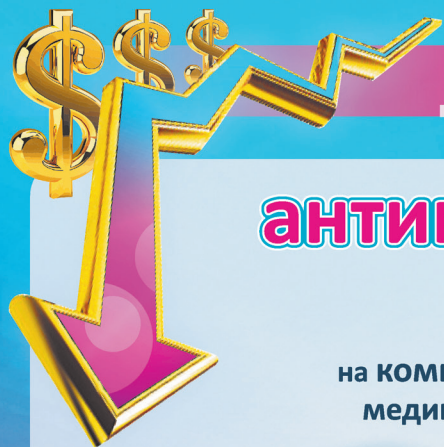




Акушерство

НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ



АКЦИЯ!

антикризисные цены

на комплекты для проведения
медикаментозного аборта.



КОМПЛЕКТ

500**

рублей/комплект от 500 шт.

550**

рублей/комплект от 100 шт.

600**

рублей/комплект от 50 шт.

700**

рублей/комплект до 50 шт.

**Доставка в указанную цену не включена и будет добавлена при необходимости
Цена может меняться. Актуальную стоимость уточняйте в день обращения.

Заказать комплекты препаратов и задать интересующие Вас вопросы Вы
можете у менеджеров ЗАО «Пенткрофт Фарма» по многоканальному телефону

(495) 788-77-46

а также получить предварительную информацию на сайтах:

www.ru486.ru, www.misoprostol.ru

Номер рег.удостоверения "Мизопропрост" - ЛС-002019 от 22.09.11
Номер рег.удостоверения "Мифепристон" - ЛС-000914 от 18.10.11

реклама



20 лет с Вами
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ



Акушерство

Неразвивающаяся беременность

Данная брошюра содержит главу «Неразвивающаяся беременность» (В.Е. Радзинский) из книги «**Акушерство. Национальное руководство**», под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, 2-е изд., перераб. и доп. (М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015)



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2015

Глава 21

Неразвивающаяся беременность

Несостоявшийся выкидыш, или неразвивающаяся (замершая) беременность — длительная задержка (от нескольких недель до нескольких месяцев) в полости матки неотделившегося погибшего плодного яйца при самопроизвольном аборте.

Неразвивающаяся беременность (НБ) — комплекс симптомов, включающих внутриутробную гибель плода (эмбриона), инертность миометрия и нарушения системы гемостаза.

КОД ПО МКБ-10

O02.1 Несостоявшийся выкидыш

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В структуре репродуктивных потерь частота НБ составляет 16–18%, а в структуре невынашивания беременности достигает 45,0–88,6% от числа самопроизвольных выкидышей на ранних сроках. Наиболее часто это происходит в первом триместре — до 12 недель, однако прекращение развития может случаться и на более поздних сроках гестации.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По результатам УЗИ выделяют два типа НБ — анэмбрионию (рис. 21.1) и гибель эмбриона (плода) (рис. 21.2).

Эхографически различают анэмбрионию I и II типа.

- При **I типе анэмбрионии** зародыш не визуализируется, величина среднего диаметра плодного яйца не превышает 2,0–2,5 см, размеры матки соответствуют 5–7 неделе беременности. Решающее диагностическое значение имеют отставание размеров матки и плодного яйца от срока беременности, прекращение их роста при динамическом наблюдении.
- При **II типе анэмбрионии**, несмотря на отсутствие эмбриона или визуализацию его остатков (обычно в виде позвоночного сгиба), плодное яйцо растет с нормальной скоростью. К 10–11 нед беременности диаметр плодного яйца достигает 4,5–5,5 см. При II типе анэмбрионии четко не выявляется закладка ворсинчатого хориона, в норме определяемая уже с 8 недели беременности.

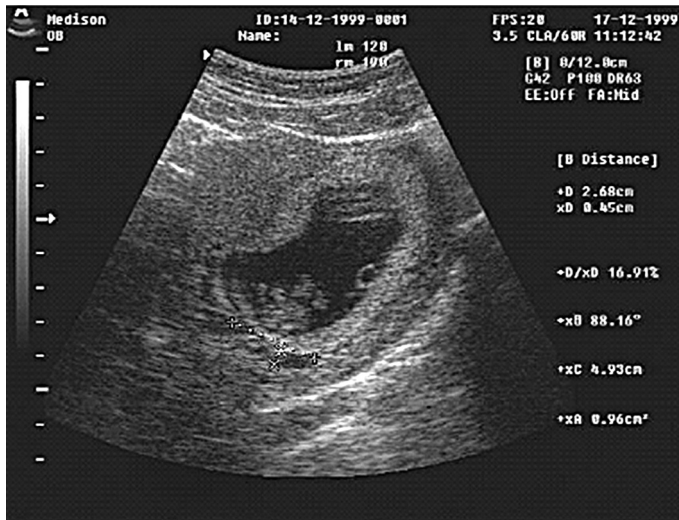


Рис. 21.1. Неразвивающаяся беременность по типу анэмбрионии

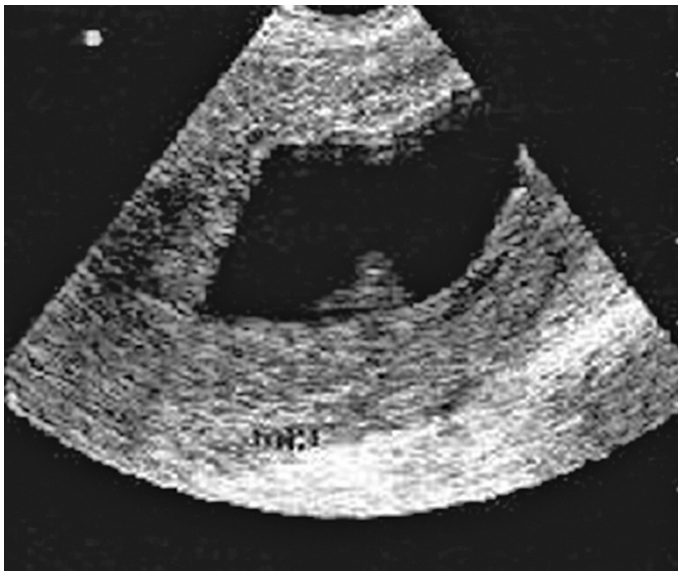


Рис. 21.2. Неразвивающаяся беременность по типу гибели эмбриона

ЭТИОЛОГИЯ

В литературе выделяют 6 групп причин прекращения прогрессирования беременности. К ним относятся: инфекционные причины (54–82%), генетические нарушения (5–20%), гормональные нарушения (12–17%), иммунологические нарушения (17%), тромбофилические нарушения (5%) и аномалии матки. В то же время в 26–66% случаев не представляется возможным выявить причину замершей беременности.

ПАТОГЕНЕЗ

Самопроизвольному прерыванию беременности в большинстве случаев предшествует гибель плодного яйца (80–90%). Причины длительной задержки неразвивающегося плодного яйца и факторы, обуславливающие патологическую инертность матки не достаточно ясны.

Ареактивность матки может быть связана со следующими факторами.

- Глубокая инвазия ворсин хориона, обеспечивающая плотное прикрепление или истинное приращение формирующейся плаценты.
- Неполноценность реакций иммуноклеточного отторжения погибшего плодного яйца.
- Биохимические дефекты в системе ферментативно-белкового метаболизма.
- Отсутствие рецепторов к сокращающим веществам при хроническом воспалительном процессе в матке.
- Отсутствие гормональной поддержки со стороны мертвого плода и неразвивающейся плаценты.

Чаще всего происходит постепенное отторжение погибшего плодного яйца с помощью фибринозно-лейкоцитарной экссудативной реакции в ответ на некротизированную ткань. В ходе этого процесса наряду с фибрином и лейкоцитами из сосудов эндометрия выделяются трофобластические, тромбопластические субстанции, эритроциты, что ведет к постоянным мажущим кровянистым выделениям из матки.

При длительном (4 недели и более) нахождении мертвого эмбриона в матке возникает аутолиз, поступление тромбопластических субстанций в кровоток пациентки. Механические и физические воздействия на ткань матки, усиливая поступление в кровоток факторов свертывания, сопровождаются изменениями гемокоагуляции. Дополнительное возмущающее воздействие в виде выскабливания полости матки может вызвать переход от непрерывно осуществляющегося с малой интенсивностью внутрисосудистого свертывания (физиологический процесс) на качественно новый уровень, определяемый как ДВС. Наиболее неблагоприятные условия маточного гемостаза имеют место у пациенток, у которых фазовые гемокоагуляционные изменения находятся в состоянии гипокоагуляции и выражена гипотония миометрия.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина несостоявшегося выкидыша имеет характерные особенности. У больной исчезают субъективные признаки беременности, Менструация не восстанавливается. При задержке мертвого плода в матке свыше 3–4 нед 10% женщин отмечают общее недомогание, слабость, головокружение, повышение температуры тела. Исчезновение тошноты, рвоты, слюнотечения — характерные субъективные признаки гибели плодного яйца в первые 12 недель беременности.

Клинические признаки НБ (боли, кровяные выделения из половых путей, отставание размеров матки от предполагаемого срока беременности) появляются через 2–6 недель после прекращения развития эмбриона. Стадии прерывания НБ соответствуют стадиям самопроизвольного аборта:

- угрожающий выкидыш;
- начавшийся выкидыш;
- аборт в ходу;
- неполный аборт.

Полный аборт при НБ в силу патогенетических причин не выделяют.

ДИАГНОСТИКА

Ранняя диагностика НБ имеет важное практическое значение, поскольку она способствует сокращению сроков обследования пациенток и уменьшению риска возникновения осложнений, связанных с длительным пребыванием погибшего плодного яйца в полости матки. Диагноз НБ устанавливают на основании данных УЗИ, выявляя отсутствие эмбриона в полости плодного яйца после 7 недель беременности (анэмбриония) или отсутствие сердцебиения эмбриона/плода.

Лабораторные исследования. До прерывания беременности необходимо провести тщательный контроль системы гемостаза для коррекции возможных нарушений.

Дифференциальную диагностику проводят с начавшимся выкидышем, трофобластической болезнью, внематочной беременностью, нарушениями менструальной функции на фоне воспалительных процессов внутренних половых органов.

Показания для консультации других специалистов. При выраженных отклонениях гемостаза показана консультация гемостазиолога.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение НБ заключается в эвакуации погибшего плодного яйца и назначении противовоспалительной терапии.

Показания к госпитализации. Госпитализации в кратчайшие сроки подлежат все пациентки с установленной НБ.

Хирургическое лечение

При НБ до 14–16 недель эвакуацию плодного яйца проводят одновременно с помощью инструментального опорожнения полости матки с расширением цервикального канала и кюретажа либо используют вакуум-аспирацию. В обоих случаях необходим гистероскопический контроль. При гистероскопии оценивают локализацию плодного яйца, состояние эндометрия, затем удаляют плодное яйцо с прицельным взятием гистологического материала из плацентарного ложа и промыванием полости матки раствором антисептика. По показаниям вводят антибиотики.

Медикаментозное лечение

В настоящее время как в I, так и во II триместре одним из наиболее эффективных и безопасных методов прерывания неразвивающейся беременности является использование медикаментозного метода. В большинстве случаев прерывание неразвивающейся беременности происходит без вмешательства в полость матки, что снижает риск хирургических, анестезиологических, инфекционно-воспалительных осложнений, снижает психогенную травму для пациенток.

При прерывании НБ в I триместре используют:

- простагландины;
- антигестагены в сочетании с простагландинами.

Схемы с использованием простагландина в первом триместре:

- 800 мкг мизопростола вагинально и далее в той же дозе каждые 3 ч (до 2 доз) или 600 мкг внутрь и далее в той же дозе каждые 3 часа (до 2 доз).

Схемы с использованием мифепристона и мизопростола в первом триместре:

- до 49 дней аменореи — мифепристон 200 мг орально, через 36–48 часов 400 мкг мизопростола внутрь;
- 50–63 дней аменореи — мифепристон 200 мг орально, через 36–48 часов 800 мкг мизопростола вагинально (или под язык, или буккально);

- 64–83 дней аменореи — мифепристон 200 мг орально, через 36–48 часов 800 мкг мизопростола вагинально, далее по 400 мкг вагинально или под язык каждые 3 часа (до 4 доз).

Наблюдение осуществляется в течение 1–2 недель (при отсутствии выраженного кровотечения или признаков инфекции) с последующим ультразвуковым контролем.

Менструации, как правило, возобновляются через 6 недель. При отсутствии менструации, пациентка должна быть обследована для исключения новой беременности, трофобластической болезни или синдрома Ашермана. **Рутинное обследование на наличие трофобластической неоплазии не рекомендуется. Обследование показано только при возникновении признаков и симптомов заболевания.**

При прерывании НБ во II триместре используют:

- антигестагены в сочетании с простагландином;
- изолированное применение простагландинов;
- расширение шейки матки и эвакуацию продуктов зачатия с предшествующей подготовкой шейки матки.

Схемы с использованием мифепристона и мизопростола во втором триместре:

- мифепристон 200 мг орально, через 36–48 часов 800 мкг мизопростола вагинально, далее по 400 мкг вагинально или под язык каждые 3 часа (до 4 доз).

Дозы мизопростола следует уменьшить при наличии кесарева сечения в анамнезе.

Схемы с использованием мизопростола во втором триместре:

- 13–17 недель — 200 мкг мизопростола вагинально и далее каждые 6 часов до 4-х доз;
- 18–26 недель — 100 мкг мизопростола вагинально и далее каждые 6 часов до 4-х доз.

Эффективность медикаментозного опорожнения матки при НБ составляет от 74 до 92% и может снижаться при наличии 5 беременностей в анамнезе (из них 3 аборта) и увеличении срока беременности. При отсутствии эффекта показана вакуумная аспирация.

ВЕДЕНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА

У резус-отрицательных женщин (при наличии резус-положительного фактора у партнера) при беременности в любом сроке и при отсутствии резус-антител проводят профилактику резус-иммунизации. Вводят иммуноглобулин антирезус в дозе 125 мкг (внутримышечно) в день выполнения вакуумной аспирации или в день приема мизопростола.

Профилактическое назначение антибиотиков при самопроизвольном аборте не рекомендуется из-за отсутствия доказательных данных. В то же время при хирургическом аборте такое лечение рекомендуется, так как доказано снижение частоты инфекционных осложнений на 59% (используют антибиотики широкого спектра действия, перекрывающие спектр хламидийной инфекции — азитромицин 1 г внутрь однократно или доксициклин 100 мг 2 раза в день внутрь 7 дней, а также метронизазол 1 г внутрь или вагинально в 2 приема).

Планирование следующей беременности рекомендуется не ранее чем через 6 мес. Рекомендуется любой гормональный метод контрацепции, выбранный в соответствии с Международными (национальными) критериями безопасности методов контрацепции. Использование может быть начато сразу после аборта, включая индуцированные и спонтанные аборты <22 недель беременности.

ПРОФИЛАКТИКА

Специфических мер профилактики НБ не существует.

ПРОГНОЗ

У женщин с несостоявшимся абортom прогноз недостаточно благоприятный и необходимо проведение обследования для выяснения причин и проведения этиопатогенетического лечения. Предложено считать НБ сочетанной с хроническим эндометритом у 100% пациенток независимо от основной причины остановки гестации. Поэтому необходимо ставить диагноз и лечить хронический эндометрит у всех женщин, перенесших хотя бы одну НБ.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт: Руководство для врачей / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: МЕДпресс-информ, 2015. — 344 с.
2. Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. Руководство. Библиотека врача-специалиста. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 200 с.
3. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. Ранние сроки беременности. — М., 2005.
4. Радзинский В.Е., Милованов А.П. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности. — М., 2004.
5. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. — М., 2005.
6. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. — М., 2006.
7. Aldrich C.L., Stephenson M.D., Karrison T. et al. HLA-G genotypes and pregnancy outcome in couples with unexplained recurrent miscarriage // *Mol. Hum. Reprod.* — 2001. — Vol. 7. — N 12. — P. 1167–1172.
8. Bricker L., Farquharson R.G. Types of pregnancy loss in recurrent miscarriage: implications for research and clinical practice // *Hum. Reprod.* — 2002. — Vol. 17. — N 5. — P. 1345–1350.

Подписано в печать 24.09.2015. Формат 70×100 ¹/₁₆.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 0,645 усл. печ. л. Тираж 3000 экз. Заказ №

ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».
115035, Москва, ул. Садовническая, д. 9, стр. 4.
Тел.: (495) 921-39-07.
E-mail: info@geotar.ru; <http://www.geotar.ru>.

Отпечатано в ППП «Типография “Наука”».
121099, Москва, Шубинский пер., д. 6.