

Н.М. Подзолкова, М.Ю. Скворцова, Т.В. Шевелёва

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- ❖ Невынашивание беременности:
определение понятия,
классификация и частота
- ❖ Основные причины
невынашивания
беременности
- ❖ Этиология и патогенез
невынашивания
беременности
- ❖ Лечение раннего
и позднего
самопроизвольного
выкидыша



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

2014

Невынашивание беременности: определение понятия, классификация и частота

Невынашивание беременности (НБ) — это самопроизвольное прерывание беременности на сроках до 37 нед от зачатия.

Самопроизвольное прерывание беременности два и более раз подряд называют привычным невынашиванием беременности (ПНБ).

Частота самопроизвольных прерываний беременности в России остается достаточно высокой и составляет от 15 до 23% всех зарегистрированных беременностей, при этом до 50% выкидышей приходится на долю привычного невынашивания.

В мировой литературе последних лет репродуктивные потери все чаще объединяют в так называемый синдром потери плода (СПП), включающий разные нозологии с точки зрения общности их патогенетических механизмов. К проявлениям данного синдрома относят:

- один или более самопроизвольных выкидыша на сроке 10 нед и более (включая неразвивающуюся беременность);
- мертворождение;
- неонатальную смерть как осложнение преждевременных родов, тяжелого гестоза, плацентарной недостаточности;

- три и более самопроизвольных выкидыша на преембрионической или ранней эмбрионической стадии, когда исключены анатомические, генетические и гормональные причины.

Прерывание беременности на сроке до 22 нед от зачатия называется самопроизвольным выкидышем/абортом (СВ).

Классификация самопроизвольных выкидышей/абортов проводится на основании различных критериев.

- Сроки беременности при самопроизвольном аборте:
 - ♦ ранние (до 12 нед);
 - ♦ поздние (от 12 до 22 нед).
- Клиническая форма самопроизвольного выкидыша:
 - ♦ угрожающий;
 - ♦ начавшийся;
 - ♦ аборт в ходу;
 - ♦ неполный аборт;
 - ♦ полный аборт;
 - ♦ инфицированный аборт.

Прерывание беременности на сроке 22–37 нед называют преждевременными родами (ПР).

Классификация преждевременных родов проводится на основании срока гестации при ПР и перинатального прогноза для новорожденного. Выделяют:

- ♦ ПР при гестационном сроке 22–27 нед 6 дней включительно). В эти сроки рождается около 5% недоношенных детей (глубокая недоношенность), имеющих экстремально низкую массу тела (до 1000 г) и выраженную незрелость легких (хотя в ряде случаев профилактика РДС эффективна). Прог-

ноз крайне неблагоприятный. Показатели перинатальной заболеваемости и смертности крайне высокие.

- ♦ ПР при сроке 28–30 нед 6 дней происходят примерно в 15% всех ПР (тяжелая недоношенность). Новорожденные имеют очень низкую массу тела (до 1500 г), незрелые легкие (однако с помощью кортикостероидов удается добиться их ускоренного созревания). Исход родов для плода более благоприятный.
- ♦ ПР при сроке 31–33 нед 6 дней — около 20% (недоношенность средней степени).
- ♦ ПР при гестационном сроке 34–36 нед 6 дней — 70% (близко к сроку). Легкие плода практически зрелые и не требуют введения средств для стимуляции созревания (сурфактанта). Инфекционная заболеваемость новорожденных, родившихся в 34–37 нед беременности, значительно ниже, чем родившихся в более ранние сроки. Пролонгирование беременности при этом сроке не оказывает существенного влияния на показатели перинатальной смертности.

Основные причины невынашивания беременности

Причины НБ очень многообразны. Их можно разделить на 2 большие группы.

- Социально-демографические:
 - ♦ неустроенность семейной жизни;
 - ♦ экстремально высокий/низкий репродуктивный возраст матери;
 - ♦ низкий социальный статус;

- ◆ недостаточное питание;
- ◆ профессиональные вредности, вредные привычки;
- ◆ действие неблагоприятных условий внешней среды.
- Медицинские:
 - ◆ со стороны эмбриона, плода:
 - ◇ генные и хромосомные аномалии;
 - ◆ со стороны материнского/отцовского организма:
 - ◇ генетические факторы;
 - ◇ особенности акушерско-гинекологического анамнеза матери;
 - ◇ негинекологические заболевания у женщины;
 - ◇ анатомические факторы (которые, как правило, сочетаются с эндокринными и/или иммунологическими):
 - миома матки (наиболее неблагоприятно наличие субмукозного узла миомы);
 - аномалии строения матки (седловидная, дву-рогая матка, наличие внутриматочной перегородки);
 - внутриматочные синехии;
 - истмико-цервикальная недостаточность;
 - ◇ эндокринные нарушения:
 - недостаточность лютеиновой фазы (в фертильном цикле при наступлении беременности);
 - гиперандрогения: неклассические формы — врожденная гиперплазия коры надпочечников (ВГКН), синдром поликистозных яичников (СПКЯ), сочетанные формы;
 - нарушение жирового обмена;
 - сахарный диабет;
 - нарушение функции щитовидной железы (гипо-, гипертиреоз);