

MISSION OF PREGNANCY

Ramadanova Diana Sergeevna

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for
Obstetrics and Gynecology, Tashkent, Uzbekistan

Nishanova Feruza Pulatovna

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for
Obstetrics and Gynecology, Tashkent, Uzbekistan.

Miscarriage

spontaneous termination of pregnancy up to 37 completed weeks, counting from the first day of the last menstruation. Miscarriage, ending in the death of the fetus at various stages of pregnancy, is a complex obstetric and gynecological problem and often has serious psychological consequences for the whole family. According to the WHO definition, miscarriage is considered "expulsion or removal from the mother's body of an embryo or fetus weighing 500 g or less", which approximately corresponds to a gestational age of 20-22 weeks and the fetus is still considered unviable.

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Рамаданова Диана Сергеевна

Республиканский специализированный научно-
практический медицинский центр акушерства и гинекологии

Нишанова Феруза Пулатовна

Республиканский специализированный научно- практический медицинский
центр акушерства и гинекологии Ташкент, Узбекистан.

Невынашивание беременности

- самопроизвольное прерывание беременности в сроки до 37 полных недель, считая с первого дня последней менструации. Невынашивание беременности, заканчивающийся смертью плода в различные сроки беременности, является сложной акушерско-гинекологической проблемой и нередко имеет серьезные психологические последствия для всей семьи. По определению ВОЗ, невынашивание беременности считается "изгнание или извлечение из материнского организма эмбриона или плода массой тела 500 г и менее", что приблизительно соответствует сроку беременности 20-22 недель и плод еще считается нежизнеспособным.

International Multidisciplinary Scientific Global Conference on Education and Science

Hosted Online from Warsaw, Poland on October 10th, 2022.

www.conferencepublication.com

Частота невынашиваний беременности составляет 15-20 % от общего числа всех клинически выявленных беременностей. Однако, только по клиническим данным, на ранних сроках беременности самопроизвольный выкидыш может быть не диагностирован. Частота его возрастает до 30-60 %, когда до наступления очередной менструации для подтверждения беременности применяют такие высокочувствительные методы, как определение уровня β -ХГ в сыворотке крови. Наиболее часто диагноз "химической" беременности по уровню β -ХГ устанавливают в группе пациенток с бесплодием после стимуляции овуляции гормональными препаратами.

От 40 до 80 % невынашиваний беременности происходит в I триместре беременности, причем практически каждая вторая женщина даже не предполагает, что у нее была беременность. При увеличении срока беременности (во II и III триместрах) частота невынашиваний беременности уменьшается.

Невынашивание беременности чаще наступает у пациенток с кровянистыми выделениями из половых путей с ранних сроков беременности (12,4-13,6 %) по сравнению с пациентками без кровянистых выделений (4,2-6,1 %). Для женщин с идиопатическим или "необъяснимым" невынашиванием беременности наиболее опасными в плане прерывания беременности являются 6-8 недель. Именно в этот период происходит 78 % выкидышей, причем большая часть из них - до появления сердечной деятельности, т. е. погибает зародыш, а не эмбрион. В 8 недель беременности при наличии сердцебиения плода вероятность выкидышей составляет 2 %, беременность сохраняется у 98 % пациенток. В то же время при беременности сроком 10 недель и нормальном сердцебиении плода частота невынашиваний беременности составляет лишь 0,6 %, а вероятность сохранения беременности - 99,4 %. Исход беременности зависит от возраста пациентки: если у 20-летней пациентки с двумя выкидышами в анамнезе вероятность благоприятного исхода последующей беременности составляет 92 %, то у женщины в 45 лет с аналогичным числом выкидышей - 60 %.

Описано повышение риска частоты невынашиваний беременности в зависимости от количества предыдущих выкидышей. Так, при одном выкидыше угроза последующего прерывания беременности составляет 15 %, при двух - 25 %, при трех - 45 % и при четырех - 54 %. Аналогичным образом увеличивается и риск развития вторичного бесплодия, который в общем по группе составляет около 35 %. В тех случаях, когда у женщины происходит подряд три невынашивания беременности в сроке беременности до 20 недель, устанавливают диагноз привычного невынашивания беременности. Согласно статистическим данным,

International Multidisciplinary Scientific Global Conference on Education and Science

Hosted Online from Warsaw, Poland on October 10th, 2022.

www.conferencepublication.com

эта патология составляет 1 на 300 беременностей. Прерывание беременности и последующее выскабливание матки является причиной развития тяжелых воспалительных заболеваний гениталий, спаечного процесса, патологии матки и труб, сложных нейроэндокринных нарушений, привычного невынашивания беременности и бесплодия.

Что провоцирует / Причины Невынашивания беременности:

Основными причинами невынашивания беременности считают:

- генетические факторы;
- инфекции, передающиеся половым путем (ИППП);
- эндокринные нарушения;
- иммунные факторы;
- врожденную и приобретенную патологию матки;
- другие факторы.

Практически у 45-50 % женщин установить причину самопроизвольного выкидыша не удается, и они составляют группу "необъяснимого" невынашивания беременности.

Характеристика наиболее значимых факторов риска

- Генетические нарушения

Генетические нарушения, приводящие к самопроизвольному выкидышу, изучены достаточно хорошо и составляют около 5 % в структуре причин данной патологии. От 40 до 60 % выкидышей, происходящих в I триместре беременности, обусловлены аномалиями хромосом зародыша. Прерывание беременности на ранних сроках может быть результатом естественного отбора, что приводит к смерти патологически развивающегося эмбриона и/или плода. Хромосомная патология при привычном невынашивании беременности встречается чаще и клинически более значима, чем у пациенток с единственным выкидышем. Причины самопроизвольного выкидыша и привычного невынашивания беременности могут быть идентичны, однако сопутствующая патология репродуктивной системы у супружеских пар с привычным невынашиванием встречается гораздо чаще, чем у женщин с одним выкидышем.

- Воспалительные заболевания

Воспалительный генез невынашивания беременности обусловлен особенностями проникновения микроорганизмов через плаценту к плоду из материнской крови. Наличие микроорганизмов у матери может быть бессимптомным или сопровождаться характерными признаками воспалительного заболевания.

International Multidisciplinary Scientific Global Conference on Education and Science

Hosted Online from Warsaw, Poland on October 10th, 2022.

www.conferencepublication.com

Нередко возбудитель, проходя через плаценту, вызывает развитие плацентита с определенными гистопатологическими изменениями. Таким образом, в организм плода могут проникать бактерии (грамотрицательные и грамположительные кокки, листерии, трепонемы и микобактерии), простейшие (токсоплазма, плазмодии) и вирусы.

Исследования мазков помогают сориентироваться в возможной патологии и определиться в отношении необходимости, последовательности и объема дополнительных исследований (ПЦР, ИФА и др.) Лечебные мероприятия в I триместре беременности ограничены в связи с опасностью использования некоторых медикаментозных средств в период эмбриогенеза. Тем не менее при выраженных дисбиотических нарушениях влагалища, осложненном течении беременности (угроза аборта, начавшийся аборт и др.), а также структурно-функциональной неполноценности шейки матки рекомендуется применение корректоров и индукторов интерферона: КИП-ферон (вагинальные свечи) по 1 свече 2 раза в день в течение 10 дней; виферон (вагинальные свечи) по 1 свече 1 раз в день в течение 10 дней. При высоком риске инфицирования показано внутривенное капельное введение человеческого иммуноглобулина в дозе 25 мл через день 3 раза и/или октагам по 2,5 мг внутривенно через 2 дня 2-3 раза.

- Эндокринные факторы

к эндокринным факторам невынашивания беременности, которые выявляются в 17-23 % случаев, относятся:

- неполноценная лютеиновая фаза; нарушение секреции андрогенов (гиперандрогения);
- заболевания щитовидной железы;
- сахарный диабет.

Неполноценная лютеиновая фаза как причина эндокринного бесплодия и невынашивания беременности у женщин впервые была описана в 1949 г. G. Jones и соавт. Для полноценной секреторной трансформации и подготовки эндометрия к имплантации оплодотворенной яйцеклетки необходима достаточная концентрация эстрогенов, прогестерона и сохранение их нормального соотношения в течение менструального цикла и особенно во второй фазе цикла.

- Иммунные факторы

Иммунные факторы невынашивания беременности являются наиболее частыми причинами невынашивания беременности и частота их, по данным разных

International Multidisciplinary Scientific Global Conference on Education and Science

Hosted Online from Warsaw, Poland on October 10th, 2022.

www.conferencepublication.com

авторов, составляет 40-50 %. Распознавание чужеродного агента и развитие иммунного ответа в организме женщины регулируются антигенами HLA, которые делятся на два класса.

Гены, кодирующие эти антигены, располагаются на 6-й хромосоме. I класс антигенов HLA представлен антигенами A, B, C, необходимыми для распознавания трансформированных клеток цитотоксическими Т-лимфоцитами. Антигены HLA II класса (DR, DP, DQ) обеспечивают взаимодействие между макрофагами и Т-лимфоцитами в процессе иммунного ответа. Считают, что носительство некоторых антигенов HLA сочетается с предрасположенностью к некоторым болезням.

Аллогенная реакция. Симметричные (цитотоксичные) антитела связываются с эмбриональными антигенами (FAB-структурами) и затем происходит активация системы комплемента Fc-структурой антигена. В результате развиваются цитотоксичность, фагоцитарные клеточные реакции и как итог - разрушение эмбриона.

Механизм деструкции эмбриона, обусловленный TH1. Этот механизм опосредован цитокинами: α -ФНО, γ -ИФН и ИЛ-2, -12, -18. Во всех случаях abortогенного ответа материнской иммунной системы лимфоцитарная реакция TH1 превалирует над лимфоцитарным защитным ответом организма матери, обусловленным TH2.

- Органическая патология половых органов

Органическая патология половых органов при невынашивании беременности бывает двух видов: врожденная и приобретенная.

Врожденная патология (пороки развития):

- пороки развития производных мюллеровых протоков;
- ИЦН;
- аномалии расхождения и ветвления маточных артерий.

Приобретенная патология:

- ИЦН;
- синдром Ашермана;
- миома матки;
- эндометриоз.

Органическая патология половых органов

Органическая патология половых органов при невынашивании беременности бывает двух видов: врожденная и приобретенная.

International Multidisciplinary Scientific Global Conference on Education and Science

Hosted Online from Warsaw, Poland on October 10th, 2022.

www.conferencepublication.com

Врожденная патология (пороки развития):

- пороки развития производных мюллеровых протоков;
- ИЦН;
- аномалии расхождения и ветвления маточных артерий.

Приобретенная патология:

- ИЦН;
- синдром Ашермана;
- миома матки;
- эндометриоз.

Симптомы Невынашивания беременности:

Симптомы невынашивания беременности включают:

- Усиливающееся кровотечение
- Спазмы
- Боли внизу живота
- Повышенная температура
- Слабость
- Рвота
- Боль в пояснице

Если Вы обнаружили у себя эти симптомы, срочно свяжитесь со своим акушером-гинекологом.

Диагностика Невынашивания беременности:

Невынашивание беременности является многофакторным заболеванием, при котором у большинства больных имеет место сочетание одновременно нескольких причин. В связи с этим обследование пациенток этой группы должно быть комплексным и включать в себя все современные клинические, инструментальные и лабораторные методы. При обследовании этих пациенток требуется не только установить причину(ы) самопроизвольного выкидыша, но и оценить состояние репродуктивной системы с целью предупреждения последующих выкидыше

International Multidisciplinary Scientific Global Conference on Education and Science

Hosted Online from Warsaw, Poland on October 10th, 2022.

www.conferencepublication.com

Лабораторно-инструментальные методы исследования следующие.

- Гистеросальпингография - производится на 17-23-й день менструального цикла и позволяет исключить пороки развития матки, внутриматочные синехии, ИЦН.

- УЗИ - при этом оценивают состояние яичников, наличие кист миомы матки, аденомиоза. Уточняют состояние эндометрия: хронический эндометрит, полипы, гиперплазия эндометрия.

Лабораторно-инструментальные методы исследования следующие.

- Гистеросальпингография - производится на 17-23-й день менструального цикла и позволяет исключить пороки развития матки, внутриматочные синехии, ИЦН.

- УЗИ - при этом оценивают состояние яичников, наличие кист миомы матки, аденомиоза. Уточняют состояние эндометрия: хронический эндометрит, полипы, гиперплазия эндометрия.

Лечение Невынашивания беременности:

Если выкидыш полный и матки чистая, тогда обычно не требуется специального лечения. Иногда матка не очищается полностью, тогда проводится процедура выскабливания полости матки. Во время этой процедуры, матка раскрывается и находящиеся в ней остатки плода или плаценты аккуратно извлекаются. Альтернативой выскабливанию может служить прием определенных лекарств, которые заставят Ваше тело отторгнуть содержание матки. Этот способ может быть идеальным для тех, кто хочет избежать хирургического вмешательства и у кого стабильное состояние здоровья.

Прогноз

Прогноз течения последующих беременностей у женщин с самопроизвольными выкидышами в анамнезе в зависимости от исхода предыдущей.

Показано, что наиболее перспективными в этом отношении являются женщины с органической патологией матки, эндокринными и иммунными факторами.

В заключение следует отметить, что тщательное и полное обследование женщин до беременности, особенно после самопроизвольных выкидышей, максимально точная диагностика причин невынашивания беременности, своевременная и патогенетически обоснованная терапия, динамическое наблюдение во время

беременности позволяют значительно снизить риск угрозы прерывания беременности и потери ребенка.

Профилактика Невынашивания беременности:

Профилактика заключается в тщательном обследовании женщин с целью выявления причин невынашивания и проведения реабилитационной терапии для подготовки к последующей беременности. Обследование в женской консультации включает консультацию терапевта для выявления экстрагенитальных заболеваний, при которых беременность противопоказана; метросальпингографию и/или гистероскопию для исключения пороков развития матки, внутриматочных синехий, истмико-цервикальной Недостаточности; проведение тестов функциональной диагностики для оценки гормонального баланса; бактериологическое исследование содержимого канала шейки матки, обследование на токсоплазмоз, цитомегаловирус и др., определение группы крови и резус-фактора. Обязательным компонентом обследования женщины с невынашиванием беременности в анамнезе является оценка состояния здоровья мужа, в том числе исследование его спермы. Если на первом этапе обследования не выявлены причины невынашивания, женщину направляют в специализированные кабинеты женской консультации или поликлиники, где проводят гормональное, медико-генетическое исследование. Если причины невынашивания все же остаются неясными, необходимо обследование в специализированных учреждениях или в стационарах, где осуществляют более глубокое исследование эндокринной системы, системы иммунитета и другие специальные исследования

ЛИТЕРАТУРА

1. Преждевременные роды. Клинический протокол / колл. авт. ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии и м. В. И. Кулакова» Минздрав России, ИЗС; под ред. акад. Г. Т. Сухих. — М., 2014.
2. Сидельникова В. М. Невынашивание беременнос- ти / В. М. Сидельникова, Г. Т. Сухих. — М., 2010.
3. Ткаченко Л. В. Значение элективного церкляжа при высоком риске преждевременных родов у пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью / Л. В. Ткачен- ко, Н. Д. Углова, Н. А. Линченко // Вестник Волгоградско- го государственного медицинского университета. — 2013. — № 3. — С. 135—137.
4. Ткаченко Л. В. Клинические и хирургические парал- лели истмико- цервикальной недостаточности / Л. В. Ткаченко, Н. А. Линченко // Материалы XIV Всероссий- ского научного форума «Мать и Дитя», 24— 27 сентября 2013. — М., 2013. — С. 21.