

## Рецензия на реферат

По теме: Привычное невынашивание беременности.

Ординатором 2 -го года обучения

Кафедра: перинатологии акушерства и гинекологии.

ФИО: Михайлова Надежда Сергеевна

Реферат выполнен на 11 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

Актуальность темы не вызывает сомнений, проблема охраны здоровья матери и ребёнка является важнейшей составной частью здравоохранения и имеет первостепенное значение для формирования здорового поколения людей с самого раннего периода их жизни. Одной из важнейших проблем практического акушерства является невынашивание беременности.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

При написании реферата использовались современные источники литературы не старше пяти лет.

Реферат принят и оценен на 4 (хорошо)

Руководитель клинической ординатуры: Коновалов Вячеслав Николаевич



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

Реферат

на тему: «Привычное невынашивание беременности»

Выполнила: Клинический ординатор  
кафедры перинатологии,  
акушерства и гинекологии  
Михайлова Н.С.

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

г. Красноярск 2022г.

## **Оглавление**

Введение.....	2
Этиология и патогенез .....	2
Факторы риска: .....	3
Эпидемиология .....	4
Клиническая картина .....	4
Диагностика .....	5
Лечение:.....	7
Немедикаментозные методы лечения: .....	7
Медикаментозное лечения: .....	7
Хирургическое лечение: .....	8
Профилактика: .....	9
Список литературы: .....	10

## **Введение**

Проблема охраны здоровья матери и ребёнка является важнейшей составной частью здравоохранения и имеет первостепенное значение для формирования здорового поколения людей с самого раннего периода их жизни. Одной из важнейших проблем практического акушерства является невынашивание беременности. Частота невынашивания беременности составляет 10–25 % всех беременностей, 5–10 % составляют преждевременные роды. На долю недоношенных детей приходится свыше 50 % мертворождений, 70–80 % ранней неонатальной смертности, 60–70 % детской смертности. Недоношенные дети умирают в 30–35 раз чаще, чем доношенные, а перинатальная смертность при невынашивании беременности в 30–40 выше, чем при срочных родах.

Невынашивание беременности – самопроизвольное прерывание беременности, которое заканчивается рождением незрелого и нежизнеспособного плода при сроке до 22-недели беременности, либо рождением плода массой менее 500 грамм, а также самопроизвольное прерывание 2 – х и/или более беременностей до 22 недели (привычное невынашивание).

## **Этиология и патогенез**

Среди причин ПВ выделяют: генетические (3-6%), анатомические (10-16%), инфекционно-воспалительные (10-15%), эндокринные (12-15%), аутоиммунные (до 15%), тромбофилические (10%). При отсутствии выявленных факторов выделяют идиопатический ПВ (15-50%), к которому также относят аллоиммунный ПВ (5-10%). ПВ полиэтиологичен, у одной супружеской пары могут иметь место нескольких причин, поэтому выявление одной из них не должно быть основанием для отказа от обследования в полном объёме.

Хромосомная анеуплоидия (ХА) у эмбриона/плода является наиболее частой причиной выкидыша в 1-м триместре беременности. Чем раньше во время беременности произошел выкидыш, тем выше вероятность того, что у эмбриона/плода были ХА. Риск трисомии у эмбриона/плода в результате ХА возрастает по мере увеличения возраста матери. Наиболее распространенной причиной выкидыша является трисомия по 16 хромосоме, второе место занимает трисомия по 22 хромосоме. Триплоидия обнаружена приблизительно у 15% плодов с аномалиями по данным цитогенетического исследования. На долю моносомии по X-хромосоме приходится

приблизительно 20% выкидышей, происходящих в 1-м триместре беременности. Взаимосвязь между возрастом матери и моносомией по X-хромосоме, полиплоидией или структурными аномалиями хромосом не установлена.

### **Факторы риска:**

- возраст матери >35 лет, возраст отца >40 лет;
- ожирение или недостаточная масса тела (>30 кг/м<sup>2</sup> или <18,5 кг/м<sup>2</sup>);
- избыточное потребление кофеина (>5 чашек кофе в день или >100 г кофеина/сутки);
- употребление алкоголя и наркотиков;
- курение (>10 сигарет в день);
- неблагоприятные условия труда (действие ртути, свинца, паров бензола,
- циклогексана, нитрокраски, смолы, пыли, пестицидов, шума, вибрации), а также
- длительное воздействие химических и/или физических факторов, не связанное с
- профессиональной деятельностью;
- хронические заболевания: антифосфолипидный синдром (АФС), тромбофилии высокого риска тромбоэмболических осложнений (ТЭО), синдром поликистозных яичников, заболевания щитовидной железы, декомпенсированный сахарный диабет, целиакия, ревматические заболевания, недифференцированная дисплазия соединительной ткани, железодефицитная анемия;
- острые и хронические инфекционные заболевания: листериоз, сифилис, хламидиоз, токсоплазмоз, острые респираторные вирусные заболевания, инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека, туберкулез;
- заболевания матки: аномалии развития матки, миома матки, операции на шейке матки, внутриматочные синехии;
- искусственные аборты и выкидыши в анамнезе;
- трубный фактор бесплодия;
- беременность вследствие применения вспомогательных репродуктивных технологий;
- наличие в семье случаев мертворождения, перинатальных смертей неясного генеза, ПВ, преждевременных родов (ПР);

- бактериальный вагиноз и инфекции, передаваемые половым путем (ИППП);
- воспалительные заболевания мочевых путей;
- хронический эндометрит;
- нарушения менструального цикла, обусловленные гиперпролактинемией, гипотиреозом, недостаточностью лютеиновой фазы (НЛФ), гиперандрогенией.

### **Эпидемиология**

Распространенность ПВ в популяции составляет 1-5%. Около 80% ПВ выкидышей происходит до 12 недель беременности.

Риск повторного выкидыша после 1-го выкидыша составляет 13-17%, что соответствует частоте выкидыша в популяции, тогда как после 2-х предшествующих выкидышей риск выкидыша возрастает более чем в 2 раза и составляет 36-38%.

Прогноз вынашивания беременности зависит от возраста женщины и наличия родов в анамнезе: у рожавших женщин риск выкидыша ниже .

### **Клиническая картина**

Основной жалобой партнеров с ПВ является невозможность деторождения.

Вне беременности пациентки с ПВ могут не предъявлять жалоб. Возможны жалобы, характерные для патологии, приводящей к реализации ПВ: на нарушения менструального цикла – скудные менструации, нерегулярный характер менструаций (при гормональных нарушениях, анатомических причинах ПВ), боли внизу живота, дизурические явления, диспареунию, изменение характера выделений из половых путей, зуд в области наружных половых органов (жалобы характерные для ИППП и воспалительных заболеваний органов малого таза), нарушения функции соседних органов (при миоме матки больших размеров) и др. Возможны жалобы на отсутствие наступления беременности после ПВ, как проявление вторичного бесплодия. Пациенты с ПВ составляют группу риска по реализации вторичного бесплодия после 2- й потери беременности.

Наиболее частыми клиническими проявлениями выкидыша являются боли внизу живота или в пояснице спастического характера и кровяные выделения из половых путей на фоне задержки менструации. Также у пациентки могут быть ощущения давления во влагалище, и выделение слизи из влагалища, которая может быть прозрачной, с розовыми или кровяными включениями (как правило, после 12 недель беременности).

## **Диагностика**

Диагноз основывается на анамнестических данных о потерях 2-х и более клинически диагностированных беременностей.

1. Жалобы и анамнез: оценка факторов риска ПВ с целью их возможного устранения
2. Физикальное обследование
3. Лабораторная диагностика:
  - На прегравидарном этапе рекомендовано направлять пациентку с ПВ и ее партнера на цитогенетическое исследование (кариотип) с целью исключения сбалансированных хромосомных перестроек.
  - При наличии возможности забора тканей рекомендовано цитогенетическое исследование (кариотип) абортивного материала в случае потери беременности с целью выявления ХА у эмбриона/плода
  - На прегравидарном этапе или при 1-м визите во время беременности рекомендовано направлять пациентку с ПВ на определение содержания антител к кардиолипину в крови, определение содержания антител к бета-2-гликопротеину в крови, определение волчаночного антикоагулянта в крови с целью диагностики АФС.
  - На прегравидарном этапе рекомендовано направлять пациентку с ПВ на исследование уровня тиреотропного гормона и определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови с целью диагностики гипотиреоза или гипертиреоза, аутоиммунного тиреодита.
  - На прегравидарном этапе рекомендовано направлять пациентку с ПВ и признаками гиперпролактинемии (олиго/аменорея, галакторея) на исследование уровня пролактина в крови с целью диагностики гиперпролактинемии.

- На прегравидарном этапе рекомендовано направлять пациентку с ПВ на определение уровня глюкозы в крови с целью диагностики сахарного диабета.
- На прегравидарном этапе рекомендовано направлять пациентку с ПВ на проведение общего (клинического) анализа крови и исследование уровня ферритина в крови с целью диагностики анемии и железодефицитного состояния.
- На прегравидарном этапе или при 1-м визите во время беременности рекомендовано направлять пациентку на молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудители ИППП (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*) с целью уточнения причины ПВ.
- На прегравидарном этапе рекомендовано направлять партнера пациентки на проведение спермограммы с целью уточнения причин ПВ.
- На прегравидарном этапе или при 1-м визите во время беременности рекомендовано направлять пациентку с ПВ на обследование на молекулярногенетическое исследование мутации G1691A в гене фактора V (мутация Лейдена в V факторе свертывания), определение полиморфизма G20210A протромбина в гене фактора II свертывания крови, определение активности протеина S в крови с целью диагностики наследственной тромбофилии.

#### 4. Инструментальные методы:

- Рекомендовано направлять пациентку с ПВ на УЗИ матки и придатков в раннюю фолликулярную фазу цикла и в секреторную фазу цикла с целью выявления патологии внутренних половых органов, определения толщины эндометрия.
- Направлять пациентку с ПВ неясного генеза на проведение гистеросальпингографии (ГСГ) с целью оценки аномалий развития матки и образований в полости матки (субмукозная миома, полипы, внутриматочные синехии).
- Во время беременности рекомендовано направлять пациентку с ПВ на УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию) с 15-16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1-2 недели с целью

своевременной диагностики истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН).

5. Иные методы диагностики:

- На прегравидарном этапе рекомендовано направлять пациентку с ПВ и ее партнера с изменениями в кариотипе на консультацию к врачу-генетику с целью определения дальнейшей тактики ведения.
- На прегравидарном этапе рекомендовано направлять пациентку с ПВ и эндокринными заболеваниями на консультацию к врачу-эндокринологу с целью коррекции выявленных нарушений.

**Лечение:**

**Немедикаментозные методы лечения:**

1. Пациентке с избыточной массой тела, ожирением или дефицитом массы тела рекомендовано дать рекомендации по ее нормализации:
  - Оптимальный ИМТ женщины составляет 19-25 кг/м<sup>2</sup>. Как избыточная, так и недостаточная масса тела ассоциирована со снижением частоты наступления клинической беременности, повышенным риском выкидыша и ПВ, акушерскими и перинатальными осложнениями.
2. Пациентке должен быть рекомендован отказ от курения:
  - Курение ассоциировано с различными акушерскими и перинатальными осложнениями: мертворождением, предлежанием плаценты, ПР, низкой массой тела при рождении и врожденными пороками развития плода.
3. Пациентке должен быть рекомендован отказ от приема алкоголя.
4. Правильное питание: отказ от строгого вегетарианства, от потребления рафинированной пищи, фаст-фуда, пищи с высоким содержанием легкоусвояемых углеводов и снижение потребления кофеина.

**Медикаментозное лечение:**

1. Рекомендовано назначить дидрогестерон или препараты прогестерона до 20 недель беременности.
2. При подтвержденном АФС рекомендовано назначить препараты группы гепарина (АТХ: гепарины) в профилактической дозе, начиная с

установления факта маточной беременности до ее завершения и 6 недель послеродового периода.

3. При АФС рекомендовано назначить пероральный прием ацетилсалициловой кислоты с 12 до 36 недель беременности по 100 мг/сутки.
4. При латентном дефиците железа рекомендовано назначить пероральный прием препаратов железа.
5. На прегравидарном этапе пациентке с хроническим эндометритом, подтвержденном при гистологическом исследовании, рекомендована комплексная антибактериальная терапия.

### **Хирургическое лечение:**

1. На прегравидарном этапе пациентке с ПВ и внутриматочной патологией рекомендована гистероскопия:
  - Гистероскопия - ведущий метод лечения при наличии такой внутриматочной патологии, как полип эндометрия, внутриматочные синехии, гиперплазия эндометрия, аномалии развития матки (внутриматочная перегородка), субмукозная миома матки. В ряде случаев для лечения внутриматочной патологии необходимо сочетание гистероскопии и лапароскопии.
2. На прегравидарном этапе рекомендовано направлять пациентку с ПВ и гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, на проведение лапароскопии.
3. На прегравидарном этапе рекомендовано направлять пациентку с ПВ и ИЦН, обусловленной наличием тканевого дефицита ШМ (конизация, трахелэктомия), при невозможности наложения швов на ШМ (серкляже) во время беременности, на проведение абдоминального серкляжа ШМ (предпочтительнее лапароскопическим доступом).

## **Профилактика:**

К методам первичной профилактики относятся:

- планирование беременности в возрасте до 35 лет,
- предотвращение искусственных абортов, инструментального удаления элементов плодного яйца
- лечение ИППП, эндометрита и других воспалительных заболеваний органов малого таза.

Вторичной профилактикой ПВ является

- своевременное обследование пациенток с ПВ
- выявление и устранение причин, приводящих к неоднократным гестационным потерям для предотвращения репродуктивных нарушений в будущем.

### **Список литературы:**

1. Клинические рекомендации Привычный выкидыш 2022г
2. В.Н. С. Комментарий к статье: “Применение перорального гестагена у женщин с угрожающим выкидышем в первом триместре: рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование”. Акушерство и гинекология. 2020.
3. Савельева Г.М., Аксененко В.А., Андреева М.Д., Базина М.И., Башмакова Н.В., Боровкова Л.В., Брюхина Е.В., Буштырева И.О., Волков В.Г., Гурьев Д.Л., Данькова И.В., Доброхотова Ю.Э., Акушерство и гинекология. 2017;
4. Прегравидарная подготовка : клинический протокол / [авт.-разраб. В. Е. Радзинский и др.]. – М. : Редакция журнала StatusPraesens, 2016.
5. Акушерство. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. – 5-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
6. Истмико-цервикальная недостаточность : клинические рекомендации (протокол лечения) (утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации 28.12.2018).