1,51. Тираж 50 экз. Заказ 181.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-528-775-0

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2013

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Тема занятия: Невынашивание беременности: врачебная тактика в зависимости от стадии самопроизвольного выкидыша. Преждевременные роды. Особенности ведения при дородовом излитии околоплодных вод. Осложнения для матери и плода.

Общее время занятий: 7 ч.

Невынашивание беременности является одной из важнейших проблем современного акушерства. Частота невынашивания составляет 10–25 % общего числа беременностей и не имеет тенденции к снижению, несмотря на многочисленные и высокоэффективные методы диагностики и лечения, разработанные в последние годы. Успешное течение беременности определяется большим количеством факторов, к которым относятся: координированное взаимодействие эмбриона с организмом матери, предимплантационное состояние эндометрия, состояние женского организма, воздействие негативных факторов. Для снижения частоты преждевременных родов и снижения показателей перинатальной заболеваемости и смертности необходимы качественное наблюдение за беременной женщиной и своевременная диагностика и лечение акушерской и экстрагенитальной патологии.

Цель занятия: изучить этиопатогенез невынашивания беременности, методы диагностики и лечебной тактики. Изучить особенности ведения преждевременных родов, признаки недоношенного ребенка.

Задачи занятия. Студент должен *знать*:

1. Место и роль невынашивания беременности в общей структуре акушерской патологии.

2. Этиологию, патогенез, классификацию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение и профилактику недоношенной беременности.

3. Тактику ведения преждевременных родов.

4. Организационные мероприятия по профилактике невынашивания беременности в женской консультации.

5. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка.

Студент должен *уметь*:

1. Собрать общесоматический и акушерско-гинекологический анамнез у беременной с недоношенной беременностью.

2. Провести общий осмотр и диагностировать наличие невынашивания беременности.

3. Оценить общее состояние беременной с наличием невынашивания беременности.

4. Интерпретировать результаты клинико-лабораторного обследования беременных, рожениц, родильниц с целью диагностики невынашивания.

ния беременности и для определения дальнейшей тактики ведения пациентки.

5. Выявлять факторы риска возникновения невынашивания беременности.

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

– из *медицинской и биологической физики*: медицинские приборы и аппаратура, используемые в акушерстве и гинекологии, их устройство и назначение, правила техники безопасности работы с электрическими приборами;

– *анатомии человека*: строение, кровоснабжение и иннервация наружных и внутренних половых органов;

– *гистологии, цитологии, эмбриологии*: гистологическое строение матки, имплантация, эмбриогенез;

– *клинической эндокринологии*: заболевание щитовидной железы, коры надпочечников;

– *фармакологии*: фармакодинамика и фармакокинетика лекарственных средств, основные принципы действия лекарственных веществ, их побочное и токсическое действие;

– *пропедевтики внутренних болезней*: общие клинические и лабораторные методы исследования.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомия женских половых органов.
2. Гистологическое строение матки.
3. Имплантация и эмбриогенез.
4. Клиника и диагностика нарушений функции щитовидной железы.
5. Аденогенитальный синдром.
6. Фармакодинамика и фармакокинетика лекарственных средств. Основные принципы действия лекарственных веществ. Побочное и токсическое действие лекарственных веществ.
7. Общие клинические и лабораторные методы исследования.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Определение понятия невынашивания беременности.
2. Определение понятия привычного невынашивания.
3. Причины невынашивания беременности.
4. Причины наступления преждевременных родов.
5. Диагностика невынашивания беременности.
6. Диагностика преждевременных родов.
7. Лечение невынашивания беременности.
8. Тактика ведения преждевременных родов.

9. Профилактика невынашивания беременности и преждевременных родов.

10. Характеристика недоношенного ребенка. Основные причины смертности недоношенных новорожденных.

Задания для самостоятельной работы студентов. Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить учебный материал из смежных дисциплин. Затем необходимо ознакомиться с учебным материалом пособия. Для того, чтобы изучение темы было более осознанным, студенту рекомендуется вести записи вопросов и замечаний, которые впоследствии можно выяснить в ходе дальнейшей самостоятельной работы с дополнительной литературой или на консультации с преподавателем. Для более углубленного изучения материала рекомендуется написание УИРС:

1. Невынашивание беременности: причины, тактика ведения, профилактика.

2. Преждевременные роды: причины, тактика ведения, профилактика.

3. Недоношенный ребенок: анатомо-физиологические особенности.

Завершающим этапом в работе над темой служат ответы на контрольные вопросы и решение ситуационных задач, что поможет студенту успешно подготовиться к текущему контролю по дисциплине «Акушерство и гинекология».

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

ПРИЧИНЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Невынашивание беременности — это самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель, считая с первого дня последней менструации.

Прерывание беременности от зачатия до 22 недель называют **самопроизвольным абортом** (или выкидышем). Прерывание беременности с 22 недель, согласно номенклатуре ВОЗ, считают **преждевременными родами**.

К **привычному выкидышу** относят случаи самопроизвольного последовательного прерывания беременности 2 и более раз.

В настоящее время установлено, что 15–20 % всех клинически диагностируемых беременностей заканчиваются спонтанным прерыванием, из них 75–80 % в сроки до 12 недель. Подобное явление, получившее название «очень ранние потери беременности», имеет место в популяции, вероятно, как фактор естественного отбора, препятствующий развитию генетически аномальных плодов.

При спорадическом выкидыше действие повреждающих факторов носит преходящий характер без нарушения репродуктивной функции

женщины в последующем. Вместе с тем в группе женщин, потерявших первую беременность, существует категория больных (3–5 %), в организме которых присутствуют эндогенные факторы, препятствующие нормальному развитию эмбриона/плода. В последующем это приводит к повторным прерываниям беременности.

Так, установлено, что риск потери беременности после первого выкидыша составляет 13–17 %, что соответствует частоте спорадического выкидыша в популяции, тогда как после 2 предшествующих самопроизвольных прерываний риск потери желанной беременности возрастает более чем в 2 раза и составляет 36–38 %. У женщин, не имеющих живых детей, т. е. страдающих первичным привычным невынашиванием беременности, вероятность выкидыша выше и составляет 40–45 % после третьего самопроизвольного прерывания.

Причинами невынашивания беременности являются генетические, эндокринные, инфекционные, иммунологические и анатомические факторы, а также тромбофилии. При исключении всех вышеперечисленных причин генез невынашивания может быть неустановленным (идиопатическим).

На частоту невынашивания могут оказать существенное влияние социально-биологические факторы: условия труда (физические нагрузки, работа свыше 42 ч в неделю) и наличие профессиональных вредностей (вибрация, ядохимикаты и др.), место жительства (показатель выше в крупных промышленных городах, северных районах, радиационно загрязненных территориях), возраст матери (моложе 20 и старше 35 лет), вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики).

Генетические причины

Для спорадических прерываний беременности малого срока характерна генетическая патология самого эмбриона, т. е. ситуация, когда патологический кариотип возникает впервые. Наиболее часто причиной являются хромосомные aberrации — изменение числа и структуры хромосом.

Основное число эмбрионов с aberrантным кариотипом гибнет в ранние сроки гестации. Так, в первые 6–7 недель беременности аномальный кариотип имеют 60–75 % абортусов, в 12–17 недель — 20–25 %, в 17–28 недель — только 2–7 %. Среди хромосомных aberrаций у абортусов 45–55 % составляют аутомсомные трисомии, 20–30 % — моносомия 45 XO, 15–20 % — триплоидия и 5 % — тетраплоидия.

Аутомсомная трисомия в большинстве случаев является результатом отсутствия расхождения хромосом во время первого митотического деления ооцита, причем частота этого явления возрастает с возрастом матери. При аутомсомной трисомии, как правило, эмбрион отсутствует или имеет множественные пороки развития.

Моносомия по X-хромосоме вызывает аплазию эмбриона, от которого нередко сохраняется лишь остаток пуповинного тяжа, или же сохра-

нившийся эмбрион находится в состоянии выраженной водянки. При моносомии 98 % беременностей заканчиваются выкидышем и только 2 % — рождением ребенка с синдромом Тернера.

Триплоидия и тетраплоидия встречаются с умеренной частотой, но те случаи триплоидии, при которых имеет место двойной родительский компонент, обычно приводят к частичному пузырному заносу, клинически проявляющемуся в более поздние сроки беременности.

Важной структурной патологией хромосом является транслокация (2–10 %), которая может передаваться одним из родителей, являющимся сбалансированным носителем. Сбалансированную (компенсированную) транслокацию следует подозревать в тех случаях, когда в анамнезе у супругов есть указания на повторные неразвивающиеся беременности или самопроизвольные выкидыши.

Среди прочих видов нарушений кариотипа — различные формы мозаицизма, двойные трисомии и другие редкие патологии. Хромосомная патология человека зависит не только от интенсивности мутационного процесса, но и от эффективности отбора. С возрастом отбор ослабевает, поэтому чаще встречаются аномалии развития.

Эндокринные причины

Нарушение функции эндокринных органов является наиболее частой причиной невынашивания беременности (в структуре причин привычного выкидыша составляет 8–20 %).

Неполноценная лютеиновая фаза. НЛФ — состояние, которое связано со снижением функции желтого тела.

До 7 недель беременности основным источником прогестерона является желтое тело беременности, активность которого поддерживает трофобласт, продуцирующий *хорионический гонадотропин человека* (ХГЧ). Под действием ХГЧ желтое тело синтезирует и секретирует прогестерон в достаточном для предотвращения отторжения эндометрия количестве. При нормальных условиях течения беременности трофобласт трансформируется в синцитиотрофобласт, превращающийся затем в фетоплацентарную систему. После 12 недель основным источником синтеза прогестерона является плацента. В децидуа и амниотических оболочках также происходит синтез прогестерона (из прегненолон-сульфата) и его метаболизм (В. F. Mitchell et al., 1987). В первые недели беременности уровень прогестерона соответствует уровню II фазы менструального цикла (25 нг/мл), после 10 недель он постепенно повышается. Переход продукции прогестерона от желтого тела к плаценте наблюдается в 7–9 недель беременности, что сопровождается снижением продукции прогестерона в эти сроки и, как следствие, более частым прерыванием беременности в этот период.

Недостаточный синтез прогестерона приводит к неадекватной секреторной трансформации эндометрия, изменению функции маточных труб,

нарушению процессов имплантации, что клинически может проявляться бесплодием или спонтанным выкидышем в I триместре беременности.

Наиболее частые причины НЛФ:

1. Нарушения функции гипоталамо-гипофизарной системы.
2. Эндокринные заболевания и субклинические формы патологии некоторых желез внутренней секреции (гиперандрогения яичникового, надпочечникового и смешанного генеза; гиперпролактинемия; гипо- или гипертиреоз).
3. Воспалительный процесс органов малого таза.
4. Биохимические изменения в перитонеальной жидкости (повышение содержания простагландинов и их метаболитов, макрофагов, пероксидазы и др.).

Гиперандрогения. Это патологическое состояние, связанное с изменением секреции и метаболизма андрогенов, которое проявляется вирилизирующим и анаболическим действием, а также приводит к нарушению фолликулогенеза и овуляции. При невынашивании беременности наиболее часто встречаются стертые формы гиперандрогении, что создает определенные трудности в диагностике. Ряд исследователей считает, что повышенный уровень тестостерона является отражением яичниковой гиперандрогении, а увеличение концентрации ДЭАС и 17-ОП — надпочечниковой гиперандрогении.

Гиперандрогения яичникового генеза нередко приводит к формированию склерокистозных яичников и проблемам с зачатием, а также к невынашиванию беременности, механизмы которого до конца не ясны. Согласно предположению В. П. Сметник (2005), избыток андрогенов может приводить к склерозированию сосудов эндо- и миометрия, а также хориона с возникновением кровоизлияния, гематомы и прерывания беременности в дальнейшем.

При гиперандрогении любого генеза наиболее часто прерывание беременности наступает в I триместре и происходит по типу неразвивающейся беременности или анэмбрионии. У 24 % женщин с гиперандрогенией отмечено предлежание ветвистого хориона, так как имплантация происходит преимущественно в нижних отделах матки.

Если беременность не прервалась на ранних этапах, следующим критическим моментом является развитие функциональной истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН), имеющей место у 40 % женщин.

На более поздних сроках (24–26, 28–32 недели) возможно развитие тяжелой плацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития, в отдельных случаях приводящей к антенатальной гибели плода.

Нарушение функции щитовидной железы. Заболевания щитовидной железы, сопровождающиеся как снижением, так и повышением ее функции, могут влиять на течение и исход беременности. Однако бере-

менность редко развивается на фоне выраженной патологии щитовидной железы, поскольку это часто приводит к выраженным нарушениям репродуктивной функции и бесплодию. У беременных распространенной патологией является эутиреоидный диффузный зоб, аутоиммунный тиреоидит и гипотиреоз (последний встречается значительно реже). Связь аутоиммунного тиреоидита с привычной потерей беременности была показана в нескольких зарубежных рандомизированных исследованиях.

Инфекционные причины

Роль инфекционного фактора как причины невынашивания беременности в настоящее время считается доказанной. Первичное инфицирование на ранних сроках беременности может приводить к эмбрио- или фетопатиям и спорадическим прерываниям беременности.

По данным Н. М. Подзолковой и соавт., у 52,5 % пациенток с неразвивающейся беременностью выявлена смешанная вирусно-бактериальная флора, в 20 % случаев — моноинфекция, а в остальных случаях — микстинфекции. При анэмбрионии обнаружено сочетание вируса с микоплазмами (42,8 %), гонококками (33,3 %), хламидиями (23,8 %).

У женщин с привычной потерей беременности в 60–70 % случаев наблюдений гистологически верифицируется эндометрит, в 87 % наблюдается персистенция условно-патогенных микроорганизмов в эндометрии. Смешанная вирусная инфекция (вирус простого герпеса, Коксаки А и В, энтеровирусы, цитомегаловирус) сочетается с персистенцией 2–3 и более анаэробных и аэробных бактерий. Персистенция микроорганизмов характеризуется привлечением в очаг хронического воспаления мононуклеарных фагоцитов, естественных киллеров, Т-хелперов, синтезирующих различные цитокины. Это может являться причиной активации иммунопатологических процессов, приводящих к невынашиванию беременности.

Часто восходящая инфекция является причиной преждевременных родов. Плодные оболочки проницаемы для большинства условно-патогенных микроорганизмов, которые, достигая базальной пластины плаценты, вызывают децидуит, плацентарную недостаточность и преждевременное излитие околоплодных вод.

Иммунологические причины

С иммунологической точки зрения беременность представляет собой аллотрансплантат, имеющий 50 % чужеродных материнскому организму антигенов отцовского происхождения. Нормальное течение беременности обеспечивается множеством защитных факторов, связанных с особенностями иммунологических реакций материнского организма. Аллоиммунные нарушения, такие как гистосовместимость родителей, снижение продукции аллоантител к отцовским лейкоцитам, повышенное содержание

цитотоксических клеток в эндометрии, приводят к прерыванию беременности, направляя иммунный ответ матери против антигенов плода.

Тромбофилии

Антифосфолипидный синдром (АФС) — наиболее частая причина тромбофилических осложнений и связанной с этим потерей беременности. Частота его выявления у пациенток с привычным выкидышем составляет 27–42 %. Без лечения гибель эмбриона/плода наблюдается у 90–95 % женщин, имеющих аутоантитела к фосфолипидам. В патогенезе этих нарушений значительная роль принадлежит активации тромбоцитарного и плазменного звеньев гемостаза. Антифосфолипидные антитела изменяют адгезивные характеристики предимплантационного эмбриона, нарушают слияние синцития, снижают глубину инвазии трофобласта, подавляют продукцию хорионического гонадотропина. Это приводит к потере беременности или развитию таких тяжелых гестационных осложнений, как гестоз, плацентарная недостаточность, преждевременная отслойка плаценты и репродуктивным потерям.

К другим тромбофилическим состояниям во время беременности, приводящим к привычному невынашиванию, относятся следующие формы генетически обусловленных тромбофилий: дефицит антитромбина III, мутация фактора V (лейденовская мутация), дефицит протеина C, дефицит протеина S, гипергомоцистеинемия.

Сенсибилизация к прогестерону

Аутоантитела к прогестерону играют негативную роль в генезе привычного невынашивания беременности. Причинами их синтеза являются предшествующие репродуктивные потери, а также прием препаратов прогестерона в анамнезе в 76,9 % наблюдений. У пациенток с сенсибилизацией к прогестерону нарушаются процессы имплантации, формирования трофобласта и развития беременности (В. М. Сидельникова, 2010).

Анатомические причины

Этиологическими факторами невынашивания беременности могут быть следующие анатомические изменения:

- врожденные аномалии развития матки (внутриматочная перегородка; двурогая, однорогая, двойная матка);
- приобретенные анатомические дефекты (внутриматочные синехии, миома матки);
- ИЦН (органическая и функциональная).

Среди женщин, имеющих проблемы с вынашиванием беременности, по данным разных авторов частота врожденных аномалий матки составляет от 10 до 15 %. Наибольшая частота самопроизвольных выкидышей у них отмечается во II триместре беременности. Причины связаны с ана-

томо-физиологической неполноценностью матки, а также сопутствующей ей ИЦН. Кроме того, у этих пациенток часто отмечаются нарушения овариально-менструального цикла.

Внутриматочные синехии образуются, как правило, после инструментальных вмешательств (аборты, раздельные диагностические выскабливания) или перенесенного эндометрита. Диагностируется эта патология рентгенологически и с помощью гистероскопии, во время которой при помощи гистерорезектоскопа возможно провести разрушение синехий. Выраженные синехии и рубцовое повреждение базального слоя приводят к стойкому бесплодию.

При наличии *миомы матки* прогноз течения беременности зависит от локализации и размеров миоматозных узлов. Наиболее неблагоприятное течение отмечается при больших межмышечных и подслизистых узлах, а также при сочетании миомы матки и внутреннего эндометриоза.

ИЦН является причиной невынашивания во II триместре беременности в 40 % случаев и встречается в каждом третьем случае преждевременных родов. Выделяют органическую и функциональную ИЦН. Органическая (посттравматическая, вторичная) ИЦН возникает после механического расширения цервикального канала при выполнении выскабливаний полости матки, травматичных родов, влагалищных родоразрешающих операций. Патогенез функциональной ИЦН точно не установлен. Предполагают, что определенную роль в ее развитии играет раздражение α - и торможение β -адренорецепторов. Установлено, что чувствительность α -адренорецепторов усиливается при гиперэстрогении, а β -адренорецепторов — при повышении концентрации прогестерона. Активация α -адренорецепторов приводит к сокращению шейки матки и расширению перешейка, в случае активации β -адренорецепторов наблюдается обратный процесс. Часто функциональная ИЦН развивается у женщин с эндокринными нарушениями (гиперандрогения), а также у пациенток с генитальным инфантилизмом и пороками развития матки.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В зависимости от клинической симптоматики различают угрожающий самопроизвольный аборт, начавшийся аборт, аборт в ходу (полный и неполный), неразвивающуюся беременность, инфицированный аборт.

Угрожающий аборт проявляется тянущими болями внизу живота и пояснице. Кровянистые выделения отсутствуют или незначительны. При вагинальном осмотре матка соответствует предполагаемому сроку беременности, тонус ее повышен. Шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт.

Начавшийся аборт характеризуется усилением схваткообразных болей, появлением кровянистых выделений из половых путей в результате

отслойки плодного яйца от стенок матки. На начальных этапах размеры матки еще соответствуют сроку беременности, цервикальный канал может быть слегка приоткрыт. При ИЦН канал шейки матки может быть расширен, болевые ощущения выражены незначительно.

Аборт в ходу определяется при регулярных схваткообразных сокращениях миометрия, которые приводят к полному отслаиванию плодного яйца от стенок матки и усилению кровянистых выделений. При бимануальном исследовании матка меньше предполагаемого срока беременности, канал шейки матки свободно пропускает палец. Нередко в канале определяется опустившееся плодное яйцо, возможно подтекание околоплодных вод.

При *неполном аборте* в полости матки могут задерживаться элементы плодного яйца — оболочки, части хориона или плаценты, которые препятствуют полноценному сокращению матки, что приводит к продолжающемуся кровотечению. При осмотре определяется несколько увеличенная матка мягковатой консистенции, цервикальный канал свободно пропускает палец, выделения кровянистые, различной степени интенсивности, чаще обильные.

Полный аборт встречается реже и в поздние сроки беременности, когда после полного опорожнения матка сокращается, кровянистые выделения прекращаются. При влагалищном исследовании определяются четкие контуры неувеличенной матки, цервикальный канал закрыт.

Неразвивающаяся беременность — состояние, которое определяется при гибели эмбриона или плода в сроке до 22 недель беременности при отсутствии экспульсии элементов плодного яйца из полости матки. Клинически размер матки отстает от предполагаемого срока беременности, уменьшается выраженность субъективных признаков беременности, периодически могут отмечаться кровянистые выделения из половых путей. Определяющая роль в диагностике принадлежит УЗИ, на котором отмечается отсутствие сердцебиения плода.

В некоторых случаях погибшее плодное яйцо может длительно находиться в матке, подвергаясь некрозу и мацерации. На ранних стадиях может наблюдаться аутолиз. Длительная задержка погибшего плодного яйца в матке опасна коагулопатическими осложнениями.

Инфицированный аборт — состояние, которое проявляется лихорадкой, недомоганием, ознобом, болями внизу живота, кровянисто-гнойными или гнойными выделениями из половых путей. Чаще развивается при криминальных вмешательствах, длительном пребывании погибшего плодного яйца в матке, длительном подтекании околоплодных вод. Непосредственными возбудителями инфекции являются стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, протей, анаэробные микроорганизмы и их сочетания.

При физикальном осмотре выявляется тахикардия, дефанс мышц передней брюшной стенки. При бимануальном влагалищном исследовании определяется мягкой консистенции болезненная матка, нередко расширенный цервикальный канал с гнойными выделениями из полости матки. При отсутствии лечения наблюдается распространение инфекции, сопровождающееся ухудшением состояния пациентки. Клиническая картина будет определяться тяжестью распространения инфекции, в которой выделяют 3 стадии:

- I стадия — неосложненный инфицированный аборт, характеризуется вовлечением в процесс эндометрия и миометрия;
- II стадия — осложненный инфицированный аборт, характеризуется вовлечением придатков матки при отсутствии признаков выхода инфекции за пределы малого таза;
- III стадия — перитонит и сепсис, характеризуется генерализацией процесса.

При ИЦН аборт чаще всего начинается с преждевременного излития околоплодных вод. Плодное яйцо опускается в расширенный цервикальный канал, оболочки инфицируются и вскрываются. Выкидыш происходит быстро и безболезненно.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Причины спорадического и привычного невынашивания могут быть идентичны, но, как правило, женщины с привычным невынашиванием имеют более выраженную патологию репродуктивной системы и требуют тщательного обследования вне беременности для установления причины невынашивания.

Все супружеские пары подлежат обследованию после 2 потерь беременности, а женщины в возрасте старше 35 лет и по желанию — после первой.

Анамнез. Устанавливают возраст супружеской пары, социально-бытовые условия, наличие производственных вредностей, вредных привычек, психоэмоциональную обстановку дома и на работе.

Необходимо выяснить наличие наследственных заболеваний и врожденных аномалий у членов семьи, факт рождения детей с задержкой умственного развития, наличие неясных случаев перинатальной смертности. Наследственный анамнез целесообразно проводить по типу генеалогического опроса.

Необходимо обратить внимание на прием матерью каких-либо лекарственных препаратов во время беременности, чтобы определить их возможное действие на плод.

При опросе уточняют все перенесенные заболевания. Так, при высоком инфекционном индексе в детстве и пубертатном периоде возможны проявления инфантилизма и эндокринных расстройств.

Подробно изучается менструальная функция с уточнением возраста менархе, характера становления, длительности и нарушений менструального цикла, наличия болезненности, появления кровянистых выделений до и после менструаций, в середине цикла.

Необходимо выяснить перенесенные гинекологические заболевания, проводимое лечение и его эффект. При оперативных вмешательствах на половых органах обязательно следует уточнить объем операции, течение послеоперационного периода.

Особое внимание при сборе анамнеза уделяется детородной функции: как быстро наступила первая беременность после начала половой жизни, наличие бесплодия до наступления беременности, сроки прерывания беременности, факт неразвивающейся беременности, возможные инфекционные осложнения после выкидыша.

Если пациентка длительно использовала контрацепцию до наступления беременности, уточняют способ контрацепции.

Важный раздел анамнеза — изучение особенностей течения предыдущих беременностей (возможное использование препаратов для ее сохранения) и родов.

Целесообразно при сборе анамнеза уточнить сведения о муже пациентки: возраст, семейный анамнез, вредные привычки, перенесенные заболевания.

Физикальное и специальное обследование. При общем осмотре женщин с невынашиванием обращают внимание на рост, массу тела, характер телосложения, выраженность вторичных половых признаков, наличие акне, гирсутизма, полос растяжения на коже (стрий).

Проводят обследование по органам и системам.

Гинекологический осмотр должен включать осмотр наружных половых органов (обратить внимание на возможное наличие клиторомегалии, тип оволосения), осмотр с помощью зеркал (зияние канала шейки матки может указывать на возможную ИЦН) и двуручное влагалищное исследование (размеры матки, соотношение длины матки и шейки, положение матки). Ряд исследователей считает, что свободное введение в цервикальный канал расширителя Гегара № 6 в секреторную фазу менструального цикла указывает на наличие ИЦН.

Специальные методы исследования должны включать тесты функциональной диагностики (позволяют определить особенности менструального цикла, наличие НЛФ), гормональные исследования (для выявления гиперандрогении, гиперпролактинемии, синдрома поликистозных яичников, нарушений функций щитовидной железы), гистеросальпингографии (по-

роки развития матки, наличие внутриматочных синехий, ИЦН). Для выявления ИЦН гистеросальпингографию проводят на 18–20-й день менструального цикла. Ширина истмуса, равная 6,09 мм (при норме 2,63 мм), указывает на наличие ИЦН. УЗИ позволяет выявить большое количество патологий репродуктивных органов, в том числе опухоли матки и придатков, эндометриоз, гиперпластические процессы эндометрия, пороки развития, инфантилизм. Для исключения инфекционных причин невынашивания необходимо провести следующие методы диагностики: микроскопию мазков из влагалища и канала шейки матки по Граму; бактериологическое исследование отделяемого канала шейки матки с количественным определением степени колонизации патогенной и условно-патогенной микрофлорой и содержания лактобактерий; выявление гонорейной, хламидийной, трихомонадной инфекций, носительства вируса простого герпеса и вируса папилломы человека с помощью полимеразно-цепной реакции. При необходимости проводят исследование иммунного статуса (субпопуляционный анализ Т-клеточного звена иммунитета с определением НК-клеток) и биопсию эндометрия на 7–8-й день менструального цикла с гистологическим и бактериологическим исследованием из полости матки.

Иммунологическое исследование проводят в следующих случаях:

- привычное невынашивание неясного генеза;
- анэмбриония в анамнезе;
- наличие аутоиммунных заболеваний и состояний;
- предшествующая беременность с задержкой развития плода;
- внутриутробная гибель плода в любом сроке беременности;
- наличие в анамнезе артериальных и венозных тромбозов.

Иммунологическое обследование может включать несколько тестов: иммунофенотипирование, определение иммуноглобулинов, определение интерферонового статуса, определение уровней цитокинов, исследование аутоантител, определение волчаночного антикоагулянта, антител к прогестерону.

Для исключения аллоиммунных нарушений выполняют HLA-типирование, для выявления хромосомной патологии — кариотипирование супругов. В случаях, если: родители являются носителями хромосомной патологии, в семье рождались дети с пороками развития или хромосомной патологией, при ультразвуковом исследовании выявляются пороки развития или подозрение на них, имеются отклонения биохимических маркеров патологии плода (ХГЧ, α -фетопротеин, РРАР-ассоциированный с беременностью плазменный протеин), возраст матери старше 35 лет — решается вопрос о проведении инвазивных методов генетической диагностики с целью получения материала от эмбриона или плода путем биопсии ворсин хориона, амниоцентеза или кордоцентеза с последующим цитогенетическим исследованием.

Планирование беременности и прегравидарная подготовка, включающая выявление и устранение причин невынашивания беременности, улучшают перинатальные исходы.

ЛЕЧЕНИЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ВЫКИДЫША

При угрожающем выкидыше проводится комплексная терапия. Однако, учитывая, что в ранние сроки беременности (2–4 недели) более 50 % выкидышей связаны с хромосомной патологией, большинство исследователей не рекомендуют активную терапию по сохранению беременности малых сроков в тех случаях, когда причина выкидыша не ясна и пациентка не была обследована до беременности.

До начала терапии необходимо провести УЗИ для определения жизнеспособности эмбриона или плода.

Лечение начинают с создания лечебно-охранительного режима (постельный режим, физический и сексуальный покой), назначения седативных препаратов (отвар пустырника, валерианы). Альтернативным препаратом может являться Магне-В6, обладающий седативным и спазмолитическим действием, который назначают в дозе 4 таблетки в сутки.

Широко используется спазмолитическая терапия: но-шпа по 0,04 г 3 раза в сутки, свечи с папаверином гидрохлоридом по 0,02 г 3–4 раза в сутки ректально, баралгин по 2 мл в/м 2 раза в сутки, дротаверина гидрохлорид по 2 мл в/м 2–3 раза в сутки.

При наличии кровянистых выделений из половых путей с гемостатической целью применяют этамзилат натрия по 250 мг в 1 мл. Препарат назначают по 2 мл в/м 2 раза в сутки с переходом на пероральный прием по 1–2 таблетки 2–3 раза в сутки. Длительность приема устанавливают индивидуально.

После остановки кровотечения и при наличии ретрохориальной гематомы для ее рассасывания назначают Вобэнзим по 3 драже 3 раза в сутки перорально.

При установленной недостаточности функции желтого тела к лечению добавляют гестагенные препараты (дидрогестерон в дозе 20 мг в сутки или микронизированный прогестерон в дозе 200 мг в сутки интравагинально). Это современные препараты прогестеронового ряда, которые не обладают андрогенными и анаболическими эффектами.

До недавнего времени пероральный путь введения прогестерона признавался недостаточно эффективным ввиду плохой абсорбции и частичной инактивации прогестерона в печени при первом прохождении через нее после всасывания в кишечнике.

Проблема биодоступности была решена в результате микронизации прогестерона, процесса, который представляет собой значительное уменьшение частичек действующего вещества. Каждая частица имеет

размер менее 10 микрон и находится во взвешенном состоянии в эмульсии арахисового масла. Микронизация прогестерона позволила повысить его биодоступность и эффективность. Терапия прогестероновыми препаратами, как правило, проводится до 16 недель беременности, так как далее плацента синтезирует достаточный уровень прогестерона. Однако у женщин, имеющих особые показания (например, миома матки, эндометриоз и др. в анамнезе), эти препараты можно использовать более длительное время.

При гиперандрогении надпочечникового генеза назначают кортикостероиды под контролем экскреции 17-КС в суточной моче. Сроки беременности 13, 20–24 и 28 недель являются критическими для пациенток с гиперандрогенией из-за начала выработки гормонов плодом. В эти сроки проводят контроль уровня секреции 17-КС и необходимую коррекцию дозы кортикостероидов.

При лечении угрожающего выкидыша могут быть использованы немедикаментозные и физиотерапевтические методы лечения (иглоукалывание, электроаналгезия, эндоназальная гальванизация).

При наличии ИЦН контроль за состоянием шейки матки осуществляют с помощью трансвагинального эхографического исследования. Признаком ИЦН является укорочение длины шейки матки до 2,9 см в 17–20 недель беременности. Длина шейки матки, равная 2 см, является абсолютным признаком ИЦН и показанием к хирургической коррекции.

Хирургическая коррекция ИЦН обычно проводится в период от 13 до 27 недель беременности. Сроки проведения определяют по наличию индивидуальных показаний, которые включают:

- наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов (во II и III триместре беременности);
- прогрессирующую недостаточность шейки матки: изменение ее консистенции (размягчение), длины (укорочение), увеличение «зияния наружного зева», раскрытие внутреннего зева канала шейки матки.

Хирургическую коррекцию проводят при отсутствии патогенной флоры во влагалище (I или II степень чистоты) и кровянистых выделений.

В настоящее время для хирургической коррекции используют 2 метода:

1. Наложение кругового кисетного шва без предварительного рассечения слизистой оболочки по Мак-Дональду (1957).
2. Двойной П-образный шов на шейку матки по Любимовой–Мамедалиевой (1978).

При ушивании шейки матки по Мак-Дональду в асептических условиях 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. Для ушивания шейки матки можно использовать лавсан, шелк, хромированный кетгут.

Метод Любимовой–Мамедалиевой можно использовать при пролабировании плодного пузыря: после взятия шейки матки на пулевые щипцы влажным тампоном (тупфером) 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.

Контроль за состоянием швов и обработку влагалища антисептиками проводят ежедневно в течение 3–5 дней с помощью зеркал. С профилактической целью в течение 2–3 дней используют спазмолитики, антибактериальную терапию проводят по показаниям.

Швы снимают в 37–38 недель беременности или раньше, если начнутся преждевременные роды.

При функциональной ИЦН, а также размягчении и укорочении шейки матки при отсутствии раскрытия канала возможно использование нехирургических методов коррекции ИЦН — кольцевидного акушерского pessaria или кольца Гольджи. При выраженной ИЦН эти методы малоэффективны.

При начавшемся аборте лечение в основном такое же, как и при угрожающем. При подтекании околоплодных вод сохранение беременности нецелесообразно.

При аборте в ходу, неполном аборте и неразвивающейся беременности начинают с хирургического лечения (выскабливание стенок полости матки или вакуум-аспирация), что позволяет удалить остатки хориальной или плацентарной ткани, остановить кровотечение, эвакуировать ткани, пораженные воспалительным процессом. В последующем проводят антибактериальную терапию (антибиотики широкого спектра действия в сочетании с метронидазолом) в течение 7 дней. Женщинам, имеющим резус-отрицательную принадлежность группы крови, вводят иммуноглобулин-антирезус.

При полном аборте на большом сроке беременности и исключении задержки элементов плодного яйца в матке при ультразвуковом контроле хирургическое лечение не проводится. Однако в сроки беременности до 14–16 недель, учитывая большую вероятность задержки частей плодного яйца, большинство авторов рекомендуют провести инструментальное контрольное выскабливание матки.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Преждевременными (по определению ВОЗ) называются роды в сроки гестации от 22 до 37 полных недель, считая с первого дня последней менструации, с массой плода 500 г и более.

Выделяют социальные и медицинские факторы риска преждевременных родов.

По рекомендации ВОЗ, преждевременные роды делят по срокам гестации на *очень ранние преждевременные роды* — 22–27 недель, *ранние преждевременные роды* — 28–33 недели и *преждевременные роды* — 34–37 недель. Это связано с особенностями акушерской тактики и исходами преждевременных родов для плода.

При очень ранних преждевременных родах рождаются дети с экстремально низкой массой плода (от 500 до 1000 г). Чаще всего их причиной является ИЦН с последующим инфицированием и вскрытием плодного пузыря. Как правило, в этом случае отмечаются неблагоприятные исходы для плода: высокая перинатальная заболеваемость и смертность.

Ранние преждевременные роды связаны с более разнообразными причинами (инфекция, многоплодие, экстрагенитальная патология, пороки развития половых органов и др.). Масса плода при рождении составляет от 1000 до 1800 г. В связи с этим при использовании препаратов, способствующих созреванию легких плода, прогноз перинатальных исходов более благоприятный, чем в предыдущей группе.

Преждевременные роды при сроке гестации 34–37 недель обусловлены еще более разнообразными причинами. Они заканчиваются рождением плода массой от 1900 до 2500 г и более. Перинатальный прогноз достаточно благоприятный.

Кроме срока гестации и массы плода, факторами перинатальной заболеваемости являются особенности самих преждевременных родов: часто быстрые и стремительные роды, дискоординация родовой деятельности, инфицирование, неправильное положение плода и др.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Выделяют угрожающие, начинающиеся и начавшиеся преждевременные роды.

Женщина с угрозой преждевременных родов предъявляет жалобы на боли в спине, ноющие менструальноподобные боли внизу живота. Часто отмечается тонус матки, иногда схватки по типу Брекстона–Хикса (Brexton–Hicks). При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, канал шейки матки закрыт (у повторнородящих может пропускать кончик пальца).

При начинающихся преждевременных родах отмечаются выраженные схваткообразные боли внизу живота или регулярные схватки. При влагалищном исследовании: размягчение, укорочение или сглаженность шейки матки. Часто наблюдается преждевременное излитие околоплодных вод.

Начавшиеся преждевременные роды характеризуются регулярной родовой деятельностью и динамикой раскрытия шейки матки.

Стадия развития преждевременных родов (угрожающие, начинающиеся или начавшиеся) будет определять дальнейшую тактику ведения пациентки, так как при угрожающих или начинающихся родах возможна сохраняющая терапия, при начавшихся родах такое лечение неэффективно.

Диагностика. С целью диагностики угрожающих и начинающихся преждевременных родов для определения возбудимости и сократительной активности матки проводят гистерографию.

При влагалищном исследовании определяют состояние шейки матки: ее консистенцию, длину, состояние канала, расположение шейки матки относительно оси таза, при проходимости канала — состояние плодного пузыря. Кроме того, важным является определение степени развертывания нижнего сегмента как раннего признака угрозы преждевременных родов.

Если при развернутом нижнем сегменте имеются изменения шейки матки (размягчение, сглаживание, открытие), то устанавливается диагноз начавшихся преждевременных родов.

В современных условиях оценку длины шейки матки возможно проводить с помощью трансвагинального УЗИ. Согласно научным данным, при длине шейки матки 35–48 мм риска преждевременных родов нет, при длине 30 мм можно ожидать преждевременные роды.

Наряду с ультразвуковой диагностикой на современном этапе предложен целый ряд маркеров угрозы преждевременного прерывания беременности: определение в шеечно-вагинальном секрете фибронектина (основной маркер преждевременных родов), повышенный уровень β -ХГЧ в крови в середине беременности, преобладание провоспалительных цитокинов с минимальным содержанием регуляторных цитокинов, уровень эстриола в крови беременной.

ЛЕЧЕНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Лечение угрозы преждевременных родов должно учитывать возможные причины преждевременного прерывания беременности.

Как правило, назначается следующая комплексная терапия:

1. Постельный режим.
2. Психотерапия.
3. Седативные препараты: настойка валерианы, настойка травы пустырника по 30 капель 3 раза в сутки, длительность приема определяется

индивидуально. При тревожных состояниях могут быть использованы нозепам по 0,01 г 2–3 раза в сутки, сибазон по 0,015 г 1–2 раза в сутки.

4. Спазмолитическая терапия: дротаверина 2%-ный р-р в/м 2 мл 3 раза в сутки; магния сульфата 2%-ный р-р в/в капельно 200 мл в течение 1 ч 1 раз в сутки; баралгин 2 мл в/м 2 раза в сутки; но-шпа 2 мл в/м 2–4 раза в сутки до снятия симптомов угрозы прерывания беременности.

5. Токोलитическая терапия (средства, снижающие тонус матки): β -миметики (Ритодрин, Гинипрал, Партусистен, Сальбутамол, Фенотерол и др.). Препараты оказывают действие через β -рецепторы матки. Однако необходимо учитывать, что β -адренорецепторы чувствительны с 26–27 недель, поэтому использование препаратов в более ранние сроки может оказаться неэффективным. За счет уменьшения сопротивления маточных сосудов β -миметики приводят к увеличению кровотока и, следовательно, улучшению маточно-плацентарного кровотока. Действие на сердечно-сосудистую систему проявляется возрастанием частоты сердечных сокращений, уменьшением систолического и диастолического давления.

6. Для подавления сократительной деятельности матки вводят в/в капельно гексопреналин (Гинипрал) 0,5 мг в 250–400 мл 0,9%-ного р-ра натрия хлорида, начиная с 8 капель/мин, постепенно увеличивая дозу до прекращения сократительной активности матки (средняя скорость введения р-ра составляет 15–20 капель/мин в течение 4–12 ч). В случае положительного эффекта за 15–20 мин до окончания в/в введения следует начать прием гексопреналина внутрь по 5 мг 4–6 раз в сутки. С ликвидацией явлений угрозы уменьшаются дозы β -миметиков, но не интервалы между приемами, так как время действия препаратов — не более 4–6 ч. Длительность терапии определяют индивидуально. Для ликвидации побочных эффектов на сердечно-сосудистую систему назначение β -миметиков сочетают с приемом блокаторов кальциевых каналов: верапамила гидрохлорид внутрь 0,04 г 3–4 раза в сутки.

7. Нестероидные противовоспалительные препараты. В механизме развития родовой деятельности важная роль принадлежит простагландинам. Использование нестероидных противовоспалительных препаратов ингибирует синтез простагландинов, что делает возможным их использование в терапии преждевременных родов. Так, индометацин назначают в начальной суточной дозе 200 мг в свечах или таблетках и постепенно дозу снижают: в первые сутки — по 50 мг 4 раза; на вторые–третьи сутки — по 50 мг через 8 ч; четвертые–пятые сутки — по 50 мг через 12 ч; на шестые–восьмые сутки — по 50 мг на ночь. Курс лечения индометацином лучше проводить при угрозе прерывания на сроке до 32 недель беременности.

8. Немедикаментозные методы терапии: электрофорез магния синусоидальным модулированным током, электрорелаксация матки, игло-рефлексотерапия.

9. Профилактика респираторного дистресс-синдрома (РДС). В современном акушерстве — это важная часть терапии преждевременных родов. Сурфактант является гетерогенной смесью липидов и белков, которая синтезируется в больших альвеолах, покрывает альвеолы, способствует их открытию при вдохе и препятствует их слипанию при выдохе. Из-за недостатка сурфактанта в незрелых легких плода развивается РДС. Продукция сурфактанта с участием метилтрансферазы начинается с 22–24 недель внутриутробной жизни. После рождения под влиянием гипоксии синтез сурфактанта этим путем прекращается. С участием фосфохолинтрансферазы продукция сурфактанта начинается с 35 недель внутриутробной жизни. Эта система более устойчива к ацидозу и гипоксии. Созревание легких может замедляться или ускоряться в результате воздействия различных факторов. Под влиянием глюкокортикоидов наблюдается усиленный синтез сурфактанта.

10. Назначение глюкокортикоидов с целью ускорения созревания легких плода имеет смысл, если роды ожидаются в течение ближайших дней. Профилактику РДС проводят при сроках 28–35 недель: дексаметазон в/м 4 мг 2 раза в сутки или внутрь 2 мг 4 раза в сутки в первые сутки, 2 мг 3 раза в сутки во вторые сутки и 2 мг 2 раза в сутки на третьи сутки; всего на курс назначают 8–12 мг. Возможно использование преднизолона внутрь по 60 мг в сутки в течение 2 суток.

Особенности течения преждевременных родов:

1. Частое преждевременное излитие околоплодных вод.
2. Особенности сократительной деятельности матки: монотонность ритма схваток, заключающаяся в отсутствии увеличения количества схваток и удлинения их в активной фазе родов.
3. Аномалии родовой деятельности: слабость, дискоординация, чрезмерно сильная родовая деятельность.
4. Быстрые и стремительные роды на фоне ИЦН.
5. Дородовое кровотечение в результате отслойки нормально расположенной плаценты или ее предлежания.
6. Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах из-за задержки частей плаценты.
7. Инфекционные осложнения в родах (хориоамнионит) и послеродовом периоде (эндометрит).
8. Гипоксия плода. Необходимо помнить, что критерии кардиотокограммы (КТГ) доношенного ребенка не подходят для КТГ недоношенного.
9. Плохая переносимость родового стресса недоношенным ребенком, что обусловлено более низким содержанием гемоглобина, недостаточной кислородной емкостью крови. В связи с этим более частые внутрижелудочковые и внутричерепные кровоизлияния.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Если параметры сократительной деятельности матки соответствуют родам «с нормальной продолжительностью», то преждевременные роды ведут выжидательно. При нормальной продолжительности преждевременных родов по сравнению со срочными родами имеется тенденция к увеличению скорости раскрытия шейки матки, которая в латентную фазу составляет 0,8 см/ч, а в активную — 3–5 см/ч. Это приводит к укорочению длительности родов: латентная фаза длится в среднем 6 ч, а активная около 2,5 ч.

В процессе родов регулярно проводят профилактику гипоксии плода (назначается кокарбоксылаза и актовегин). Широко используют обезболивание, применяя анальгин, баралгин, закись азота. При участии анестезиолога может быть проведена перидуральная аналгезия (лидокаина гидрохлорид перидурально 20–40 мг, затем каждые 30 мин добавлять 20–30 мг). При ведении преждевременных родов не рекомендуется использовать промедол из-за его неблагоприятного влияния на дыхательный центр плода.

При ведении преждевременных родов противопоказано применение метода Кристеллера, вакуум-экстрактора, акушерских щипцов. С целью уменьшения родового травматизма в периоде изгнания роды ведут без защиты промежности, с ранней эпизиотомией для предотвращения травматизации головки плода.

Ребенка принимают в подогретую пеленку на специальную подставку, располагая ее на уровне промежности матери. Изменение положения подставки может привести к гипер- или гиповолемии новорожденного и вызвать нарушение сердечной деятельности. Отделение от матери проводят в течение первой минуты после рождения и, при необходимости, приступают к реанимационным мероприятиям.

Профилактику кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах проводят по общепринятой методике (метилэргометрина 0,02%-ный р-р в/в 1 мл однократно).

Вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения при недоношенной беременности решается индивидуально, его обсуждение целесообразно при тазовом предлежании плода.

Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности наблюдается в 20–50 % случаев преждевременных родов. Диагноз подтверждается при осмотре шейки матки в зеркалах. В некоторых случаях (маловодие, наличие вагинальной инфекции с обильными белями) диагноз может быть подтвержден специальными тестами.

Тест с нитрозином основан на изменении рН влажалищного содержимого, имеющего кислую среду, а при подтекании вод — щелочную. Воз-

можная инфекция во влагалище или шейке матки может приводить к ложноположительному результату тестов, основанных на этом принципе.

Амнитест основан на определении плацентарного α -1-микроглобулина во влагалищном секрете. В основе лежит иммунохроматографическое связывание 2 высокоспецифических моноклональных антител с антигеном α -1-микроглобулина, который присутствует в амниотической жидкости и попадает во влагалищный секрет только при повреждении плодного пузыря. Тест точен на 97 %. При проведении теста стерильным ватным тампоном забирают секрет из шейки матки и на 30 с прижимают к центральному окошку индикаторной полоски. Через 10 мин проводят оценку результата.

При подозрении на излитие околоплодных вод после осмотра шейки матки в зеркалах следует избегать мануального исследования шейки матки. Это связано с профилактикой переноса инфекции из влагалища и профилактики активации выброса простагландинов, который может спровоцировать начало сократительной деятельности матки.

В целом дальнейшее ведение пациентки должно быть следующим: госпитализация в палату, в которой проводится обработка в режиме родильного блока; ежедневная смена белья; контроль за состоянием матери и плода — измерение окружности живота и высоты стояния дна матки, оценка количества и качества подтекания околоплодных вод, измерение частоты пульса, температуры, частоты сердечных сокращений плода каждые 4 ч. Каждые 12 ч выполняется общий анализ крови с лейкоцитарной формулой. Посев содержимого цервикального канала и мазки из влагалища — каждые 5 дней. При поступлении необходимо решить вопрос о назначении антибиотикотерапии, применении токолитиков, профилактике РДС плода.

Ведение быстрых или стремительных преждевременных родов. Клинически быстрые или стремительные преждевременные роды проявляются частыми болезненными и продолжительными схватками. При этом увеличивается скорость раскрытия шейки матки, превышающая 0,8–1 см/ч в латентную фазу и 3 см/ч в активную фазу родов; частота схваток превышает 5 за 10 мин. Если параметры сократительной деятельности матки и динамика раскрытия шейки укладываются в вышеперечисленные критерии, необходимо начинать коррекцию родовой деятельности с помощью токолитической терапии (Гинипрал, Партусистен, Бриканил). Токолиз начинают внутривенным капельным введением Гинипрала (10 мкг) или Партусистена (0,5 мг), разведенных в 400 мл 0,9%-ного р-ра хлорида натрия. Начальную скорость устанавливают 10 капель/мин. При чрезмерно активной родовой деятельности скорость увеличивают до 40 капель/мин до снижения сократительной активности матки, затем скорость введения препарата снижают до появления регулярных схваток

с частотой 3–4 схватки за 10 мин. Токолиз продолжают в течение 2–3 ч и прекращают при открытии шейки матки на 8–9 см, т. е. за 30–40 мин до предполагаемых родов.

Ведение преждевременных родов при слабости родовой деятельности. Слабость родовой деятельности клинически устанавливают по уменьшению частоты, длительности и интенсивности схваток, а также замедлению скорости раскрытия шейки матки.

Стимуляцию родовой деятельности при преждевременных родах следует проводить щадящим способом с применением простагландинов (простин Е), реже используют окситоцин.

При возникновении слабости родовой деятельности во втором периоде родов возможно эндоназальное введение окситоцина (с помощью пипетки из ампулы, содержащей 5 ЕД окситоцина, вводят по 1–2 капле в каждую ноздрю).

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Родившийся преждевременно ребенок имеет признаки незрелости: масса тела менее 2500 г, рост меньше 47 см, большое количество сыровидной смазки, недостаточное развитие подкожной жировой клетчатки. Тело покрыто пушковым волосом (у доношенного ребенка только в области плечевого пояса), волосы на голове небольшой длины, ушные и носовые хрящи мягкие, ногти на руках и ногах не заходят за кончики пальцев, пупочное кольцо расположено ближе к лону. У мальчиков яички не опущены в мошонку, у девочек клитор и малые половые губы не прикрыты большими. Крик ребенка слабый.

Для оценки состояния новорожденного может быть использована шкала Апгар. Прогностическое значение имеет оценка состояния ребенка через 5 мин. Если она остается низкой — прогноз неблагоприятный.

Для оценки дыхательной функции используют шкалу Сильвермана, которая основана на оценке следующих признаков, характеризующих дыхательную функцию новорожденных:

- 1) движение грудной клетки и втяжение передней брюшной стенки на вдохе;
- 2) втяжение межреберий;
- 3) втяжение грудины;
- 4) положение нижней челюсти и участие в акте дыхания крыльев носа;
- 5) характер дыхания (шумное, со стоном).

Каждый из симптомов оценивают от 0 до 2 баллов по мере нарастания их тяжести. Сумма баллов дает представление о функции дыхания недоношенного новорожденного. Чем меньшую сумму баллов по шкале Сильвермана получает новорожденный, тем менее выражены проявления легочной недостаточности.

У недоношенных детей часто наблюдается болезнь гиалиновых мембран, приступы асфиксии, развитие дыхательной недостаточности. Недоношенные новорожденные легко подвергаются охлаждению, которое обуславливает развитие гипоксемии, метаболического ацидоза, быстрое истощение запасов гликогена, снижение уровня глюкозы в крови.

Недоношенные дети относятся к группе высокого риска, что требует создания особых условий ухода и специализированной помощи.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

Задача 1

В женскую консультацию обратилась пациентка 25 лет. Жалобы на задержку менструации в течение 2 месяцев, тянущие боли внизу живота и в поясничной области. В анамнезе abortus spontaneus в 7 недель беременности. Менструации с 15 лет по 2–3 дня, через 26 дней, болезненные. Соматически здорова. Объективно: рост 168 см, вес 59 кг, АД 100/60, 105/65 мм рт. ст. Per vaginam: влагалище узкое, длинное. Шейка матки конической формы, плотная, зев закрыт. Матка соответствует сроку 7–8 недель беременности, тонус матки повышен. Придатки матки не пальпируются. Выделения из влагалища слизистые, белого цвета.

1. Поставьте диагноз.
2. Какое медикаментозное лечение показано в данном случае? (Выбрать один или несколько правильных ответов.)
 - а) транексамовая кислота;
 - б) спазмолитики;
 - в) β -адреномиметики.

Задача 2

В отделение патологии беременных поступила беременная 34 лет. В анамнезе partus maturus плодом массой 4200 г, затем 2 abortus spontaneus в 18 и 20 недель беременности. Жалоб при поступлении не предъявляет. Соматически здорова. Объективно: рост 163 см, вес 65 кг, АД 120/80, 115/80 мм рт. ст. Матка соответствует сроку 14 недель беременности, тонус матки не повышен. Per vaginam: влагалище рожавшей женщины, шейка матки длиной 1 см расположена в центре малого таза. Наружный зев размягчен, пропускает 1 поперечный палец. Внутренний зев шейки матки плотной консистенции, закрыт. Выделения светлые, в умеренном количестве. Общий анализ крови и мочи без патологических изменений. Микроскопия мазка из влагалища: лейкоциты 8–10 в поле зрения, клетки плоского эпителия, палочки.

1. Поставьте диагноз.

2. Какая наиболее вероятная причина угрозы прерывания? (Выбрать один или несколько правильных ответов.)

- а) психогенные факторы;
- б) соматические заболевания;
- в) ИЦН.

3. Основной метод лечения ИЦН при беременности:

- а) хирургическая коррекция;
- б) спазмолитические средства;
- в) токолитики;
- г) антибактериальная терапия.

4. ИЦН характеризуется:

- а) отсутствием схваткообразных болей;
- б) нормальным тонусом матки;
- в) характерными изменениями со стороны шейки матки;
- г) наличием схваткообразных болей.

Ответы

Задача 1. 1 — Graviditas 7–8 недель. Угрожающий аборт (Abortus imminens). Отягощенный акушерский анамнез; 2 — б.

Задача 2. 1 — Graviditas 20 недель. Привычный выкидыш (Abortus habitualis). ИЦН (Insufficiencia isthmicoservicalis). Отягощенный акушерский анамнез; 2 — в; 3 — а; 4 — а, б, в.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Герасимович, Г. И. Акушерство : учеб. пособие для студентов учреждений, обеспечивающих получение высш. мед. образования / Г. И. Герасимович. Минск : Беларусь, 2004. С. 201–220, 419–430.

2. Дуда, И. В. Клиническое акушерство / И. В. Дуда, В. И. Дуда. Минск : Выш. школа, 1997. С. 107–141.

Дополнительная

3. Акушерство : учеб. для студентов мед. вузов / Г. М. Савельева [и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. М. : Медицина, 2000. С. 286–302.

4. Абрамченко, В. В. Руководство для врачей / В. В. Абрамченко. СПб : Спецлит, 2003. С. 494–532.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Невынашивание беременности	5
Причины невынашивания беременности.....	5
Клиническая симптоматика невынашивания беременности	11
Обследование женщин с невынашиванием беременности.....	13
Лечение самопроизвольного выкидыша	16
Преждевременные роды.....	19
Определение преждевременных родов	19
Клиническая картина и диагностика преждевременных родов.....	19
Лечение преждевременных родов	20
Особенности ведения преждевременных родов.....	23
Характеристика недоношенного ребенка	25
Самоконтроль усвоения темы	26
Литература.....	27