

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»
Зав. кафедрой: д.м.н. проф. Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ:

Выкидыш в ранние сроки беременности

Выполнил: ординатор 2го года
Каплунов В.А.
Проверил: асс. Коновалов В.Н.



Красноярск 2018

Рецензия на реферат выполненный по теме: «Выкидыш в ранние сроки беременности.»

Ординатор 2го года обучения

Кафедра: перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБУ ВО КрасГМУ им. Профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого.

ФИО: Каплунов Василий Александрович

Реферат выполнен на 15 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

Актуальность проблемы: известно, что 10-20% клинически диагностированных беременностей заканчиваются выкидышем. Несмотря на широкое внедрение УЗИ, клиническое ведение пациенток с выкидышем мало изменилось за последние 50 лет и обычно опирается на традицию, а не на принципы доказательной медицины. До недавнего времени в медицинской литературе проблеме выкидыша уделялось меньше внимания, чем другим осложнениям беременности. Большинство женщин с выкидышем направляется в стационар для оценки ситуации, до 88% из них подвергаются хирургическому опорожнению матки. В данном реферате освещен обзор достижений в клиническом ведении выкидыша и нехирургические подходы к опорожнению матки.

В реферате полностью раскрыто содержание материала. Материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности. Продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала. Точно используется терминология.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

При написании реферата использовались современные источники литературы.

Реферат написан хорошим литературным языком, грамотно оформлен, принят и оценен на (5) отлично.

Руководитель клинической ординатуры: Коновалов В.Н



Оглавление	
ВВЕДЕНИЕ	2
ТЕРМИНОЛОГИЯ	2
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	4
ЭТИОЛОГИЯ	4
КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РАННИХ ПОТЕРЬ БЕРЕМЕННОСТИ	5
ДИАГНОСТИКА.....	5
Ультразвуковое сканирование	6
Гормональная диагностика.....	10
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ	11
Выжидательная тактика.....	11
Медикаментозная терапия	11
Хирургическое лечение.....	13
Гистологическое исследование.....	13
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ	13
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ ВЕДЕНИЮ	13
ПРОФИЛАКТИКА СПОНТАННОГО ВЫКИДЫША.....	14
ЛИТЕРАТУРА	15

ВВЕДЕНИЕ

Самопроизвольный аборт (выкидыш) - самое частое осложнение беременности. Частота его составляет от 10 до 20% всех клинически диагностированных беременностей. Около 80% этих потерь происходит до 12 недель беременности. При учёте беременностей по определению уровня ХГЧ частота потерь возрастает до 31%, причём 70% этих абортов происходит до того момента, когда беременность может быть распознана клинически. В структуре спорадических ранних выкидышей 1/3 беременностей прерывается в сроке до 8 недель по типу анэмбрионии.

Известно, что 10-20% клинически диагностированных беременностей заканчиваются выкидышем. Несмотря на широкое внедрение УЗИ, клиническое ведение пациенток с выкидышем мало изменилось за последние 50 лет и обычно опирается на традицию, а не на принципы доказательной медицины. До недавнего времени в медицинской литературе проблеме выкидыша уделялось меньше внимания, чем другим осложнениям беременности. Большинство женщин с выкидышем направляется в стационар для оценки ситуации, до 88% из них подвергаются хирургическому опорожнению матки.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Самопроизвольный аборт (выкидыш) - самопроизвольное прерывание беременности до достижения плодом жизнеспособного гестационного срока.

В соответствии с определением ВОЗ, выкидышем является самопроизвольное изгнание или экстракция эмбриона (плода) массой до 500 г, что соответствует гестационному возрасту менее 22 недель беременности.

Коды по МКБ-10

003 Самопроизвольный выкидыш

002.1 Несостоявшийся выкидыш

020.0 Угрожающий выкидыш

Согласно позиции ведущих мировых обществ акушеров-гинекологов (RCOG, 2006; ACOG, 2011, 2015; NICE, 2012, 2015) медицинский термин «самопроизвольный аборт» должен быть заменен термином «выкидыш». Для описания разных типов выкидышей должна использоваться соответствующая терминология.

Номенклатура терминов Европейского общества репродукции человека (ESHRE, 2005)

Термин	Характеристика
Биохимическая беременность	Не визуализируется при сканировании
Пустой плодный мешок	Плодный мешок с отсутствием эмбриона и минимальным числом структур
Потеря беременности	Были УЗИ-признаки прогрессирующей беременности, при последующем исследовании сердечной деятельности плода не обнаружено
Ранние потери беременности	Пустой зародышевый мешок или с эмбрионом, у которого нет сердечной деятельности, сроком менее 12 недель
Неразвивающаяся беременность	Как «ранняя потеря беременности»
Поздний выкидыш	Отсутствие сердечной деятельности при сроке беременности более 12 недель
Беременность неизвестной локализации	При сканировании беременность не идентифицируется, ХГЧ-тест положительный

Терминология, рекомендуемая для использования

Рекомендуемый термин	Ранее используемый термин	Определение
Самопроизвольный выкидыш	Самопроизвольный аборт	Потери беременности, происходящие до 22 недель с весом плода менее 500 г
Угрожающий выкидыш	Угроза прерывания беременности	Кровянистые выделения из матки до 22 недель беременности
Выкидыш в ходу	Аборт в ходу	Выкидыш неизбежен, продукт зачатия находится в процессе изгнания из матки
Неполный выкидыш	Неполный аборт	Часть продуктов зачатия осталась в полости матки
Полный выкидыш	Полный аборт	Выкидыш произошёл полностью, нет необходимости в медицинском или хирургическом вмешательстве
Неразвивающаяся беременность	Замершая беременность	УЗИ подтвердило нежизнеспособность беременности, кровотечения нет
Инфицированный (септический) выкидыш	Септический аборт	Выкидыш, осложненный инфекцией органов малого таза
Привычный выкидыш	Привычное невынашивание беременности	3 или более выкидышей подряд у одной и той же женщины
Беременность неизвестной (неясной) локализации		Отсутствие УЗИ-признаков маточной или внематочной беременности при положительном ХГЧ-тесте
Беременность неопределенной жизнеспособности		Средний внутренний диаметр плодного яйца менее 20 мм, желточный мешок или плод не видны <i>или</i> КТР эмбриона менее 6 мм без сердцебиения
Внематочная беременность	Внематочная беременность	Локализация плодного яйца вне полости матки (например, в маточных трубах, шейке матки, яичниках, брюшной полости)
Анэмбриония	Анэмбриония	Имплантация оплодотворенной яйцеклетки в стенку матки произошла, но развития плода не начинается. В полости матки определяется плодное яйцо с или без желточного мешка, эмбриона нет
Гестационная трофобластическая болезнь	Трофобластическая болезнь	Патология трофобласта, также известна как пузырный занос (полный или частичный)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Самопроизвольный выкидыш — самое частое осложнение беременности. Частота его составляет от 10 до 20% всех клинически диагностированных беременностей. Около 80% выкидышей происходит до 12 недель беременности. В структуре спорадических ранних выкидышей одна треть беременностей прерывается до 8 недель по типу анэмбрионии (отсутствие эмбриона).

ЭТИОЛОГИЯ

Около 50% спорадических ранних выкидышей обусловлено хромосомными дефектами, на сроке 8-11 нед - 41-50%, на сроке 16-19 нед она снижается до 10-20%. Наиболее частыми типами хромосомной патологии при ранних самопроизвольных выкидышах бывают аутосомные трисомии - 52%, моносомии X - 19%, полиплоидии - 22%, другие формы составляют 7%. В 80% случаев выкидышей сначала происходит гибель, а затем экспульсия плодного яйца. Среди других причин спорадических ранних выкидышей выделяют анатомические, инфекционные, эндокринные, токсические, иммунологические и другие факторы. Необходимо стремиться выявить причины прерывания беременности, поскольку эти факторы могут привести к повторным (привычным) выкидышам. Среди пар, у которых при тщательном обследовании установить причину привычного самопроизвольного аборта не удалось, в 65% случаев последующая беременность заканчивается успешно.

Факторы, связанные с ранней потерей беременности

- Возраст выступает одним из основных факторов риска у здоровых женщин. По данным, полученным при анализе исходов 1 млн беременностей, в возрастной группе женщин от 20 до 30 лет риск самопроизвольного аборта составляет 9-17%, в 35 лет - 20%, в 40 лет - 40%, в 45 лет - 80%.
- Паритет. У женщин с двумя беременностями и более в анамнезе риск выкидыша выше, чем у нерожавших женщин, причём этот риск не зависит от возраста.
- Наличие самопроизвольных абортов в анамнезе. Риск выкидыша возрастает с увеличением числа таковых. У женщин с одним самопроизвольным выкидышем в анамнезе риск составляет 18-20%, после двух выкидышей он достигает 30%, после трёх выкидышей - 43%. Для сравнения: риск выкидыша у женщины, предыдущая беременность которой закончилась успешно, составляет 5%.
- Курение. Потребление более 10 сигарет в день увеличивает риск самопроизвольного аборта в I триместре беременности. Эти данные наиболее показательны при анализе самопроизвольного прерывания беременностей у женщин с нормальным хромосомным набором.
- Применение нестероидных противовоспалительных средств в период, предшествующий зачатию. Получены данные, указывающие на негативное влияние угнетения синтеза ПГ на успешность имплантации. При использовании нестероидных противовоспалительных средств в период, предшествующий зачатию, и на ранних этапах беременности частота выкидышей составила 25% по сравнению с 15% у женщин, не получавших препараты данной группы.
- Лихорадка (гипертермия). Увеличение температуры тела выше 37,7 °C приводит к увеличению частоты ранних самопроизвольных абортов
- Употребление алкоголя (умеренное)
- Использование кофеина (дозозависимый эффект: 4-5 чашек кофе, или более 100 мг кофеина)
- Употребление кокаина
- Хронические заболевания матери: антифосфолипидный синдром, тромбофилии, синдром поликистозных яичников, заболевания щитовидной железы, некорригированный сахарный диабет, возможно, целиакия (энтеропатия, связанная с повреждением ворсинок тонкой кишки)
- Инфекции у матери: листериоз, сифилис, хламидии, токсоплазмоз; микоплазмы или уреоплазмы влагалища (противоречивые данные)
- Препараты: итраконазол (противогрибковое средство), метотрексат (цитостатик), нестероидные

противовоспалительные препараты (нарушают процессы имплантации за счет угнетения синтеза простагландинов), ретиноиды (оказывают тератогенный эффект), пароксетин и венлафаксин (антидепрессанты с сильным противотревожным действием)

- Ожирение
- Токсины и профессиональные вредности: ионизирующее излучение, пестициды, вдыхание анестезиологических газов
- Непосредственная травма плодного яйца (риск при травме, включая инвазивные методики пренатальной диагностики (хорионбиопсия, амниоцентез, кордоцентез), составляет 1-5%).

- Дефицит фолиевой кислоты (повышается риск самопроизвольного выкидыша с 6 до 12 нед беременности, что обусловлено большей частотой формирования аномального кариотипа плода).

Факторы, которые ошибочно ассоциируют с ранней потерей беременности

- Авиаперелеты.
- Тупая травма живота.
- Использование контрацептивных средств до беременности (включая оральные контрацептивы, внутриматочные средства, имплантаты, спермициды).
- Физические упражнения (при условии, если женщины продолжают физические упражнения, которые делали до наступления беременности).
- Вакцинация против вируса папилломы человека (бивалентная вакцина **16/18**).
- Сексуальная активность.
- Стресс.
- Предыдущие аборт по желанию женщины в первом триместре беременности
-

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РАННИХ ПОТЕРЬ БЕРЕМЕННОСТИ

Угрожающий выкидыш - тянущие боли внизу живота и поясничной области, скудные кровяные выделения из половых путей. Тонус матки повышен, шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт, тело матки соответствует сроку беременности. При ультразвуковом исследовании регистрируют сердцебиение плода.

Начавшийся выкидыш - боли и кровяные выделения из влагалища более выражены, цервикальный канал приоткрыт. Необходимо диагностировать следующие акушерские осложнения: отслойку хориона (плаценты), предлежание или низкое расположение хориона (плаценты), кровотечение из второго рога матки при пороках ее развития, гибель одного плодного яйца при многоплодной беременности.

Выкидыш в ходу - тело матки, как правило, меньше предполагаемого срока беременности, определяются регулярные схваткообразные сокращения миометрия, в более поздние сроки беременности возможно подтекание околоплодных вод. Внутренний и наружный зевы открыты, элементы плодного яйца находятся в цервикальном канале или во влагалище. Кровяные выделения могут быть различной интенсивности, чаще обильные.

Неполный выкидыш - беременность прервалась, но в полости матки имеются задержавшиеся элементы плодного яйца. Отсутствие полноценного сокращения матки и смыкания ее полости приводит к продолжающемуся кровотечению, что в некоторых случаях может вести к большой кровопотере и гиповолемическому шоку. Чаще встречается после 12 нед беременности, в случае, когда выкидыш начинается с излития околоплодных вод. При бимануальном исследовании матка меньше предполагаемого срока беременности, кровяные выделения из цервикального канала обильные, при ультразвуковом исследовании в полости матки определяются остатки плодного яйца, во II триместре - плацентарной ткани. **Септический (инфицированный) выкидыш** - прерывание беременности, сопровождающееся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровяными, иногда гнойными выделениями из половых путей. При физикальном осмотре - тахикардия, тахипноэ, дефанс мышц передней брюшной стенки; при бимануальном исследовании - болезненная, мягкой консистенции матка, шейка матки расширена. Воспалительный процесс чаще всего вызван золотистым стафилококком, стрептококком, грамотрицательными микроорганизмами, грамположительными кокками. При отсутствии лечения возможна генерализация инфекции в виде сальпингита, локального или разлитого перитонита, септицемии.

Неразвивающаяся беременность - гибель эмбриона (до 9 недель) или плода на сроке до 22 недель беременности при отсутствии экспульсии продуктов зачатия из полости матки.

ДИАГНОСТИКА

Оценка состояния пациентки и диагноз ставится на основе анализа жалоб, анамнеза, физикального осмотра и дополнительных клинических исследований. Ультразвуковое сканирование должно быть выполнено как можно быстрее, если потребуется, то в экстренном порядке. Во всех случаях следует провести начальную оценку параметров гемодинамики.

Жалобы

Жалобы на кровяные выделения из половых путей, боли внизу живота и поясничной области, возникшие на фоне задержки менструации.

Примерно четверть всех беременностей осложняются кровотечением до 22 недель, из них 12-57% заканчиваются выкидышем. В то время как обильные вагинальные кровотечения связаны с повышенным риском потери беременности, некоторые исследования показали, что мажущие кровянистые выделения или небольшое кровотечение не увеличивает риск выкидыша.

Анамнез

- Характер менструального цикла и дата последней менструации.
- Предыдущие беременности, их исходы, особенно наличие выкидышей.
- Гинекологические заболевания и операции.
- Если применялись ВРТ, указать вид и дату.
- Заключение УЗИ (если было).
- Симптомы ранних сроков беременности.

Наличие ассоциированных симптомов:

- вагинальное кровотечение (сроки, степень и тяжесть);
- боли (внизу живота / схваткообразные / боли в спине);
- синкопальные состояния при перемене положения тела;
- рвота;
- боль в плече.
- Выделение из половых путей продуктов зачатия (элементов плодного яйца).

Физикальное обследование

- Базовые обследования (температура, ЧСС, частота дыхания, артериальное давление).
- Обследование живота (болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, вздутие, наличие свободной жидкости).
- Влагалищное исследование:
 - Осмотр при помощи зеркал: источник и объем кровотечения, наличие продуктов зачатия в цервикальном канале (если есть возможность, удалить и отправить на гистологическое исследование).
 - Бимануальное исследование: консистенция и длина шейки матки, состояние цервикального канала и внутреннего зева шейки матки, величина матки (в зависимости от даты последней менструации), состояние и болезненность придатков, сводов влагалища.

Ультразвуковое сканирование

Большинству женщин с осложнениями ранних сроков беременности требуется ультразвуковое сканирование. Трансвагинальное сканирование (ТВС), проводимое опытным специалистом, является «золотым стандартом». Если ТВС недоступно, может использоваться трансабдоминальное сканирование (ТАС), однако этот метод не так точен, как ТВС, для диагностики осложнений ранних сроков беременности.

Пациентке должны быть разъяснены порядок и показания для УЗИ. При проведении дезинфекции трансвагинальных УЗИ-датчиков должны строго соблюдаться действующие стандарты и осуществляться надлежащие меры инфекционного контроля за качеством дезинфекции.

Жизнеспособная маточная беременность:

Плодное яйцо расположено обычно, эмбрион визуализируется, четко определяется сердечная деятельность. Наличие сердечной деятельности ассоциируется с успешным завершением данной беременности в 85-97% - в зависимости от срока гестации. Последующие назначения лекарственных препаратов и дополнительных обследований могут потребоваться в следующих ситуациях:

значительное вагинальное кровотечение, субхориальная гематома, а также у пациенток с выкидышами в анамнезе или после удаления внутриматочных контрацептивов.\

Беременность неопределенной жизнеспособности:

1 вариант - плодное яйцо расположено обычно, средний внутренний диаметр плодного яйца < 20 мм,

эмбрион не визуализируется;

2 вариант - плодное яйцо расположено нормально, эмбрион < 7 мм, сердцебиение плода не визуализируется. Этим пациенткам следует провести повторное сканирование через 7 дней и оценить в динамике, прогрессирует ли беременность (рост эмбриона, сердечная деятельность плода).

Трансвагинальное УЗИ должно являться стандартом обследования женщин на ранних сроках беременности. Трансабдоминальное УЗИ проводится при невозможности выполнить трансвагинальное УЗИ или для уточнения полученных данных.

Ранние потери беременности

Признаки ранних потерь беременности с задержкой продуктов зачатия в матке:

- при трансвагинальном исследовании средний внутренний диаметр плодного яйца > 20 мм, эмбрион не визуализируется, или при трансабдоминальном сканировании средний внутренний диаметр плодного яйца > 25 мм, эмбрион не визуализируется;

- эмбрион > 7 мм, сердцебиение отсутствует при трансвагинальном сканировании, или эмбрион > 8 мм, сердцебиение не визуализируется при трансабдоминальном УЗИ.

Тактика врача УЗИ:

- Если средний внутренний диаметр плодного яйца < 25 мм и эмбрион не визуализируется, или если эмбрион < 7 мм и нет сердцебиения, необходимо повторить УЗИ не ранее 7 дней от первоначального и оценить, есть ли динамика показателей.

- В сомнительных случаях, когда получены пограничные величины среднего внутреннего диаметра плодного яйца и размеров эмбриона, необходимо провести повторное сканирование через 7- 10 дней. Диагноз неразвивающаяся беременность должен быть подтвержден двумя специалистами по функциональной диагностике, данные сохранены на бумажном и, желательно, электронном носителе.

Неполный выкидыш:

При УЗИ в полости матки визуализируется ткань диаметром > 15 мм.

Полный выкидыш:

При УЗИ толщина эндометрия < 15 мм, а ранее были обнаружены плодное яйцо или оставшиеся продукты зачатия.

Беременность неизвестной локализации:

Нет признаков маточной или внематочной беременности или остатков плодного яйца при наличии положительного теста на беременность или уровне ХГЧ выше 1000 МЕ/л.

Может быть три причины того, что локализация беременности при УЗИ не выявлена: маточная беременность очень ранних сроков, полный выкидыш или ранняя внематочная беременность. Диагноз может быть установлен при последующем контрольном исследовании.

Следует отметить, что при первом визите даже при трансвагинальном УЗИ с использованием всех критериев исследования, в 8-31% случаев невозможно установить маточная или внематочная беременность. В специализированных отделениях ультразвуковых методов исследования частота постановки диагноза «Беременность неизвестной локализации» меньше и составляет 8-10%.

В клиническом протоколе по ультразвуковой диагностике невынашивания в первом триместре и оценки жизнеспособности маточной беременности общества радиологов (Society of Radiologists, 2012) представлены критерии, которые считаются сомнительными для диагностики ранней потери беременности (таблица 3). Урежение сердцебиения плода (менее 100 ударов в минуту в 5-7 недель гестации) и субхориальная гематома не должны быть использованы для постановки диагноза нежизнеспособной маточной беременности. Эти результаты требуют оценки в динамике через 7-10 дней

Критерии Общества Радиологов по ранней УЗИ-диагностике невынашивания в первом триместре беременности (Society of Radiologists in Ultrasound Guidelines for Transvaginal Ultrasonographic Diagnosis of Early Pregnancy Loss, 2012)

Признаки неразвивающейся беременности	Сомнительные признаки неразвивающейся беременности
КТР 7 мм или больше, сердцебиения нет, внутренний диаметр плодного яйца 25 мм или более, эмбриона нет	КТР менее 7 мм, нет сердцебиения, внутренний диаметр плодного яйца 16-24 мм, эмбриона нет
Отсутствие сердцебиения эмбриона через 2 недели или более после сканирования, которое выявило наличие плодного яйца без желточного мешка	Отсутствие сердцебиения эмбриона через 7-13 дней после УЗИ, которое выявило плодное яйцо без желточного мешка
Отсутствие сердцебиения эмбриона через 11 или более дней после того, как сканирование выявило плодное яйцо с желточным мешком	Отсутствие сердцебиения эмбриона через 7-10 дней после УЗИ, которое выявило плодное яйцо с желточным мешком
	Отсутствие эмбриона в течение 6 и более недель после последней менструации при регулярном менструальном цикле.
	Пустой амнион (амнион визуализируется вблизи желточного мешка, эмбриона не видно)
	Увеличенный желточный мешок (больше 7 мм)
	Небольшое отличие размеров плодного яйца от размера эмбриона (разница между внутренним диаметром плодного яйца и копчикотемненным размером менее 5 мм)

Ультразвуковые критерии диагностики осложнений ранних сроков беременности

Категория пациенток	Определение	Ультразвуковые характеристики
Анэмбриональная беременность	Беременность, при которой плодное яйцо развивается без эмбриона	Плодное яйцо >13 мм без желточного мешка или > 18 мм без эмбриона, или пустой зародышевый мешок за 38 дней беременности (интервал роста не более одной недели). Амниотическая полость без желточного мешка и эмбриона при гестационном сроке более 6 недель при регулярном менструальном цикле.
Полный выкидыш	Матка полностью опорожнилась от продуктов зачатия	Пустая полость матки; эндометрий может быть утолщен
Внематочная беременность	Беременность вне полости матки; чаще всего в придатки матки или в маточной трубе, но может также быть в шейке матки, добавочном роге, яичнике или брюшной полости	Пустая полость матки; могут быть увеличенные придатки матки или жидкость за маткой; признаки гравидарной гиперплазии эндометрия, обнаружение эктопически расположенного эмбриона является важным диагностическим, но редким признаком
Неразвивающаяся беременность	Беременность прекратила развитие, гибель эмбриона или плода; зев шейки матки закрыт, кровотечения нет	Эмбрион > 7 мм без сердечной деятельности, или эмбрион < 7 мм (прирост не более одной недели)
Неполный выкидыш	Выкидыш произошёл, но в полости матки остались продукты зачатия	Гетерогенные и/или гиперэхогенные полосы вдоль эндометрия или канала шейки матки (фрагменты плодного яйца или хориальной ткани)
Выкидыш в ходу	Зев матки раскрыт, вагинальное кровотечение, деформированное плодное яйцо в нижней части полости матки или цервикальном канале	Эмбрион виден; сердечная деятельность плода может быть или отсутствовать; признаки тотальной или субтотальной отслойки плодного яйца
Септический выкидыш	Неполный выкидыш, связанный с восходящей инфекцией матки, параметральной клетчатки, придатков матки или брюшины	Признаки полного или неполного выкидыша. Признаки ВЗОМТ, в т.ч. УЗ признаки параметрита, tuboовариальных образований, абсцесса малого таза.
Угрожающий выкидыш	Кровотечение до 22 недель беременности, зев шейки матки закрыт; беременность жизнеспособна; выкидыш может не произойти	Признаки отслойки плодного яйца с формированием гематомы: ретроамниальной - более благоприятный вариант; ретрохориальной - менее благоприятный вариант.

Врач, выполняющий сканирование, должен дать четкое разъяснение полученных результатов и предположить возможный диагноз. Для оформления результата исследования и обоснования выводов должны быть сделаны соответствующие фотографии и заполнены протоколы УЗИ для ранних сроков беременности, желательно сохранение информации на электронном носителе

Повторное УЗИ рекомендуется в следующих случаях:

- первое сканирование проводилось до 8 недель беременности;

- первое сканирование проводилось врачом, который не имеет достаточного опыта УЗИ в ранние сроки беременности;
- если женщина имеет длинный или нерегулярный менструальный цикл и у неё нет никаких симптомов, второе УЗИ должно быть предложено, по меньшей мере, через 7 дней после первого сканирования;
- женщина настаивает на проведении повторного УЗИ, т.к. она считает, что результаты первого сканирования недостоверны.

Гормональная диагностика

**Рекомендации по оценке соотношения уровня Р-ХГЧ и результатов УЗИ
у клинически стабильных пациенток (Good practice points, Queensland
Clinical Guidelines, 2014)**

Р-ХГЧ и ТВС	Тактика
Р-ХГЧ менее 2000 ЕД/л	Повторить трансвагинальное сканирование (ТВС) и определить уровень Р-ХГЧ через 48-72 часа
Р-ХГЧ более 2000 ЕД/л и ТВС: в матке беременности нет, увеличение придатков и/или свободная жидкость в брюшной полости	Высокая вероятность внематочной беременности
Р-ХГЧ более 2000 ЕД/л и ТВС: в матке беременности нет, в брюшной полости патологических изменений не обнаружено	Повторить ТВС и Р-ХГЧ через 48-72 часа
Снижение или малый прирост Р-ХГЧ (диагностически незначимый)	Беременность не прогрессирует (маточная или внематочная) Обеспечить надлежащее обследование для уточнения диагноза и последующих мер для элиминации беременности

Уровень прогестерона

Определение прогестерона в сыворотке крови может быть полезным дополнением к УЗИ. Уровень прогестерона в сыворотке крови ниже 25 нмоль/л является предиктором нежизнеспособности беременности. Уровень прогестерона выше 25 нмоль/л, вероятно, будет указывать на жизнеспособность беременности, а уровень выше 60 нмоль/л надежно свидетельствует о нормальном течении беременности

При беременности неуточненной локализации рекомендуется исследовать уровень ХГЧ в динамике, без определения прогестерона в сыворотке крови.

УЗИ с динамическим измерением уровня Р-ХГЧ

S УЗИ и оценка уровня Р-ХГЧ в динамике позволяют клиницисту определить локализацию и перспективы для ранней беременности.

S Тактику лечения женщины определяют индивидуально в зависимости от клинической ситуации, предпочтений пациентки, результатов УЗИ и исследования Р-ХГЧ.

S У 8-31% женщин при первом визите невозможно установить локализацию беременности: маточная или внематочная.

S Если поставлен диагноз полного выкидыша, следует применить все необходимые обследования, чтобы полностью исключить недиагностированную внематочную беременность.

Маточная беременность

Для потенциально жизнеспособной маточной беременности до 6-7 недель беременности, действуют следующие правила:

- Среднее время удвоения величины Р-ХГЧ составляет 1,4-2,1 дней
- У 85% пациенток каждые 48 часов уровень Р-ХГЧ увеличивается на 66% и более, у 15% - на 53-66% (более 48 часов зафиксирован самый медленный прирост уровня Р-ХГЧ на 53%).
- Маточная беременность обычно визуализируется при УЗИ, когда плодное яйцо больше или равно 3 мм. Это соответствует величине Р-ХГЧ:
 - 1500-2000 МЕ/л при трансвагинальном сканировании (иногда при величине Р-ХГЧ > 1000 МЕ/л),
или
 - примерно 6500 МЕ/л - при трансабдоминальном сканировании, которое должно применяться только при невозможности провести трансвагинальное сканирование.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Тактика ведения женщин с выкидышами в ранние сроки беременности зависит от наличия/отсутствия симптомов и того, к какой из клинических групп относится пациентка.

Выжидательная тактика

При возникновении умеренных болей и/или скудных кровянистых выделений, наличии сомнительных данных УЗИ о жизнеспособности беременности, многие пациентки выражают желание избрать «выжидательную» позицию в надежде, что беременность всё-таки закончится благополучно, или свершится выкидыш без необходимости последующего медицинского вмешательства.

Выжидательная тактика при *угрожающих и начавшихся* выкидышах возможна в первом триместре беременности, когда нет клинически значимого (умеренного, обильного) маточного кровотечения, признаков инфекции, чрезмерного болевого синдрома, нарушений гемодинамики

Неразвивающаяся беременность - при сомнительных данных ультразвукового исследования и подозрении на неразвивающуюся беременность показано динамическое УЗИ и наблюдение за состоянием пациентки.

В случае возникновения кровотечения из половых путей в этих случаях наблюдение должно проводиться в условиях гинекологического стационара. Необходимо проинформировать пациентку о высокой частоте хромосомной патологии плода при спорадических ранних выкидышах, разъяснить обоснованность выжидательной тактики и нецелесообразность проведения избыточной лекарственной терапии при сомнительных данных УЗИ.

При выжидательной тактике при самопроизвольном выкидыше чаще происходит неполный аборт и чаще возникает необходимость последующего хирургического опорожнения матки

Медикаментозная терапия

Возможна в двух вариантах, в зависимости от цели:

1. Пролонгирование беременности (угрожающий или начавшийся выкидыш).
2. Медикаментозное завершение беременности (неразвивающаяся беременность).

1. Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности При **начавшемся выкидыше** (схваткообразные боли, кровотечение при стабильной гемодинамике и отсутствии признаков инфекции), когда при УЗИ в полости матки обнаружено жизнеспособное плодное яйцо, показано назначение симптоматической терапии, направленной на купирование болевого синдрома и остановку кровотечения.

Начавшийся выкидыш является показанием для госпитализации в гинекологическое отделение.

Эффективно

Для купирования выраженных болевых ощущений при самопроизвольном аборте (МКБ-10 003) и других аномальных продуктах зачатия (МКБ-10 002: 002.0 Погибшее плодное яйцо и непустырный занос; 002.1 Несостоявшийся выкидыш; 002.8 Другие уточненные аномальные продукты зачатия; 002.9 Аномальный продукт зачатия неуточненный) допустимо применение дротаверина гидрохлорида в дозе 40-80 мг (2-4 мл) внутривенно или внутримышечно **При выраженных кровянистых выделениях** из половых путей с гемостатической целью используют транексамовую кислоту в суточной дозе 750-1500 мг. В случае обильного кровотечения возможно внутривенное капельное введение транексамовой кислоты по 500-1000 мг в сутки в течение 3 дней; при

умеренных кровяных выделениях препарат применяют внутрь по 250-500 мг 3 раза в день в течение 5-7 дней.

Эффективно

Применение гестагенов при привычном выкидыше: снижается частота выкидыша по сравнению с плацебо или отсутствием лечения, не увеличивая ни частоту послеродовых кровотечений, ни вызванной беременностью гипертензии у матери, ни частоту врожденных аномалий у плода

Схемы назначения гестагенов

Дидрогестерон

- Угрожающий выкидыш - 40 мг однократно, затем по 10 мг через каждые 8 часов до исчезновения симптомов.
- Привычный выкидыш - 10 мг 2 раза в день до 20-й недели беременности с последующим постепенным снижением.

Микронизированный прогестерон

-Привычный и угрожающий выкидыш - **интравагинально**, по 100-200 мг 2 раза в сутки до 12 недели гестации.

Согласно инструкциям, показаниями к назначению гестагенных препаратов в первом триместре беременности являются: профилактика привычного и угрожающего аборта вследствие недостаточности прогестерона.

Эффективность назначения гестагенов с лечебной целью при угрожающем и начавшемся спорадическом спонтанном выкидыше в настоящее время убедительно не доказана. Однако в систематизированном обзоре 2012 года показано, что при использовании дидрогестерона риск самопроизвольного аборта снижается на 47%.

При неэффективности проводимой медикаментозной терапии и/или отрицательной динамике по данным УЗИ следует пересмотреть тактику ведения, обсудив её с пациенткой.

NB! Ультразвуковые признаки, свидетельствующие о неблагоприятном исходе маточной беременности:

- отсутствие сердцебиения эмбриона с копчиково-теменным размером более 7 мм;
- отсутствие эмбриона при размерах плодного яйца (измеренных в трех ортогональных плоскостях) более 25 мм при трансвагинальном сканировании. **Дополнительные признаки**
- аномальный желточный мешок, который может быть больше гестационного срока, неправильной формы, смещен к периферии или кальцифицирован;
- частота сердечных сокращений эмбриона менее 100 в минуту при гестационном сроке 5-7 нед беременности;
- большие размеры ретрохориальной гематомы — более 25% поверхности плодного яйца.

Медикаментозная терапия, направленная на прерывание беременности

«Медикаментозный юретаж» является разумной альтернативой хирургическому опорожнению матки при выкидыше, хотя пока полностью не заменил его. В настоящее время около 20% женщин предпочитают медикаментозный метод, аргументируя это возможностью избежать применения общей анестезии и сохранением чувства самоконтроля.

Описаны разные методы медикаментозного юретажа с использованием аналогов простагландинов (PG) (гемепроста или мизопростола), с предварительным использованием или без использования антипрогестина (мифепристона). Эффективность метода варьирует в широких пределах - от 13% до 96%. К факторам, которые влияют на этот показатель, относятся тип выкидыша и использование УЗИ для дальнейшего наблюдения. Также важны: общая доза вводимых PG, продолжительность и путь введения. Метод был более эффективен (70-96%) при первичном диагнозе неполного выкидыша, введении более высоких доз мизопростола, интравагинальным введением простагландинов и последующим клиническим наблюдением без рутинного применения УЗИ.

Использование мизопростола является наиболее экономически эффективным вмешательством при выкидыше в ранние сроки беременности и предпочтителен в случаях анэмбриональной беременности и **неразвивающейся беременности**

Схема применения Мизопростола при выкидыше в ранние сроки беременности:

- Начальная доза мизопростола 800 мкг **вагинально** (исследования показали, что более низкие дозы и пероральное введение менее эффективны).

- Если нет ответа на первую дозу, может вводиться ещё одна повторная доза, но не ранее чем через 3 часа после первой дозы и не позднее 7 дней (оптимально - через 48 часов).

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение служит методом выбора при неполном выкидыше и обусловленном им кровотечении, а также при инфицированном выкидыше. Оно позволяет удалить остатки хориальной или плацентарной ткани, остановить кровотечение, при инфицированном выкидыше эвакуировать ткани, пораженные воспалительным процессом. Хирургическое вмешательство также может быть предпочтительным в ситуациях, когда имеются сопутствующие заболевания (тяжелая анемия, продолжающееся кровотечение, расстройства гемодинамики и др.). Многие женщины предпочитают хирургическое вмешательство, потому что оно обеспечивает более быстрое завершение беременности.

Хирургическое лечение не проводят в случае полного самопроизвольного выкидыша (шейка матки закрыта, кровотечения нет, кровянистые выделения скудные, матка хорошо сократилась, плотная). Обязателен ультразвуковой контроль для исключения задержки в полости матки элементов плодного яйца.

Аспирационный кюретаж (с электрическим источником вакуума или мануальный вакуум-аспиратор) имеет преимущества перед инструментальным выскабливанием полости матки, поскольку менее травматичен, может быть выполнен в амбулаторных условиях под местной парацервикальной анестезией (с добавлением или без седации). Инструментальное опорожнение матки более травматично, требует анестезиологического пособия и экономически более затратно.

Современные плацебо-контролируемые исследования показали, что пероральное применение за 1 час до аспирационного кюретажа нестероидного противовоспалительного средства (ибупрофена 800 мг или напроксена 500 мг) и препарата группы бензодиазепина (лоразепама 1-4 мг или диазепама 2-10 мг) в сочетании с парацервикальной анестезией также эффективно для уменьшения интраоперационной боли, как и применение наркотических анальгетиков, которые чаще вызывают послеоперационную тошноту, снижая удовлетворенность пациенток.

Вакуум-аспирация предпочтительнее выскабливания в случае неполного выкидыша, что связано с меньшей кровопотерей, меньшей болью и меньшей продолжительностью процедуры.

Рутинное использование металлической кюретки после вакуумной аспирации не требуется. Использование окситоцина в момент кюретажа также ассоциируется с меньшим объемом кровопотери.

Гистологическое исследование

Ткань, полученная в результате выкидыша, должна быть отправлена на гистологическое исследование для подтверждения наличия маточной беременности, а также исключения внематочной беременности или трофобластической болезни.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ

Для предотвращения инфекционных осложнений после хирургического лечения ранней потери беременности рекомендуется предоперационное использование 100 мг доксициклина 1 раз внутрь (некоторые эксперты рекомендуют 200 мг доксициклина за 1 час до хирургического вмешательства по поводу выкидыша)

Нет убедительных доказательств, чтобы рекомендовать рутинную антибиотикопрофилактику после хирургического удаления содержимого из полости матки. У пациенток с наличием в анамнезе воспалительных заболеваний органов малого таза (эндометрита, сальпингита, оофорита) антибактериальное лечение должно быть продолжено в течение 5-7 дней.

Профилактика Rh-иммунизации

У женщин с резус-отрицательной кровью и резус-положительной кровью партнера в первые 72 ч после вакуум-аспирации или выскабливания на сроке беременности более 7 нед при отсутствии резус-антител проводят профилактику резус-иммунизации путем введения антирезус Rh [D]- иммуноглобулина человека в дозе 300 мкг (1500 МЕ) внутримышечно.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ ВЕДЕНИЮ

После выскабливания полости матки или вакуум-аспирации рекомендуют не пользоваться тампонами и воздерживаться от сексуальных контактов в течение 2 недель.

Наступление следующей беременности рекомендовано не ранее чем через 3 месяца, в связи с чем, необходима контрацепция на протяжении трех менструальных циклов.

Женщины, желающие использовать гормональную контрацепцию, могут начать ее использовать сразу

же после завершения выкидыша. Внутриматочный контрацептив может быть введен сразу после хирургического лечения ранней потери беременности, если нет инфекционных осложнений выкидыша и противопоказаний к этому методу контрацепции (частота экспульсии внутриматочной спирали, введенной сразу после вакуум-аспирации в первом триместре, и спустя 2-6 недель после операции не имела существенных отличий - 5% против 2,7% при оценке через 6 месяцев).

ПРОФИЛАКТИКА СПОНТАННОГО ВЫКИДЫША

Методов специфической профилактики спорадического выкидыша не существует. Пациентки должны быть проинформированы о необходимости своевременного обращения к врачу во время беременности при появлении болей внизу живота и кровянистых выделений из половых путей.

Неэффективно назначать:

- постельный режим,
- половой покой
- ХГЧ
- средства, релаксирующие матку
- эстрогены,
- прогестерон (перорально, интравагинально, внутримышечно) - за исключением пациенток с привычным невынашиванием
- моно- и поливитамины

Эффективно:

- профилактическое введение препаратов прогестерона (перорально, внутримышечно, вагинально) женщинам с привычным выкидышем в первом триместре.

Для профилактики дефектов нервной трубки и других пороков развития, которые частично приводят к ранним самопроизвольным выкидышам, рекомендован прием фолиевой кислоты за два-три менструальных цикла до зачатия и в первые 12 недель беременности в суточной дозе **400 мкг (0,4 мг)**. Если в анамнезе у женщины в течение предыдущих беременностей отмечены дефекты нервной трубки плода, профилактическая доза фолиевой кислоты должна быть увеличена до терапевтической 3-5 мг/сут.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. - 4 е изд., перераб. и доп. / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1024 с.
2. Кокрановское руководство: Беременность и роды / Д.Ю. Хофмейр, Д.П. Нейлсон, З. Апфиревич и др. / Под общ. ред. Г.Т. Сухих. Пер. с англ. В.И. Кандрора, О.В. Ереминой. М.: Логосфера, 2010. 440 с. Перевод изд. A Cochrane Pocketbook: Pregnancy and Childbirth. ISBN 978-5-98657-021-1.
3. Клиническая фармакология. Национальное руководство / Белоусов Ю.Б., Кулес В.Г., Лепяхин В.К., Петров В.И. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 976 с.
4. Невынашивание беременности: доказательная база дидрогестерона. Новости доказательной медицины
5. дидрогестерона по профилактике и лечению невынашивания беременности. Информационное письмо / Х.Ю. Симоновская, И.А. Алеев; под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 24 с.
6. Руководство по репродуктивной медицине /Б. Карр, Р. Блэкуэлл, Р. Азиз (ред.). Пер. с англ, под общей редакцией д.м.н., проф. И.В. Кузнецовой. М.: Практика, 2015. 832 с.
7. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от «12» ноября 2012 г. № 572н.