

**Московский государственный медико-  
стоматологический университет им. Евдокимова**  
Факультет среднего профессионального образования «лечебное дело»  
Кафедра гинекологии

**Реферат**

на тему

«Кровотечения в первой половине беременности. Невынашивание  
беременности. Неразвивающаяся беременность.»

Выполнила

**Кровотечения в первой половине беременности**

Основными причинами кровотечений в первой половине беременности являются:  
самопроизвольный аборт; пузырный занос; внематочная беременность.

## Самопроизвольный выкидыш (аборт)

Самопроизвольным абортom (abortus), или выкидышем, называется самопроизвольное прерывание беременности до достижения плодом жизнеспособного срока.

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

Прерывание беременности до 12 недель называется ранней потерей беременности (ранним выкидышем), прерывание в сроке 12-22 недели – поздним выкидышем, прерывание в сроке 22-37 недель – преждевременными родами.

Аборты подразделяются на две группы: самопроизвольные и искусственные.

Самопроизвольные выкидыши происходят самостоятельно, без желания женщин и вмешательства извне. В настоящее время вместо термина «самопроизвольный аборт» рекомендуется при беседах с пациенткой и в медицинской документации использовать термин «самопроизвольный выкидыш», чтобы уменьшить негативное психо-эмоциональное восприятие потери желанной беременности женщинами. Если самопроизвольный выкидыш повторяется больше трех раз подряд, то говорят о привычном выкидыше. Существует также понятие «неразвивающаяся беременность» - нежизнеспособность беременности (отсутствие сердцебиений эмбриона/плода или отсутствие эмбриона в плодном яйце – анэмбрионая), подтвержденная при ультразвуковом исследовании (УЗИ) при отсутствии кровотечения из половых путей.

Искусственные, или медицинские (искусственные) аборты осуществляются в медицинском учреждении врачом акушером-гинекологом. Беременность может быть прервана искусственным способом по желанию женщины, по медицинским или социальным показаниям.

Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан РФ» установлена презумпция самостоятельности принятия женщиной решения о сохранении или прерывании своей беременности, при этом по желанию женщины прерывание беременности может быть проведено исключительно в сроки до 12 недель. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия женщины или ее законного представителя на медицинское вмешательство, а также отсутствие медицинских противопоказаний в виде острых инфекционных заболеваний либо острых воспалительных процессов любой локализации. Направление на искусственное прерывание беременности выдает врач акушер-гинеколог, врач общей практики или медицинский работник фельдшерско- акушерского пункта.

Выполнение прерывания беременности по желанию женщины зависит от конкретных сроков беременности:

- при сроке беременности с 4-й по 7-ю неделю — не ранее 48 часов с момента обращения женщины;
- при сроке беременности с 8-й по 10-ю неделю — не ранее 7 дней с момента обращения женщины;
- при сроке беременности с 11-й по 12-ю неделю — не ранее 48 часов с момента обращения женщины, но не позднее окончания 12-й недели беременности.

Таким образом, женщине предоставляется от 2 до 7 суток для обдумывания и принятия окончательного решения о прерывании беременности, в этот интервал времени женщинам может быть назначена консультация психолога.

Искусственное прерывание беременности в зависимости от срока беременности, показаний и противопоказаний может быть проведено с использованием медикаментозного или хирургического метода. При медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные средства, зарегистрированные на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов (мифепристон, мизопропрост). При использовании хирургического метода искусственного прерывания беременности до 12 недель рекомендуется вакуумная аспирация, сроком более 12 недель – предварительная подготовка шейки матки, во 2-м триместре хирургический аборт необходимо проводить под контролем УЗИ.

В настоящее время по медицинским и социальным показаниям беременность может быть прервана и в сроке более 12 недель беременности. В этом случае разрешение на производство аборта дает специальный перинатальный консилиум (комиссия), в состав которого входит руководитель медицинской организации, врач акушер-гинеколог, а также специалист по профилю того заболевания (состояния), по которому выдается заключение о необходимости прерывания беременности. По медицинским показаниям беременность может быть прервана на любом сроке. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологического отделения многопрофильной больницы, имеющей возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине, а с 22 недель беременности — только в условиях акушерского стационара.

Медицинскими показаниями для искусственного прерывания беременности служат туберкулез, краснуха (или контакт с больными краснухой при отсутствии иммунитета), злокачественные новообразования, требующие проведения химио- или лучевой терапии, суб- и декомпенсированный сахарный диабет, акромегалия, синдром Иценко-Кушинга, резистентная к агонистам дофамина пролактинома, болезни крови (острые лейкозы, лимфомы, апластическая анемия, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура и др.), психические расстройства, болезни нервной системы при тяжелом течении, ревматические и врожденные пороки сердца, кардиомиопатии, нарушения сердечного ритма, аневризмы аорты и магистральных сосудов, гипертоническая болезнь IIВ-III стадий, цирроз печени, острая жировая дистрофия печени, печеночная недостаточность, острые заболевания почек, болезни единственной почки, системная красная волчанка, системная склеродермия, пузырный занос и хорионэпителиома, чрезмерная рвота беременных, заболевания и состояния, требующие приема во время беременности лекарственных средств с возможным тератогенным действием, состояние физиологической незрелости беременной женщины до достижения возраста 15 лет, а также врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения у плода.

По социальным показаниям прерывание беременности может быть выполнено при сроке беременности до 22 недель. Единственным социальным показанием для искусственного прерывания беременности является беременность, наступившая в результате изнасилования.

Вопрос об искусственном прерывании беременности по социальному показанию решается комиссией в составе руководителя медицинской организации, врача акушера-гинеколога, юриста, специалиста по социальной работе (при его наличии). Комиссия рассматривает письменное заявление женщины, заключение врача акушера-гинеколога о сроке

беременности, документы, подтверждающие наличие социального показания для искусственного прерывания беременности. Итогом работы комиссии является выдача заключения, заверенного подписями членов комиссии и печатью медицинской организации. Если женщина прерывает беременность вне лечебного учреждения, то говорят о криминальном аборте. Криминальный аборт сопряжен с высоким риском осложнений, таких как перфорация матки, кровотечение, инфекция органов малого таза (инфекционный, или септический, выкидыш) и др. Частота криминальных абортов в настоящее время снижается, так как расширены показания для медицинских абортов.

## Этиопатогенез

Самопроизвольный выкидыш – самое частое осложнение беременности. Частота его – 10-20% всех клинически диагностированных беременностей. Около 80% всех выкидышей происходит до 12 недель. В структуре спорадических ранних выкидышей одна треть прерывается до 8 недель по типу анэмбрионии (отсутствие эмбриона в плодном яйце). Около половины ранних выкидышей обусловлены хромосомными аномалиями эмбриона – 41-50% выкидышей на сроке 8-11 недель, при выкидышах в 16-19 недель частота хромосомных дефектов существенно ниже – 10-20%. В 80% случаев выкидышей сначала происходит гибель эмбриона, а затем экспульсия (изгнание) плодного яйца.

Этиология и патогенез самопроизвольного прерывания беременности до настоящего времени остаются еще недостаточно изученными. Это, по-видимому, объясняется тем, что причины, вызывающие данную патологию, чрезвычайно разнообразны: помимо генетических, выделяют также анатомические, эндокринные, иммунологические, инфекционно-токсические и другие факторы, каждый из которых в той или иной степени может оказывать отрицательное влияние на течение беременности.

Среди причин самопроизвольных выкидышей выделяют:

- 1) экстрагенитальные заболевания матери, оказывающие неблагоприятное влияние на развитие внутриутробного плода;
- 2) неблагоприятные влияния условий внешней среды (недостаток микроэлементов, витаминов, особенно фолиевой кислоты, температурные факторы, ионизирующее излучение), неблагоприятные условия труда (действие ртути, свинца, паров бензола, циклогексана, нитроокраски, смолы, пыли, пестицидов, шума, вибрации);
- 3) вредные привычки (употребление алкоголя, наркотиков, кофеина, курение), а также прием препаратов с тератогенным эффектом (итраконазол, метотрексат, НПВС, ретиноиды, пароксетин, венлафаксин).
- 4) эндокринные нарушения, целиакия, гипофункция яичников, щитовидной железы, гиперандрогения различного генеза, ожирение;
- 7) хронические воспалительные заболевания половых органов, приводящие к функциональной и структурной неполноценности оболочек матки;
- 8) пороки развития матки, при которых имеет место анатомическая и функциональная неполноценность миометрия, а также несостоятельность нервно-рецепторного аппарата;
- 9) предыдущая потеря беременности на раннем сроке (риск последующей потери беременности при одном самопроизвольном выкидыше в анамнезе составляет 18-20%, при двух
- 5) истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН): органическая, которая чаще возникает вследствие механических травм шейки матки при абортах, патологических родах и функциональная (врожденная); ИЦН может сочетаться с нейроэндокринными нарушениями;

- 6) иммунологическая несовместимость крови матери и плода по системе АВО и резус-фактору, антифосфолипидный синдром, тромбофилии;
  - 7) хронические воспалительные заболевания половых органов, приводящие к функциональной и структурной неполноценности оболочек матки;
  - 8) пороки развития матки, при которых имеет место анатомическая и функциональная неполноценность миометрия, а также несостоятельность нервно- рецепторного аппарата;
  - 9) предыдущая потеря беременности на раннем сроке (риск последующей потери беременности при одном самопроизвольном выкидыше в анамнезе составляет 18-20%, при двух – 30%, после трех выкидышей – 43%; для сравнения: риск самопроизвольного выкидыша после предыдущих срочных родов – 5%);
  - 10) непосредственная травма плодного яйца, например, при хорионбиопсии или других инвазивных методах пренатальной диагностики (риск выкидыша составляет 1-5%);
- Факторы, которые ошибочно ассоциируют с ранней потерей беременности – авиаперелеты, тупая травма живота, сексуальная активность, физические упражнения, использование контрацептивов до беременности (в том числе гормональных контрацептивов), стресс, предыдущие медицинские аборт по желанию женщины в первом триместре.

### **Клинические варианты самопроизвольного выкидыша.**

В клиническом течении выкидыша различают следующие стадии: угрожающий выкидыш, начавшийся выкидыш, выкидыш в ходу, неполный и полный выкидыш.

**Угрожающий выкидыш (abortus imminens).** Беременная жалуется на ноющие/тянущие боли внизу живота и в поясничной области. Появление болей связано с повышением базального тонуса мускулатуры матки. Иногда могут появляться скудные кровянистые выделения из половых путей, которые обусловлены незначительной отслойкой плодного яйца от стенки матки.

Объективно во II и III триместрах беременности при пальпации матки через переднюю брюшную стенку определяется повышенный тонус и возбудимость.

**Начавшийся выкидыш (abortus incipiens)** характеризуется появлением схваткообразных болей внизу живота и появлением умеренных или незначительных кровянистых выделений из половых путей. Кровянистые выделения связаны с отслойкой нормально расположенного, предлежащего или низко расположенного хориона (плаценты), а также могут быть вызваны отслойкой децидуальной ткани из второго рога матки при пороках ее развития, гибелью второго плодного яйца при многоплодной беременности.

При объективном исследовании регистрируется повышенный тонус матки и появление ритмических сокращений – схваток. Под действием схваток в шейке матки происходят определенные структурные изменения: шейка укорачивается, размягчается. Цервикальный канал приоткрывается. Размеры матки соответствуют сроку задержки менструации.

При угрожающем и начавшемся выкидыше при проведении соответствующей терапии беременность может быть сохранена.

11) острые инфекционные и вирусные инфекции (токсоплазмоз, сифилис, хламидиоз, листериоз). Вирус гриппа легко проникает через плаценту и вызывает воспалительные изменения в ткани плода и в плаценте. Такие же изменения происходят и при аденовирусной инфекции.

При влагалищном исследовании шейка матки сохранена, не укорочена, внутренний зев закрыт, а размеры самой матки соответствуют предполагаемому сроку беременности по задержке менструации. При УЗИ регистрируют сердцебиение эмбриона/плода.

**Выкидыш в ходу (abortus progrediens)** характеризуется дальнейшим усилением схваток и обильными кровянистыми выделениями из половых путей.

При влагалищном исследовании шейка матки сглажена, цервикальный канал свободно пропускает один поперечный палец. Плодное яйцо, отслоившись от стенки на большом участке, спускается в нижние отделы матки, или определяется в цервикальном канале. Поэтому размеры матки могут не соответствовать предполагаемому сроку беременности. Сохранить беременность в этом случае, как правило, не удастся. Производится инструментальное опорожнение матки (вакуум-аспирация или кюретаж).

**Неполный аборт (abortus incomplitus).** Часть плодного яйца остается в матке. Неполный аборт сопровождается кровотечением, которое может быть более или менее обильным, продолжительным, приводить к гиповолемическому шоку. Со сгустками крови выделяются элементы плодного яйца. Чаще встречается после 12 недель беременности, когда выкидыш начинается с излития околоплодных вод.

Величина матки не соответствует сроку беременности: она меньше этого срока, цервикальный канал проходим для одного пальца. Консистенция матки мягковатая. При УЗИ в полости матки определяются остатки плодного яйца, после 12 недель беременности – остатки плацентарной ткани. При неполном аборте необходимо произвести инструментальное опорожнение матки.

**Полный аборт (abortus complitus).** Полным аборт называется в том случае, если плодное яйцо полностью вышло из матки. При полном аборте матка сокращается, канал шейки матки закрывается, кровотечение прекращается. Для предупреждения осложнений в послеабортном периоде рекомендуется произвести инструментальное выскабливание полости матки.

При задержке в полости матки на длительный срок погибшего плодного яйца говорят о несостоявшемся выкидыше (неразвивающаяся беременность). Неразвивающаяся беременность – это гибель эмбриона (до 9 недель) или плода до 22 недель беременности при отсутствии экспульсии продуктов зачатия из полости матки. Плодное яйцо может находиться в полости матки несколько месяцев, если не оказывается соответствующая лечебная помощь. Погибший плод, плацента и плодные оболочки подвергаются мацерации, некрозу, аутолизу, иногда происходит мумификация и даже петрификация плода.

**Септический (инфицированный) выкидыш** – прерывание беременности, сопровождающееся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровяными, иногда гнойными выделениями из половых путей. Инфицированный аборт развивается при длительном течении самопроизвольного выкидыша, при снижении реактивности организма и наличии вирулентной инфекции. Воспалительный процесс чаще всего вызван золотистым стафилококком, стрептококком, грамотрицательными микроорганизмами.

**Неосложненный инфицированный выкидыш** – инфекция остается в полости матки. Матка при пальпации болезненная, шейка матки расширена, придатки матки, тазовая брюшина, клетчатка не изменены. Отмечается повышение температуры, учащение пульса, который соответствует температуре, тахипноэ. Общее состояние удовлетворительное. При отсутствии лечения возможно развитие осложненного септического выкидыша (инфекция вышла за пределы матки, но процесс ограничен в области малого таза), Инфекция может распространяться гематогенным, лимфогенным или каналикулярным путем. При этом возникает воспаление придатков матки – сальпингоофорит, тазовой брюшины – пельвиоперитонит, околоматочной клетчатки – параметрит. Воспалительный процесс приводит к образованию спаек в брюшной полости, просветах маточных труб и формированию замкнутых полостей с гнойным экссудатом (абсцессов): в маточных трубах (пиосальпинкс), в яичниках (пиовар), в маточно-прямокишечном углублении (абсцесс дугласова кармана) и в клетчатке малого таза (параметральные абсцессы), при переходе

гнойного воспаления не несколько соседних органов формируются tuboовариальный абсцесс (придатки матки), абсцесс малого таза с вовлечением матки, ее придатков, петель кишечника. Клиническое течение осложненного аборта зависит от степени распространения и характера процесса. При исследовании половых органов обнаруживаются изменения, характерные для сальпингоофорита, метрита, пельвиоперитонита. Общее состояние больной тяжелое. При генерализации инфекции общее состояние женщины крайне тяжелое, развивается клиническая картина сепсиса.

## Диагностика.

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

Жалобы на кровяные выделения из половых путей, боли внизу живота и поясничной области, возникшие на фоне задержки менструации. Анамнез: необходимо выяснить характер менструального цикла и дату последней менструации (задержка), предыдущие беременности и их исходы (особенно, наличие выкидышей), гинекологические заболевания и операции, симптомы ранних сроков беременности (тошнота, рвота, нагрубание молочных желез и пр.), наличие ассоциированных с беременностью симптомов – вагинальное кровотечение (сроки гестации, степень и тяжесть), боли (внизу живота, пояснице, схваткообразные), синкопальные состояния при перемене положения тела (признаки шока), боль в плече. Подтверждение беременности.

Всем женщинам репродуктивного возраста, обратившимся с вышеописанными жалобами (вагинальное кровотечение, боли внизу живота/поясничной области при задержке менструации, френикус-симптом), необходимо срочно выполнить исследование сыворотки крови на беременность ( $\beta$ -субъединицу хорионического гонадотропина –  $\beta$ -ХГЧ), по клиническим показаниям может использоваться исследование  $\beta$ -ХГЧ в моче. В сыворотке крови  $\beta$ -ХГЧ появляется через 9 дней после зачатия, уровень  $\beta$ -ХГЧ более 5 МЕ/л подтверждает беременность. Отрицательный анализ, по существу, исключает внематочную или маточную беременность (кроме редких случаев эктопической беременности, где  $\beta$ -ХГЧ был положительным в недавнем прошлом).

Физикальное обследование включает базовое обследование (пульс, температура, частота дыхания, артериальное давление), пальпацию живота (болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, вздутие, наличие свободной жидкости по притуплению перкуторного звука в отлогих местах).

Гинекологическое исследование:

- осмотр при помощи зеркал (per speculum): источник и объем кровотечения, наличие продуктов зачатия в цервикальном канале (если есть возможность, удаляют и отправляют на гистологическое исследование);
- бимануальное исследование: консистенция и длина шейки матки, состояние цервикального канала и внутреннего зева шейки матки, величина и консистенция матки (соответствие сроку беременности в зависимости от даты последней менструации), болезненность матки, состояние и болезненность придатков, сводов влагалища (свободные/нависают).

Ультразвуковое исследование трансвагинальным датчиком (ТВ-УЗИ) является «золотым стандартом». Если ТВ-УЗИ недоступно, может использоваться трансабдоминальное сканирование, однако этот метод не так точен для диагностики осложнений ранних сроков беременности. При УЗИ на начальных стадиях выкидыша (угрожающий, начавшийся)

выявляются признаки жизнеспособной маточной беременности – плодное яйцо находится в полости матки, эмбрион визуализируется, четко определяется сердечная деятельность эмбриона. Дополнительно могут определяться признаки угрожающего или начавшегося выкидыша в виде отслойки плодного яйца с формированием гематомы: ретроамниальной (между стенкой матки и амнионом – более благоприятный вариант) или ретрохориальной (между стенкой матки и хорионом – менее благоприятный вариант). При выкидыше в ходу в плодном яйце определяется эмбрион, сердечная деятельность может быть или отсутствовать, нарастают признаки тотальной или субтотальной отслойки плодного яйца (большие размеры ретрохориальной гематомы, деформация плодного яйца).

Небольшие размеры плодного яйца (менее 20 мм), в котором эмбрион не визуализируется либо обнаруживается эмбрион менее 7 мм без четких признаков сердцебиения, определяются как беременность неопределенной жизнеспособности. Такая УЗ-картина может быть характерна как для жизнеспособной беременности ранних сроков (до 5-6 недель), так и для неразвивающейся беременности или начавшегося выкидыша, поэтому таким пациенткам следует провести повторное УЗИ через 7 дней и оценить в динамике, прогрессирует ли беременность (рост эмбриона, сердечная деятельность).

УЗ-критерии ранней потери беременности (неразвивающаяся беременность): отсутствие эмбриона в плодном яйце диаметром более 25 мм или отсутствие сердцебиения у эмбриона более 7 мм (при ТВ-УЗИ). Диагноз «неразвивающаяся беременность» должен быть подтвержден двумя специалистами ультразвуковой диагностики.

Неполный выкидыш: при УЗИ в полости матки визуализируется ткань неоднородной эхогенности диаметром более 15 мм; полный выкидыш: толщина эндометрия менее 15 мм, а на предыдущем УЗИ обнаруживались плодное яйцо или остатки продуктов зачатия.

В некоторых клинических ситуациях при наличии положительного теста на беременность или уровне ХГЧ выше 1000 МЕ/л при УЗИ не удается обнаружить признаков маточной или внематочной беременности или остатков плодного яйца. В соответствии с современной терминологией такие ситуации обозначают как беременность неизвестной локализации.

Существует 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.

Гормональная диагностика включает определение  $\beta$ -ХГЧ и прогестерона в сыворотке крови. При уровне  $\beta$ -ХГЧ менее 2000 МЕ/л у клинически стабильных пациенток (отсутствует или скудное вагинальное кровотечение, стабильная гемодинамика) рекомендуется повторить УЗИ и определить  $\beta$ -ХГЧ через 48-72 часа: для прогрессирующей одноплодной жизнеспособной маточной беременности на ранних сроках (до 6-7 недель) характерно удвоение уровня сывороточного  $\beta$ -ХГЧ каждые 1,4-2,1 дней. Снижение или малый прирост  $\beta$ -ХГЧ в динамике означает, что беременность не прогрессирует (маточная или внематочная).

При концентрации  $\beta$ -ХГЧ более 2000 МЕ/л и отсутствии плодного яйца в полости матки, увеличении придатков с одной стороны и/или наличии свободной жидкости в брюшной полости при УЗИ велика вероятность внематочной беременности.

Определение прогестерона в сыворотке крови может быть полезным дополнением к УЗИ.

Уровень прогестерона ниже 25 нмоль/л является предиктором нежизнеспособности беременности, более 25 нмоль/л – указывает, вероятно, на прогрессирование беременности, а уровень выше 60 нмоль/л надежно свидетельствует о нормальном течении беременности.

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



## Тактика ведения

Выжидательная тактика возможна при угрожающем или начавшемся выкидыше в первом триместре беременности, когда нет клинически значимого (умеренного или обильного) маточного кровотечения, признаков инфекции, чрезмерного болевого синдрома, нарушений гемодинамики. При выжидательной тактике при самопроизвольном выкидыше возможен неполный аборт, требующий последующего хирургического опорожнения матки.

Неразвивающаяся беременность: при сомнительных данных УЗИ и подозрении на неразвивающуюся беременность показано динамическое УЗИ и наблюдение за состоянием пациентки. При возникновении кровотечения из половых путей – госпитализация и наблюдение в условиях гинекологического стационара.

Медикаментозная терапия возможна в двух вариантах, в зависимости от цели:

1. Пролонгирование беременности – при угрожающем или начавшемся выкидыше.
2. Медикаментозное завершение беременности – при неразвивающейся беременности.

Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности.

При угрожающем или начавшемся выкидыше показана симптоматическая терапия, направленная на купирование болевого синдрома и остановку кровотечения.

**NB!** Начавшийся выкидыш является показанием для госпитализации в гинекологическое отделение.

1. Для купирования болей: дротаверина гидрохлорид в дозе 40-80 мг (2-4 мл) внутривенно или внутримышечно.
2. Для остановки кровотечения: транексамовая кислота в дозе 750-1500 мг в сутки: при умеренных выделениях – перорально по 250-500 мг 3 раза в день 5-7 дней, при обильном кровотечении – внутривенно капельно в дозе 500-1000 мг в сутки в течение 3 дней.
3. Для пролонгирования беременности: гестагены по одной из схем:
  - дидрогестерон (дюфастон): при угрожающем выкидыше – 40 мг однократно, затем по 10 мг через каждые 8 часов до исчезновения симптомов; при привычном выкидыше – 10 мг 2 раза в день до 20-й недели беременности с последующим постепенным снижением;
  - микронизированный прогестерон (утрожестан, праджисан) при привычном и угрожающем выкидыше – интравагинально по 100-200 мг в сутки до 12 недели гестации.

Согласно современным доказательным данным неэффективными для сохранения беременности при начавшемся выкидыше в настоящее время считаются: постельный режим, использование препаратов магния в ранние сроки беременности.

При неэффективности проводимой медикаментозной терапии и/или отрицательной динамике по данным УЗИ (отсутствие эмбриона в плодном яйце размерами более 25 мм, отсутствие сердечной деятельности эмбриона более 7 мм, брадикардия у эмбриона менее 100 уд/мин при сроке беременности 5-7 недель, аномальный желточный мешок, большие размеры ретрохориальной гематомы – более 25% поверхности плодного яйца) дальнейшее пролонгирование беременности нецелесообразно, показано опорожнение полости матки.

Медикаментозная терапия, направленная на прерывание беременности.

«Медикаментозный кюретаж» является неинвазивным методом завершения беременности, альтернативой хирургическому опорожнению полости матки, не требует применения общей анестезии.

Существуют различные методы медикаментозного кюретажа с использованием простагландинов (гемепроста или мизопростола) с предварительным назначением или без назначения антипрогестинов – мифепристона.

Мизопростол является наиболее эффективным средством при выкидыше в ранние сроки беременности и при неразвивающейся беременности. При выкидыше назначается в дозе 800 мкг интравагинально; если нет ответа на первую дозу, может быть введена еще одна доза, но не ранее, чем через 3 часа и не позднее 7 дней после первой (оптимально – через 48 часов). В течение 2-6 часов после введения мизопростола возникают сильные схватки и кровотечение, происходит изгнание плодного яйца. Для облегчения болевого синдрома возможно симптоматическое назначение НПВС. Контроль опорожнения матки осуществляется с помощью УЗИ через 7-14 дней.

Резус-отрицательные и несенсибилизированные женщины должны получать анти-резус иммуноглобулин в течение 72 часов после приема мизопростола – с целью профилактики сенсибилизации резус-положительными эритроцитами плода при нарушении маточно-хориального барьера и образования анти-резус антител в крови матери, наличие которых может привести к развитию иммунологического конфликта при следующей беременности. При неэффективности мизопростола проводится хирургическое лечение.

Хирургическое лечение – метод выбора при неполном, а также 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 при сопутствующих заболеваниях (состояниях) – тяжелой анемии, продолжающемся кровотечении, расстройствах гемодинамики и др., поскольку обеспечивает быстрое завершение беременности и остановку кровотечения.

Хирургическое лечение не показано при полном самопроизвольном выкидыше, когда объективно определена стабильная гемодинамика, шейка матки закрыта, кровотечения нет, кровянистые выделения скудные или прекратились, матка хорошо сократилась, плотная, по данным УЗИ исключено наличие в полости матки остатков плодного яйца.

Существует два способа хирургического опорожнения полости матки – вакуум-аспирация и выскабливание полости матки. Аспирационный кюретаж, или вакуум-аспирация, с использованием электрического или мануального вакуум-асpirатора имеет преимущества перед инструментальным выскабливанием полости матки, поскольку менее травматичен, может быть выполнен в амбулаторных условиях под местной цервикальной анестезией. Вакуум-аспирация предпочтительнее выскабливания в случае неполного выкидыша, что связано с меньшей кровопотерей, меньшей выраженностью болевого синдрома и продолжительностью процедуры. Для уменьшения объема кровопотери во время вакуум-кюретажа назначают окситоцин 5 ЕД внутримышечно однократно. Рутинное использование в первом триместре беременности выскабливания матки после вакуум-асpirации с целью контроля опорожнения полости матки не требуется и не дает никаких дополнительных преимуществ.

Выскабливание полости матки показано при самопроизвольном прерывании беременности во 2-м триместре с целью удаления из матки остатков плацентарной ткани и остановки кровотечения. Операция проводится в стационарных условиях под внутривенным обезболиванием.

Ткани, полученные в результате выкидыша, должны быть отправлены на гистологическое исследование для подтверждения наличия маточной беременности, а также исключения внематочной беременности или трофобластической болезни.

## **Профилактика осложнений:**

1. Для профилактики инфекционных осложнений после хирургического кюретажа – 100-200 мг доксициклина внутрь однократно перед операцией. У пациенток с наличием в анамнезе воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) антибактериальное лечение продолжают в течение 5-7 дней после кюретажа.

2. Для профилактики резус-иммунизации женщинам с резус-отрицательной кровью (при резус-положительной крови партнера) при сроке беременности более 7 недель и отсутствии резус-антител вводят анти-резус иммуноглобулин человека в дозе 300 мкг (1500 МЕ) внутримышечно в течение 72 часов после вакуум-аспирации или выскабливания матки. Наступление следующей беременности рекомендовано не ранее, чем через 3 месяца, в связи с чем, необходима контрацепция. Метод контрацепции подбирается с учетом противопоказаний, а также предпочтений самой женщины. Гормональная контрацепция назначается сразу же после завершения выкидыша, внутриматочный контрацептив может быть введен сразу после хирургического опорожнения полости матки, если нет инфекционных осложнений.

Для профилактики пороков нервной трубки и других пороков развития, которые частично приводят к ранним самопроизвольным выкидышам, назначаются препараты фолиевой кислоты за 2-3 менструальных цикла до зачатия и в первые 12 недель беременности в суточной дозе 400 мкг (0,4 мг). При наличии в анамнезе предыдущих беременностей дефектов нервной трубки плода (анэнцефалия, спинномозговая грыжа – spina bifida и др.) доза фолиевой кислоты должна быть увеличена до лечебной – 3-5 мг в сутки.

Большое значение в борьбе с невынашиванием имеют наблюдение за правильным физическим развитием девочек, тщательное обследование и лечение вне беременности женщин, страдающих инфантилизмом, нарушением менструальной функции, ранний охват всех беременных, своевременное выявление и лечение экстрагенитальных заболеваний.

## **Внематочная беременность**

Внематочная (эктопическая) беременность – это беременность, которая развивается вне полости матки (например, в маточных трубах, шейке матки, яичниках, брюшной полости). Развитие плодного яйца вне полости матки представляет серьезную угрозу здоровью и жизни женщины. Несвоевременное оказание медицинской помощи может повлечь за собой смерть женщины от внутреннего кровотечения вследствие разрыва плододместилища. Ранняя диагностика и своевременное лечение внематочной беременности снижает показатель материнской смертности. Кроме того, ранняя диагностика позволяет использовать малоинвазивные и органосохраняющие методы лечения.

## **Классификация**

В зависимости от места прикрепления оплодотворенного яйца различают следующие виды внематочной беременности:

1. Абдоминальная (брюшная).
2. Трубная:
  - в фимбриальной части трубы – фимбриальная;
  - в ампулярной части трубы – ампулярная;
  - в перешейке – истмическая;
  - в интерстициальном отделе – интерстициальная.
3. Яичниковая.

4. Шеечная.
5. В рудиментарном роге матки.
6. Интралигаментарная (межсвязочная).
7. Стеночная (имплантация плодного яйца к задней стенке матки со стороны брюшной полости, а не полости матки).

Чаще всего встречается трубная беременность, частота ее колеблется от 1,2 до 4,5%, а в структуре внематочной беременности трубная составляет 95-99%. Частота внетубарной эктопической беременности достигает 5-8,3% из числа всех внематочных беременностей, а течение характеризуется массивным кровотечением, нередко с фатальным исходом.

Кроме этого, встречаются казуистические формы внематочной беременности:

- гетеротопическая – сочетание локализации одного плодного яйца в матке и внематочной локализации другого;
- двухсторонняя трубная беременность;
- развитие беременности в культе удаленной трубы;
- многоплодная внематочная беременность;
- беременность в рубце после кесарева сечения.

Согласно современным клиническим рекомендациям и номенклатуре при отсутствии УЗ-признаков маточной или внематочной беременности при положительном ХГЧ-тесте следует ставить диагноз «Беременность неизвестной (неясной) локализации».

Беременность неизвестной локализации – состояние, при котором уровень  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови составляет не менее 1000 МЕ/л, а плодное яйцо в матке или вне ее полости при ТВ-УЗИ не визуализируется. В таких случаях показаны ТВ-УЗИ и контроль  $\beta$ -ХГЧ через 48-72 часа.

При беременности неизвестной локализации должна быть высокая настороженность в отношении внематочной беременности!

## **Этиопатогенез.**

Прикрепление оплодотворенной яйцеклетки в трубе обычно бывает связано с различными изменениями в маточных трубах, которые препятствуют свободному передвижению оплодотворенного яйца в полость матки, этому способствует как явные морфологические изменения в трубе, так и чисто функциональные расстройства.

Морфологические изменения в трубах чаще всего обусловлены воспалительными процессами, опухолями в области труб, половым инфантилизмом, эндометриозом, спаечным процессом после оперативных вмешательств на органах малого таза и брюшной полости (особенно операции на самих маточных трубах, а также хирургическая стерилизация, аппендэктомия).

Функциональные расстройства сводятся к нарушению сократительной деятельности труб, что влечет за собой "застревание" яйца в трубе. В нормальных условиях фаллопиевы трубы осуществляют маятникообразные, перистальтические (от яичника к матке), антиперистальтические (от матки к яичнику) и вращательно-поступательные движения. В патологических условиях указанная функция труб расстраивается, что приводит к задержке в них продвигающегося оплодотворенного яйца. Имеет значение также функциональная неполноценность мерцательного эпителия маточных труб после перенесенных воспалительных заболеваний (например, гонорейный сальпингит, хламидийный сальпингит или др.).

Среди причин внематочной беременности также выделяют овулогенную теорию, которая объясняет развитие этой патологии повышением активности трофобласта, в результате чего имплантация начинается раньше, чем плодное яйцо успевает попасть в полость матки. Факторами риска внематочной беременности являются также наличие эктопических беременностей в анамнезе, внутриматочная контрацепция, длительное бесплодие (более 2 лет), возраст старше 40 лет, курение.

При внематочной беременности (так же, как и при маточной) nidация оплодотворенной яйцеклетки происходит под действием фермента, который выделяет трофобласт. Из-за отсутствия в трубе подслизистого слоя хориальные ворсины плодного яйца непосредственно соприкасаются с мышечным слоем, прорастают в него, кровь из сосудов трубы, разрушенных трофобластом, поступает в межворсинчатые пространства хориона. Ампулярное отверстие трубы закрывается вследствие склеивания фимбрий фибрином. Труба, растянутая плодным яйцом, принимает веретенообразную форму. Гипертрофия стенок трубы не может обеспечить дальнейшее развитие зародыша, вследствие чего беременность прерывается, так как нарушается целостность плодместилища.

Если происходит разрыв плодместилища в той его части, которая обращена в просвет дистального отдела трубы, то возникает трубный выкидыш (аборт). Плодное яйцо отслаивается от своего ложа, возникает кровотечение в просвет трубы. Мышцы трубы, сокращаясь, выталкивают плодное яйцо в брюшную полость, где оно рассасывается. Кровотечение при таком механизме нарушения внематочной беременности бывает, как правило, умеренным, постепенным, вследствие чего образуется перитубарная гематома, или кровь может собираться в Дугласовом пространстве. Исключительно редко скопление крови может быть спереди от матки.

Нарушение трубной беременности по типу трубного аборта наблюдается чаще всего тогда, когда плодное яйцо развивается в ампулярной или фимбриальной части маточной трубы. Если развитие плодного яйца происходит в истмической или интерстициальной частях трубы, то прерывание беременности происходит чаще всего по типу разрыва трубы и сопровождается обычно обильным внутренним кровотечением.

Внематочная беременность может развиваться внутри фолликула и на поверхности яичника. Беременность при этом прерывается очень рано: разрушается плодместилище и гибнет зародыш.

Беременность в рудиментарном роге матки характеризуется более благоприятными условиями для имплантации плодного яйца, так как слизистая оболочка рога матки развита лучше, чем в трубе. Прерывание беременности происходит в более поздние сроки – на 3-5 месяце беременности. Иногда такая беременность может быть доношенной. Прерывание беременности в рудиментарном роге матки, как правило, сопровождается обильным кровотечением.

Брюшная беременность чаще всего бывает вторичной (смещение яйцеклетки из маточной трубы, яичника в брюшную полость и вторичная имплантация), но может быть и первичной. Плодное яйцо располагается между органами брюшной полости, плацента может прикрепляться к задней стенке матки или к листкам широкой связки, кишечнику, брыжейке, печени. Плод может донашиваться до срока родов. При вторичной беременности плодное яйцо чаще всего погибает.

## **Клиническая картина**

По клиническому течению различают прогрессирующую и прервавшуюся (нарушенную) внематочную беременность.

Прогрессирующую внематочную беременность в ранние сроки диагностировать очень трудно, так как при этом в организме женщины возникают изменения, свойственные маточной беременности: задержка менструации, нагрубание молочных желез, цианоз влагалища и шейки матки. Матка в связи с наличием децидуальной оболочки и гипертрофии мышечных элементов увеличивается и размягчается, так же, как и при ранних сроках маточной беременности.

При влагалищном исследовании удается пальпировать опухолевидное образование или некоторую «тестоватость» в области придатков матки с одной стороны, умеренно болезненное при пальпации.

Клиническая картина при прервавшейся трубной беременности обусловлена характером ее прерывания (трубный аборт, разрыв трубы).

Клиника разрыва маточной трубы достаточно типична, возникает симптомокомплекс «острого живота», которому, чаще всего предшествует задержка очередной менструации. Внезапно возникают сильные боли внизу живота, в паховых областях, иногда иррадиирующие в плечо, лопатку (френикус-симптом, обусловленный раздражением диафрагмального нерва при внутрибрюшном кровотечении), появляется холодный пот, снижается артериальное давление. Пульс слабый, частый. Отмечается тошнота, бледность кожных покровов. Возможна потеря сознания. Живот болезненный при пальпации, больше с той стороны, где произошел разрыв трубы. Симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный. При перкуссии определяется притупление перкуторного звука в отлогих частях живота (признак гемоперитонеума). По мере увеличения кровопотери развивается тяжелый постгеморрагический коллапс.

При влагалищном исследовании обнаруживают незначительные кровянистые выделения из цервикального канала (их может и не быть). Матка слегка увеличена, как при беременности малого срока, обладает повышенной подвижностью, при массивном внутрибрюшном кровотечении определяется «симптом плавающей матки» - чрезмерная подвижность увеличенной, размягченной матки. В области придатков определяется пастозность или же пальпируется опухолевидное образование «тестоватой» консистенции. Задний влагалищный свод уплощен или выпячен. Отмечается резкая болезненность при попытке смещения шейки матки кпереди и резкая болезненность заднего свода влагалища с иррадиацией в прямую кишку («крик Дугласа»).

Значительно труднее поставить диагноз в тех случаях, когда беременность прерывается по типу трубного аборта. Клиническая симптоматика развивается постепенно. Наблюдаются приступообразные боли внизу живота, незначительные кровянистые выделения из половых путей, которые возникают после задержки менструации или в дни ожидаемой менструации. При влагалищном исследовании пальпируется слегка увеличенная матка, мягковатой консистенции и опухолевидное образование в области придатков, болезненное при пальпации, ограниченное в подвижности. В некоторых случаях обнаруживается уплощение или выпячивание бокового и заднего свода влагалища. Болезненность при смещении шейки матки кпереди и при пальпации заднего свода выражена значительно слабее. Прерывание по типу трубного выкидыша иногда протекает довольно длительно. Приступы болей, кровянистые выделения продолжаются. Образуется перитубарные или заматочная гематома. При скоплении свободной крови в брюшной полости выражен френикус-симптом. Нарушенная внетубарная эктопическая беременность по клинической картине сходна с разрывом трубы и, в большинстве случаев, сопровождается массивным кровотечением и геморрагическим шоком.

## **Диагностика**

Основывается на клинической картине (симптомы «острого живота», боли внизу живота на фоне нарушений менструального цикла – после задержки менструации возникали мажущие кровянистые выделения), ультразвуковом исследовании и определении  $\beta$ -ХГЧ.

Для диагностики трубной внематочной беременности методом выбора является ТВ-УЗИ.

Косвенные УЗ-признаки трубной внематочной беременности: отсутствие плодного яйца в полости матки; увеличение придатков матки или скопление жидкости позади матки; признаки гравидарной гиперплазии (утолщения) эндометрия. Обнаружить эктопически расположенное плодное яйцо – достоверный признак внематочной беременности – удается редко.

Признаки шейчной беременности при УЗИ: отсутствие беременности в матке, бочкообразная шейка матки, при доплерометрии – отсутствие кровотока вокруг плодного мешка. При гетеротопической беременности имеются УЗ-признаки как маточной, так и эктопической беременности. Для диагностики яичниковой беременности специфических УЗ-критериев нет.

Оценка  $\beta$ -ХГЧ:

1) положительный тест на беременность (мочевой) или сывороточный уровень  $\beta$ -ХГЧ выше 5 МЕ/л;

2) количественная оценка динамики уровня  $\beta$ -ХГЧ:

- в норме при маточной одноплодной беременности прирост  $\beta$ -ХГЧ каждые 48 часов составляет более 50% (в среднем 63-66%);
- только в 17% случаев при внематочной беременности скорость нарастания  $\beta$ -ХГЧ такая же, как и при маточной;
- снижение или малый прирост (менее 50%)  $\beta$ -ХГЧ в сочетании с отсутствием плодного яйца в матке при УЗИ свидетельствует о внематочной беременности или неразвивающейся маточной беременности.

Уровень  $\beta$ -ХГЧ имеет ограниченное значение в диагностике гетеротопической беременности.

При подозрении на внутрибрюшное кровотечение (уплощение/нависание заднего свода влагалища при гинекологическом исследовании, наличие свободной жидкости в брюшной полости при УЗИ) с целью уточнения диагноза производится пункция брюшной полости через задний свод влагалища – кульдоцентез. Операция осуществляется при поступлении пациентки в стационар, при отсутствии признаков геморрагического шока, под общей анестезией. В случае прервавшейся внематочной беременности при пункции получают темную несворачивающуюся кровь, что служит показанием к лечебно-диагностической лапароскопии, позволяющей верифицировать диагноз.

## Лечение

Маршрутизация пациентки.

Все пациентки с диагнозом «подозрение на внематочную беременность» должны быть госпитализированы бригадой скорой помощи в гинекологическое отделение!

Самостоятельная транспортировка не допускается.

При тяжелом состоянии больной (геморрагический шок) госпитализация осуществляется в ближайшее хирургическое или гинекологическое отделение, персонал которой должен быть уведомлен о госпитализации заранее. При поступлении в стационар при наличии геморрагического шока пациентка транспортируется в оперблок без осмотра в приемном отделении.

При любой форме прогрессирующей внематочной беременности женщина также должна быть госпитализирована в стационар, амбулаторное наблюдение недопустимо. При подозрении на шеечную беременность осмотр на кресле проводится в условиях развернутой операционной (на доклиническом этапе и в приемном отделении не проводятся).

Одной из центральных проблем внематочной беременности является массивная кровопотеря и геморрагический шок, которые с первых минут представляют непосредственную угрозу жизни пациентки. Для обеспечения благоприятного исхода необходима быстрая диагностика, быстрое оперативное лечение и хирургический гемостаз, а также быстрая коррекция гемодинамических и гемостатических нарушений.

Основные методы интенсивной терапии.

Мероприятия догоспитального этапа:

1. Медицинская эвакуация в ближайшее ЛПУ с возможностью оперативного лечения. При выявлении геморрагического шока своевременно оповестить стационар, куда будет госпитализирована пациентка, для подготовки к хирургическому лечению и проведению интенсивной терапии.

2. Клиническая оценка кровопотери (цвет и температура кожных покровов, слизистых, нарушения микроциркуляции, АД, ЧСС).

3. Катетеризация периферической вены и начало инфузионной терапии: кристаллоиды 500 мл. При тяжелом геморрагическом шоке и неэффективности инфузионной терапии (нет подъема АД) допустимо введение минимальных доз вазопрессоров.

4. Гемостатическая терапия: внутривенно 1 г транексамовой кислоты при подозрении или диагностике массивной кровопотери и геморрагического шока.

5. Ингаляция кислорода или, по показаниям, ИВЛ.

6. Медицинская эвакуация осуществляется на каталке, интенсивная терапия проводится параллельно с организацией эвакуации, мероприятия догоспитального этапа не должны удлинять время транспортировки в стационар!

Медицинская эвакуация пациенток с продолжающимся кровотечением (или подозрении на него) в другой стационар противопоказана.

Фибриноген Более 1 г/л 0 Менее 1 г/л 1

Сумма баллов более 5 – явный ДВС-синдром

При сумме баллов более 5 – абсолютные показания проведения заместительной терапии компонентами крови и факторами (концентрами факторов) свертывания крови.

Главная задача в лечении кровотечения и геморрагического шока – остановка кровотечения!

Время между постановкой диагноза и началом хирургического гемостаза должно быть минимизировано, оперативное лечение должно быть начато в любых условиях – геморрагического шока, ДВС-синдрома и как можно скорее, поскольку время, а не объем кровопотери, является определяющим в борьбе с кровотечением.

Хирургический гемостаз выполняется любым способом как можно скорее: после лапаротомии возможно сдавление сосуда, наложение зажимов, лигатур, тампонада, пережатие аорты (если не удастся быстро обнаружить источник кровотечения). После остановки кровотечения быстрее и эффективнее происходит восстановление основных функций организма на фоне проводимой интенсивной терапии. После ликвидации шока врач акушер-гинеколог уже в стабильной клинической ситуации обеспечивает необходимый для данного клинического случая гемостаз.

При проведении интенсивной терапии в остром периоде кровопотери важно поддержать сердечный выброс и органный кровоток – проводится инфузия плазмозаменителей. Начинают инфузию кристаллоидами, а при неэффективности – синтетическими (гидроксиэтилированный крахмал, модифицированный желатин) или природными



(альбумин) коллоидами. При геморрагическом шоке инфузия в объеме 30-40 мл/кг должна проводиться с максимальной скоростью. Кристаллоиды назначаются либо только в сочетании с препаратами крови, либо в объеме, в 3-4 раза превышающем объем синтетических коллоидов плюс препаратов крови.

При объеме кровопотери менее 1500 мл объем инфузии ограничен, не должен превышать 200% от объема кровопотери. Компоненты крови применяются только при подтвержденной коагулопатии (см. табл. No2). При массивной кровопотере (более 1500-2000 мл) на фоне инфузионной терапии как можно раньше (минуты) начинают введение компонентов крови (СЗП, эритроцитарная масса, тромбоциты и криопреципитат в соотношении 1:1:1:1) в эффективных лечебных дозах даже без лабораторного подтверждения.

Для поддержания гемодинамики (АД) дополнительно могут быть использованы вазопрессоры (норадреналин, адреналин, допамин, мезатон), однако при продолжающемся кровотечении и артериальной гипотонии не стоит повышать АД выше 90-100 мм.рт.ст., т.к. это приведет к усилению кровотечения.

Неэффективны при массивной кровопотере этамзилат натрия, викасол и хлорид кальция.

Выжидательная тактика допустима только при отсутствии признаков кровотечения и геморрагического шока, стабильном удовлетворительном состоянии больной, при низком уровне  $\beta$ -ХГЧ менее 200 МЕ/л и отсутствии его прироста, только в условиях стационара. Во многих случаях при низком  $\beta$ -ХГЧ эктопическая беременность регрессирует спонтанно. При появлении болевого синдрома, гемодинамических нарушений показано хирургическое лечение.

Хирургическое лечение – основной метод лечения при любой форме нарушенной внематочной беременности, а также при прогрессирующей абдоминальной, яичниковой, интерстициальной беременности, беременности в рудиментарном роге матки. Хирургическое лечение может быть радикальным (с удалением плодного яйца вместе с плодовместилищем) или органосохраняющим (удаление плодного яйца с оставлением плодовместилища).

Хирургическое лечение трубной беременности включает два варианта: сальпинготомию (рис. 3) или сальпингэктомию (тубэктомию).

анти-резус иммуноглобулин.

Реабилитация репродуктивной функции.

Этимероприятия осуществляются в предоперационном периоде, во время операции и в раннем послеоперационном периоде. Методы лечения и его результаты во многом зависят от времени, прошедшего от начала заболевания до операции. Доказано, что при позднем оперативном вмешательстве нарастают изменения воспалительного характера как в беременной, так и в другой трубе. Интраоперационно после выполнения основного объема оперативного вмешательства и санации в брюшную полость с целью профилактики спаечного процесса могут вводиться противоспаечные барьеры (ферментные препараты – гели с гиалуронидазой). В послеоперационном периоде после стабилизации клинического состояния целесообразно назначать противовоспалительную терапию, физиотерапевтическое лечение (УВЧ, магнито-, лазеротерапия, электрофорез с лидазой на область придатков).

Второй курс физиотерапии следует назначать через месяц после операции: индуктотермия, рассасывающая терапия.

## **Пузырный занос**

Пузырный занос – это вариант проявления патологии трофобласта, так называемой трофобластической болезни, или трофобластических опухолей. Понятие «трофобластическая болезнь» обобщает несколько связанных между собой различных форм

патологического состояния трофобласта: простой пузырный занос, инвазивный пузырный занос, хориокарцинома, опухоль плацентарного ложа и эпителиоидная трофобластическая опухоль.

Трофобластические опухоли составляют 1% от всех онкогинекологических опухолей и поражают женщин преимущественно репродуктивного возраста, характеризуются высокой злокачественностью, быстрым отдаленным метастазированием и, при этом, высокой частотой излечения только с помощью химиотерапии даже при наличии отдаленных метастазов. После излечения сохраняется репродуктивная функция у абсолютного большинства молодых женщин.

Частота возникновения различных форм трофобластической болезни: полный пузырный занос – 72,2%, частичный пузырный занос – 5%, хориокарцинома – 17,5%, другие формы – 5,3%. Трофобластические опухоли возникают в результате малигнизации различных элементов трофобласта (цито-, синцитиотрофобласта, промежуточных клеток), что обязательно ассоциируется с беременностью. Злокачественные трофобластические опухоли могут развиваться во время беременности, после родов, аборта, внематочной беременности, но чаще всего – после пузырного заноса.

### **Этиопатогенез.**

Пузырный занос, как и другие трофобластические опухоли, всегда является результатом генетических нарушений беременности.

Пузырный занос – это перерождение ворсинок хориона и превращение их в гроздевидные образования, состоящие из прозрачных пузырьков. В литературе описаны случаи пузырного заноса, пузырьки которого имели величину от просяного зерна до виноградин и больше.

Пузырьки как бы сидят на тонких стебельках, между которыми можно обнаружить частицы децидуальной оболочки. Пузырный занос локализуется в матке (реже — в маточной трубе), чаще возникает у юных и пожилых беременных, в низкой социально-экономической среде. Простой пузырный занос в большинстве случаев – процесс доброкачественный, не обладает инвазивным ростом, не метастазирует. Частота излечения — 100%. Выделяют два вида пузырных заносов: полный и частичный.

При полном пузырном заносе, который чаще развивается в первом триместре беременности, происходит полное перерождение плодного яйца и при этом плод погибает. Полный пузырный занос чаще выявляется в сроки 11-25 недель беременности, диплоидный, имеет набор хромосом 46XX или 46XY, при этом все хромосомы – отцовские; характеризуется отсутствием признаков зародышевого и эмбрионального развития. Злокачественная трансформация возникает в 20% случаев, при 46XY чаще развивается метастатическая опухоль. Первым клиническим признаком является несоответствие размеров матки сроку беременности: матка больше срока беременности. Макроскопически визуализируются отечные хориальные ворсинки, пузырьки.

При неполном (частичном) пузырном заносе перерождается только часть хориальной ткани, может диагностироваться в сроки от 9 до 34 недель, хотя чаще всего это бывает после 3-х месяцев беременности. Частичный пузырный занос всегда триплоидный, с одной материнской хромосомой (чаще – 69XXY, 69XXX, реже – 69XYU), имеют место фрагменты нормальной плаценты и плода. Частота малигнизации – около 5%. Клинически размеры матки меньше или соответствуют сроку, макроскопически определяются фрагменты плода, плаценты, отечные хориальные ворсины.

Наиболее частой формой является полный пузырный занос.

Характерной особенностью пузырного заноса является увеличение ХГЧ в 10-20 и даже в 100-200 раз по сравнению с нормой, повышенное содержание ХГЧ приводит к гиперстимуляции яичников, и они превращаются в текалютеиновые кисты, заполненные жидкостью. Эти кисты могут достигать размера головки новорожденного, после рождения пузырного заноса кисты подвергаются самостоятельно обратному развитию.

Особенностью инвазивного пузырного заноса является способность к быстрому и глубокому прорастанию (инвазии) в стенку матки (миометрий, периметрий), при этом может возникнуть тяжелое внутрибрюшное кровотечение. Инвазивный пузырный занос – это злокачественный процесс, склонен к метастазированию, преимущественно во влагалище, вульву, легкие, часто трансформируется в хориокарциному, хотя иногда возможна и спонтанная его регрессия.

Морфологическое подтверждение инвазивного пузырного заноса возможно только в удаленной матке или метастатическом очаге. Прогноз – благоприятный, при своевременной диагностике излечение приближается к 100%.

### **Клиническая картина.**

Пузырный занос чаще встречается у женщин в возрасте до 30 лет. Отмечаются симптомы, присущие беременности: прекращение менструаций, увеличение молочных желез и матки. Размеры матки, как правило, превышают ее размеры при данном сроке беременности (в 50%). После задержки менструации обычно появляются кровянистые выделения из половых путей. У 50% больных образуются тека-лютеиновые кисты яичников, которые после удаления пузырного заноса могут подвергнуться обратному развитию. Резко увеличивается экскреция хорионического гонадотропина и его содержание в крови, выявляемое радиоиммунными методами.

Уже в первую половину беременности могут появиться осложнения различной степени выраженности: неукротимая рвота беременных, артериальная гипертензия, преэклампсия, явления гипертиреоза (теплая кожа, тахикардия, тремор, увеличение щитовидной железы). При разрыве текалютеиновых кист возможно внутрибрюшное кровотечение, инфекционные осложнения. У 2-3% пациенток возникает трофобластическая эмболизация с острыми дыхательными расстройствами (кашель, тахипноэ, цианоз) при размерах матки 20 недель и более; чаще развивается спустя 4 часа после эвакуации пузырного заноса. Серьезным осложнением пузырного заноса является ДВС-синдром.

Диагностика пузырного заноса на раннем сроке беременности может представлять значительные сложности в связи с отсутствием выраженных клинических признаков. За пузырный занос может говорить быстрый рост матки в первой половине беременности и наличие скудных кровянистых выделений, появление которых не сопровождается болями. Иногда в выделениях можно обнаружить мелкие пузырьки.

При частичном пузырном заносе на сонограммах могут выявляться деформированные элементы плода (эмбриона), оболочек, плаценты, амниотическая полость, ретрохориально определяется участок ячеистой структуры (пузырный занос), в котором при цветовом доплеровском картировании визуализируются области повышенной васкуляризации, а васкуляризация неизменных ворсин хориона исчезает вслед за гибелью эмбриона. Информативным является резкое увеличение уровня хорионического гонадотропина в моче и крови. При нормальной беременности пик ХГЧ приходится на 9-10 недель, не превышает 150000 мМЕ/мл, в последующем снижается. При пузырном заносе уровень ХГЧ, как правило, в десятки раз выше, чем при нормальной беременности.

### **Лечение.**

Пузырный занос следует незамедлительно удалить из полости матки. В настоящее время эвакуация пузырного заноса проводится с помощью вакуум-аспирации с последующим контрольным кюретажем (выскабливанием) матки. Ранее описывались методики пальцевого удаления пузырного заноса. Опорожнение матки должно быть тщательным, но бережным, поскольку при инвазивном пузырном заносе (прорастающим в миометрий) высок риск перфорации матки при выскабливании.

Обязательным является гистологическое исследование материала с целью подтверждения диагноза.

После удаления пузырного заноса необходим тщательный мониторинг в течение 1 года:

- еженедельное исследование сывороточного уровня  $\beta$ -ХГЧ до получения трех последовательных отрицательных результатов, затем – ежемесячно до 6 месяцев, далее – один раз в два месяца в течение следующих 6 месяцев;
- УЗИ органов малого таза через две недели после эвакуации пузырного заноса, далее – ежемесячно до нормализации уровня  $\beta$ -ХГЧ;
- рентгенограмма легких после эвакуации пузырного заноса (злокачественные формы трофобластических опухолей чаще всего метастазируют в легкие), далее – через четыре и восемь недель при постоянном снижении  $\beta$ -ХГЧ;
- обязательное ведение пациенткой менограммы (менструального календаря) в течение 3-х лет после пузырного заноса.

## **Невынашивание беременности.**

Невынашивание беременности - это самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 нед, считая с 1-го дня последней менструации.

Этиология невынашивания беременности чрезвычайно разнообразна и зависит от многих факторов. В настоящее время нет исчерпывающей классификации причин невынашивания беременности, так как трудно свести в единую систему все многообразие причин, ведущих к прерыванию беременности. Самопроизвольный выкидыш часто является следствием не одной, а нескольких причин, действующих одновременно или последовательно.

Факторы, которые ведут к невынашиванию беременности, можно условно разделить на социально-биологические и медицинские.

В развитии невынашивания беременности социально-биологические факторы имеют существенное значение. Например, недонашивание связывают с такими факторами внешней среды, как место жительства, профессия матери и характер ее работы во время беременности, социальная принадлежность и объем антенатального ухода. Установлено также, что к преждевременному рождению ребенка имеют отношение и многие параметры, характеризующие мать и течение беременности: расовая принадлежность, возраст и число предыдущих родов (паритет), телосложение и масса тела матери, курение, употребление спиртных напитков, интервал между родами, наличие в анамнезе выкидышей, перинатальной смерти плода и рождения детей с низкой массой тела.

Среди медицинских факторов, которые ведут к невынашиванию беременности, особое значение имеют эндокринные, генетические, иммунологические, инфекционные, аномалии развития половых органов, генитальный инфантилизм, истмико-цервикальная недостаточность, миома матки, экстрагенитальные заболевания матери, осложнения течения беременности; факторы, связанные с плодом (многоплодная беременность, многоводие, неправильное положение плода). К преждевременному прерыванию беременности могут

привести преждевременное излитие околоплодных вод, предлежание или низкое прикрепление плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. 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%.

Необходимо стремиться выявить причины прерывания беременности, поскольку эти факторы могут привести к повторным (привычным) выкидышам.

### **Факторы, связанные с ранней потерей беременности:**

- Поздний возраст матери (в возрасте от 20 до 30 лет риск самопроизвольного выкидыша составляет 9-17%, в 35 лет - 20%, в 40 лет - 40%, в 45 лет - 80%).
- Употребление алкоголя (умеренное).
- Использование кофеина (дозозависимый эффект: 4-5 чашек кофе, или более 100 мг кофеина).
- Курение (более 10 сигарет в день).
- 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 уреаплазмы влагалища (противоречивые данные). И тд.

### **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, сепсиса. 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).  
Пальпация живота (болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, вздутие, наличие свободной жидкости).
- Влагалищное исследование:

**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.

**Гормональная диагностика.** 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 и оценка уровня ХГЧ в динамике позволяют клиницисту определить локализацию и перспективы для ранней беременности. Тактику лечения женщины определяют индивидуально в зависимости от клинической ситуации, предпочтений пациентки, результатов УЗИ и исследования ХГЧ.

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

- Среднее время удвоения величины ХГЧ составляет 1,4-2,1 дней;
- У 85% пациенток каждые 48 часов уровень ХГЧ увеличивается на 66% и более, у 15% - на 53-66% (более 48 часов зафиксирован самый медленный прирост уровня ХГЧ на 53%).

## **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.

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 лекарственной терапии при сомнительных данных УЗИ.

Медикаментозная терапия. Возможна в двух вариантах, в зависимости от цели:

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

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.

Для купирования выраженных болевых ощущений при самопроизвольном аборте эффективно 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, 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.

Комбинировать различные гестагены при лечении невынашивания нецелесообразно).

Недопустимо превышать дозировку препаратов, установленную инструкцией к препарату: избыточные дозы препарата блокируют рецепторы, т.е. превышение доз гестагенов нарушает чувствительность рецепторов прогестерона и вместо сохранения беременности может спровоцировать выкидыш.

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. Инструментальное опорожнение матки более травматично, требует анестезиологического пособия и экономически более затратное.

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