

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

Федерации Кафедра оперативной

гинекологии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор
Макаренко Т.А.

Реферат
«Выкидыш»

Автор: клинический ординатор

Плохих А.А.

Красноярск 2022г

Содержание:

1. Определение
2. Причины и факторы риска
3. Классификация
4. Клиническая картина
5. Диагностика
6. Лечение
7. Список использованной литературы

Определение

- **Выкидыш (самопроизвольный аборт)** - самопроизвольное прерывание беременности до 22 недель беременности.
- **Привычный выкидыш (ПВ)** - наличие у женщины 2-х и более клинических потерь беременности в сроках до 22 недель.
- **Угрожающий выкидыш (УВ)** - состояние развивающейся беременности до 22 недель, при котором наблюдаются кровяные выделения из половых путей или признаки отслойки хориона/плаценты по данным ультразвукового исследования (УЗИ).

Причин привычного выкидыша

- генетические (3-6%),
- анатомические (10-16%),
- инфекционно-воспалительные (10-15%),
- эндокринные (12-15%),
- аутоиммунные (до 15%),
- тромбофилические (10%).
- идиопатический ПВ (15-50%),
- аллоиммунный ПВ (5-10%)

К причинам и факторам риска ПВ относят

- возраст матери >35 лет, возраст отца >40 лет;
 - ожирение или недостаточная масса тела (>30 кг/м² или <18,5 кг/м²);
 - избыточное потребление кофеина
 - употребление алкоголя и наркотиков;
 - курение неблагоприятные условия труда, 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, железodefицитная 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;
 - 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

Классификация привычных выкидышей

- Первичный
- Вторичный
- Третичный

Клиническая картина

Основной жалобой партнеров с ПВ является невозможность деторождения.

Жалобы, приводящие к развитию ПВ

- на нарушения менструального цикла – скудные менструации, нерегулярный характер менструаций
- боли внизу живота,
- дизурические явления,
- диспареунию,
- изменение характера выделений из половых путей,
- зуд в области наружных половых органов
- нарушения функции соседних органов (при миоме матки больших размеров) и др.

Клиническими проявлениями выкидыша

- боли внизу живота или в пояснице спастического характера
- кровяные выделения из половых путей на фоне задержки менструации.
- ощущения давления во влагалище
- выделение слизи из влагалища

Диагностика

Выделяют лабораторные и инструментальные методы диагностики
Но! Необходимо помнить, что рекомендовано обследовать обоих партнеров.

Лабораторные методы

- На прегравидарном этапе рекомендовано направлять пациентку с ПВ и ее партнера на цитогенетическое исследование (кариотип) с целью исключения сбалансированных хромосомных перестроек (Частота встречаемости в популяции составляет 0,3-0,6%, у пар с ПВ достигает 6-7%.)
- Рекомендовано цитогенетическое исследование (кариотип) abortивного 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 (исследование проводится дважды, интервал между исследованиями составляет 12 недель)
- 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 тиреидита
- Рекомендовано направлять пациентку с ПВ и признаками гиперпролактинемии (олиго/аменорея, галакторея) на исследование уровня пролактина в крови с целью диагностики гиперпролактинемии
- Рекомендовано направлять пациентку с ПВ на определение уровня глюкозы в крови с целью диагностики сахарного диабета
Так как декомпенсированный сахарный диабет является фактором риска привычного выкидыша
- Рекомендовано направлять пациентку с ПВ на микроскопическое исследование влагалищных мазков с целью диагностики инфекционно-воспалительных и дисбиотических состояний
- Рекомендовано направлять партнера пациентки на проведение спермограммы с целью уточнения причин ПВ

Инструментальные методы

На прегравидарном этапе рекомендовано:

- УЗИ матки и придатков
- Гистеросальпингографии (определение наличия полипа, миомы матки)

Во время беременности:

- УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию) с 15-16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1-2 недели

- Медикаментозные методы лечения
- Хирургические методы лечения

Медикаментозные методы лечения

- Рекомендовано назначить дидрогестерон или препараты прогестерона до 20 недель беременности (т.к. повышает частоту живорождения при ПВ)
- При подтвержденном АФС рекомендовано назначить препараты группы гепарина (АТХ: гепарины) в профилактической дозе+ацетилсалициловой кислоты с 12 до 36 недель беременности по 100 мг/сутки

На прегравидарном этапе, при наличии эндометрита, рекомендована антибактериальная терапия:

- Доксициклин
- ! В случае персистенции- ципрофлоксацин в сочетании с метронидозолом.

Хирургические методы лечения

На прегравидарном этапе пациентке с ПВ рекомендовано:

- Гистероскопия
- Лапароскопия
- Серкляж

Литература

1. . Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практ. руководство для врачей / Под ред. Акад. РАМН, проф. Аймазяна Э. К. 2006 г.
Издательство: МЕДпресс-информ.
2. Сидорова И. С. “Руководство по акушерству”.
3. Айламазян Э. К., Кулаков В. И. А “Акушерство. Национальное руководство”
4. Радзинский В. Е. “Ранние сроки Беременности”
5. Клинический протокол “Выкидыш в ранние сроки беременности”