

Тема 6. Невиношування вагітності (самовільний аборт, передчасні пологи)

Невіношування вагітності – самовільне (спонтанне) передчасне переривання вагітності від зачаття до 37 тижня. Переривання вагітності в термін до 22 тижнів або масою плода до 500 грамів, незалежно від наявності або відсутності ознак його життя, називається **абортом (викиднем)**. Виділяють також поняття *недоношування* вагітності – передчасні пологи.

- ранній спонтанний аборт – спонтанне (самовільне) переривання вагітності (до 11 тижнів + 6 днів);
- пізній спонтанний аборт з 12 до 21 тижня + 6 днів;
- передчасні пологи з 22 повних до 36 тижнів + 6 днів (154 – 259 днів).

Частота мимовільних переривань вагітності по триместрам розподіляється наступним чином: в I триместрі – 75-80%, у II триместрі - 9-12%, в III триместрі - 4 – 8%. Висока частота переривань у I триместрі є свого роду природнім відбором, елімінацією аномально сформованого ембріону і в 50-60% пов'язана з хромосомними аномаліями зародка. Однак ці порушення можуть бути пов'язані і з рядом інших причин, зокрема, з інфекцією, радіацією, стресом та ін.

Невіношування – поліетіологічна патологія. Порушення вагітності, як правило, обумовлено поєднанням ряду причин, які можуть діяти або водночас, або приєднуватись з прогресуванням вагітності.

САМОВІЛЬНИЙ АБОРТ (ВИКИДЕНЬ)

Самовільний аборт відбувається без будь-яких зовнішніх втручань. Якщо самовільний аборт у жінки повторюється більше як 2 рази, його називають **звичним**.

Етіологія

1.Материнські причини:

нейроендокринні – гіпофункція яєчників (недостатність фолікулярної фази циклу, недостатність лютеїнової фази циклу, хронічна ановуляція, первинна яєчничова недостатність); порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники (гіпофункція гіпофізу, синдром полікістозних яєчників - СПКЯ, гіперпролактинемія, гіперандрогенія яєчничового, наднирничового, змішаного генезу, тиреопатія, та їх поєднання);

анатомо-функціональні вади розвитку статевих органів, істміко-цервікальна недостатність, дефекти матки (внутрішньоматкові синехії, патологія рецепторного апарату, гіпоплазія матки, аномалії розвитку матки), пухлини матки та яєчників;

інфекційні – інфікування бактеріальними, вірусними, паразитарними та умовно-патогенними мікроорганізмами;

імунологічні – автоімунні процеси (антифосфоліпідний синдром, системний червоний вовчак й інші аутоімунні захворювання), алоімунні процеси (ізоантигенна несумісність крові матері та плода за резус-фактором та антигенами системи АВО, сенсibilізація за фетальними антигенами), імунодефіцитні процеси;

генетичні фактори і хромосомні аномалії - найбільш часті хромосомні порушення – трисомія, моносомія, триплоїдія, тетраплоїдія.

2.Патологія вагітності – важкі форми ранніх гестозів, шийкова вагітність, міхурцевий занесок.

3.Екстрагенітальна патологія матері.

4. Патологія стану організму батька, у тому числі фактори, що сприяють виникненню патологічних змін еякуляту.

5.Соціально-середовищні фактори:

екологічні (радіація, хімічне забруднення повітря, ін.);

вік матері (до 18 і після 30 років);

несприятливі умови життя (незбалансоване харчування, дефіцит вітамінів тощо);

професійні і виробничі шкідливості (температурні, шумові, вібраційні, хімічні, радіаційні);

шкідливі звички.(алкоголізм, наркоманія, куріння).

6.Нез'ясовані причини.

Фактори ризику самовільного аборту

- пізні менархе та тривалий період становлення менструального циклу;
- розлад менструального циклу;
- медичні аборти, особливо, перший аборт, їх ускладнення;
- безпліддя, особливо після лікування методами допоміжних репродуктивних технологій;
- наявність самовільного переривання попередніх вагітностей;
- перинатальні втрати в анамнезі;
- патологічний перебіг попередніх вагітностей;
- запальні захворювання статевих органів;
- доброякісні пухлини матки;
- гінекологічні операції в анамнезі;
- алергічні захворювання полівалентного характеру;
- шкідливі звички (куріння);
- вплив тератогенів (інфекції, токсичні речовини, ліки);
- дефіцит фолієвої кислоти
- провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження, coitus).

Патогенез переривання вагітності.

Незважаючи на велике число факторів, які сприяють перериванню вагітності, дія їх в більшості випадків на кінцевому етапі однотипова і можуть бути виділені декілька патогенетичних варіантів викидня.

Перший патогенетичний варіант: викидень за типом відторгнення.

При дії будь-якого пошкоджуючого фактора найбільш вразливим органом в першій третині вагітності є хоріон. При цьому страждають в першу чергу такі функції як процеси біосинтезу гормонів, ферментів, білків, синтезу речовин, що блокують процес розпізнавання «чужого» імунною системою матері. Падіння синтезу цих речовин особливо стероїдних та імуносупресивних субстанцій нижче критичного рівня, призводить до розвитку імунологічних реакцій за типом відторгнення алотрансплантату.

Завдяки взаємодії систем клітинного та гуморального імунітету в реакції на “ чужерідні ” тканинні антигени плода, антитіла, лімфоцити та вторинно активовані макрофаги матері накопичуються в ділянці прикріплення хоріона, а потім плаценти і виявляють цитотоксичну дію на клітини трофобласту. Виникає кровотеча і при відносно слабких скороченнях матки плідне яйце цілком або частково виганяється із порожнини матки.

Переривання вагітності, що пов'язане з первинною загибеллю ембріону або плода внаслідок хромосомних мутацій чи генетичних дефектів відбувається саме за таким типом.

Другий патогенетичний варіант спонтанного викидню спостерігається в основному у другому триместрі вагітності і перебігає по типу пологів. В більш пізні терміни вагітності падіння вироблення стероїдних гормонів, імуносупресивних субстанцій та інших біологічно важливих речовин відносно менше, ніж в більш ранні строки. В ці терміни вже добре розвинені опорні ворсини, які досить міцно утримують плаценту. До того ж часу в матці встигають відбутись наступні зміни: гіпертрофія і гіперплазія м'язових волокон, накопичення актоміозину, АТФ, ферментних білків, і матка стає чутливою до дії утеротонічних речовин. Реакція “ відторгнення ” перебігає за іншим типом, а саме по типу пологів. З'являються перейми, відкриття шийки матки і народження плода. При цьому

механізмі переривання вагітності основна увага приділяється блокуванню скоротливої діяльності матки.

Ведучим компонентом ще одного патогенетичного варіанту, який пов'язаний з істміко-цервікальною недостатністю, є недостатність “ запираючого ” апарату матки.

Класифікація.

1. За стадіями розвитку виділяють:

- загрозливий аборт
- аборт “ в ході
- неповний аборт,
- повний аборт

2. Розрізняють також :

- аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода)
- інфікований аборт

Загрозливий аборт.

Клініка. При загрозовому аборті у хворої відмічається тягучий біль в нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер; можливі скудні або помірні кров'яністі виділення із статевих шляхів, затримка місячних.

Діагностика. При огляді у дзеркалах зовнішнє вічко закрито, спостерігаються скудні або помірні кров'яністі виділення

Бімануальне піхвове дослідження свідчить, що матка легко збудлива, її тонус підвищений, розміри відповідають терміну вагітності

УЗ ознаками загрози абарту будуть наявність локального потовщення міометрію у вигляді валика, що випинається у порожнину матки, деформація контурів плідного яйця, його вдавнення за рахунок гіпертонусу матки, наявність ділянок відшарування хоріону чи плаценти.

	Загрозливий аборт	Аборт в ходу	Аборт, що не відбувся
Клініка	<ul style="list-style-type: none"> • тягнучий біль в нижніх відділах живота, у II триместрі біль може мати переймоподібний характер • скудні або помірні кров'янисті виділення із статевих шляхів • затримка місячних 	<ul style="list-style-type: none"> • тягнучий біль в нижніх відділах живота (у II триместрі біль може мати переймоподібний характер) з посиленням в динаміці до інтенсивного • кров'янисті виділеннями зі статевих шляхів здебільше у великій кількості 	<ul style="list-style-type: none"> • зникненням суб'єктивних ознак вагітності • іноді кров'янисті виділення підвищення температури тіла
Діагностика			
Огляд у дзеркалах	<ul style="list-style-type: none"> • зовнішнє вічко закрито • скудні або помірні кров'янисті виділення 	<ul style="list-style-type: none"> • шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите • кров'янисті виділення у великій кількості • частини плідного яйця у цервікальному каналі • підтікання навколоплідних вод (може бути відсутнім в рані терміни вагітності) 	<ul style="list-style-type: none"> • шийка матки сформована • зовнішнє вічко закрито
Бімануальне піхове дослідження	<ul style="list-style-type: none"> • матка легко збудлива, її тонус підвищений • розміри матки відповідають терміну вагітності 	<ul style="list-style-type: none"> • тонус матки підвищений • розмір матки відповідає строку вагітності • цервікальний канал пропускає палець або декілька пальців (залежить від терміну вагітності) 	<ul style="list-style-type: none"> • розміри матки менше терміну гестації • шийки матки закриті
УЗД	<ul style="list-style-type: none"> • локальне потовщення міометрію у вигляді валіка, що випинається у порожнину матки; • деформація контурів плідного яйця, його вдавнення за рахунок гіпертонусу матки; • наявність ділянок відшарування хоріону чи плаценти. 	<ul style="list-style-type: none"> • повне або майже повне відшарування плідного яйця (до 12 тижнів) • наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів) 	<p>5-6 тижнів:</p> <ul style="list-style-type: none"> • невідповідність розмірів плодового яйця терміну гестації • не візуалізується жовточний мішок • не візуалізується ембріон <p>7-8 тижнів:</p> <ul style="list-style-type: none"> • відсутність серцевих скорочень ембріону • невідповідність розмірів ембріону терміну гестації <p>9-12 тижнів:</p> <ul style="list-style-type: none"> • відсутність серцевих скорочень та рухів ембріону

Тактика ведення загрозливого аборт.

Після встановлення діагнозу та до початку лікування необхідним є визначення життєздатності ембріона/плода та подальшого прогнозу вагітності. Для цього використовують критерії сприятливого чи несприятливого прогнозу даної вагітності.

Сприятливий прогноз:

- сонографічні ознаки - наявність серцевих скорочень при КТР плода бмм (трасвагінально), відсутність брадикардії, відповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця, ріст плідного яйця в динаміці;
- біохімічні ознаки – рівень ХГЛ та прогестерону відповідає гестаційному віку.

Несприятливий прогноз:

- наявність спонтанних абортів в анамнезі, вік жінки >34 років;

- сонографічні ознаки – відсутність серцевих скорочень при КТР 10 мм (трансабдомінально), брадикардія, пусте плідне яйце діаметром 15мм при терміні гестації 7 тижнів, 21мм- в 8 тижнів; невідповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця; відсутність росту плідного яйця через 7-10 днів; субхоріальна гематома;
- біохімічні ознаки – рівень ХГЛ нижче норми для гестаційного віку, зростає менш ніж на 66% за 48 годин (до 8 тижнів вагітності) або знижується; вміст прогестерону нижче норми для гестаційного віку та знижується.

За наявності клінічних ознак загрозового аборт у термін вагітності менше 8 тижнів та несприятливих ознак прогресування вагітності проведення терапії, спрямованої на збереження вагітності не рекомендується.

Пацієнтка має бути поінформована щодо результатів обстеження, прогнозу даної вагітності та можливих ускладнень, пов'язаних з використанням лікарських засобів. Потрібне отримання письмової згоди на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

При загрозі переривання вагітності в термін більше 8 тижнів та за відсутності ознак несприятливого прогнозу застосовуються заходи, спрямовані на збереження та підтримку розвитку вагітності.

Лікування.

Для лікування загрозового аборт використовуються препарати прогестерону. Показанням для застосування прогестерону є наявність в анамнезі двох та більше спонтанних викиднів в першому триместрі (звичайний викидень), доведена до вагітності недостатність лютеїнової фази, вилікуване безпліддя, вагітність внаслідок допоміжних репродуктивних технологій. Застосування прогестерону за будь-якими іншими показаннями не має доведеної ефективності. Рутинне призначення гестагенних препаратів при загрозовому аборті не підвищує відсоток виношування (А).

Застосування інших традиційних методів лікування (ліжковий режим, спазмолітична та седативна терапія) не мають доказів ефективного та безпечного застосування.

Препарати прогестерону:

- масляний розчин прогестерону (внутрішньом'язово);
- мікронізований прогестерон – утрожестан (вагінально або перорально);
- синтетичні похідні прогестерону - дідрогестерон (перорально).

Різні препарати прогестерону не можна призначати одночасно.

Не виявлено статистично достовірної різниці ефективності різних способів призначення прогестерону (в/м, перорально, інтравагінально). Не доведено переваги будь якої схеми та не визначено оптимальний термін використання прогестерону.

Моніторинг ефективності лікування визначається за допомогою: даних УЗД, тестів функціональної діагностики, динаміки рівнів ХГЛ та прогестерону в сироватці крові (один раз на тиждень до зникнення симптомів).

Аборт в ході

Клініка. Ця стадія самовільного аборт супроводжується тягнучим болем в нижніх відділах живота (у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер) з посиленням в динаміці до інтенсивного, кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів здебільше у великій кількості.

Діагностика. При огляді у дзеркалах відмічається вкорочена шийка матки, зовнішнє вічко відкрите. Кров'яністі виділення у великій кількості; частини плідного яйця у цервікальному каналі, підтікання навколоплідних вод (може бути відсутнім в рані терміни вагітності). При бімануальному піхвовому дослідженні визначається підвищений тонус матки, її розмір відповідає строку вагітності.

За необхідністю може бути проведене УЗД, при якому відмічається повне або майже повне відшарування плідного яйця (до 12 тижнів), наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів).

Тактика ведення аборт в ході.

В термін вагітності менше 16 тижнів:

- проводять вакуум аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки в ургентному порядку під адекватним знеболенням та заходи спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати. Обов'язкове патологогістологічне дослідження видаленої тканини.

В термін вагітності більше 16 тижнів:

- у разі відсутності значної кровотечі після спонтанного вигнання елементів плідного яйця проводять вакуум-аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати.
- у разі кровотечі, під адекватним знеболенням:
 - при наявності умов проводять евакуацію вмісту матки (не чекають спонтанного вигнання продукту запліднення) та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати;
 - при відсутності умов – абдомінальне переривання вагітності.

У разі необхідності та за відсутності протипоказань можливо використання утеротоніків:

- для прискорення вигнання продукту запліднення у терміні гестації 16 тижнів та більше лише окситоцин (у дозі 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500мл ізотонічного розчину хлориду натрію, до 40 крапель за хвилину);
- у разі кровотечі після вигнання або під час кюретажу для покращання скоротливої спроможності матки вводять один з утеротоніків:
 - окситоцину 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію зі швидкістю до 40 крапель за хвилину;
 - ергометрину 0,2 мг в/м або в/в (у разі необхідності можливо повторити введення вказаної дози, максимальна добова доза не більше 1 мг);
 - мізопростол 800 мкг ректально.

Профілактичне застосування антибіотиків є обов'язковим. Вибір препарату, дози та тривалість використання має бути визначено індивідуально.

Всім резус-негативним жінкам, у яких не має анти-резус антитіл, вводять анти-D імуноглобулін згідно діючого протоколу.

Неповний аборт

Клініка. Для неповного аборт характерна наявність болю в нижніх відділах живота (біль може мати переймоподібний характер) з посиленням в динаміці до інтенсивного та зменшенням в подальшому через експульсію плідного яйця. Кров'янисті виділення зі статевих шляхів різного ступеня виразності, переважно значні.

Діагностика. При огляді у дзеркалах визначається вкорочена шийка матки, відкрите зовнішнє вічко, що супроводжується кров'янистими виділеннями різного ступеня виразності.

При бімануальному піхвовому дослідженні відмічається м'якої консистенції матка, розміри якої менше терміну гестації, різний ступінь розкриття шийки матки.

За даними УЗД порожнина матки розширена >15 мм, шийка матки розкрита, плідне яйце/плід не візуалізується, можуть візуалізуватися тканини неоднорідної ехоструктури.

Тактика ведення неповного аборт

У разі неповного аборт обов'язково проводять звільнення матки від залишків ембріональних/плодових тканин з наступним їх патологогістологічним дослідженням.

За відсутності абсолютних показань до кюретажу або вакуум-аспірації, рекомендується надання пацієнтці можливості вибору метода звільнення матки від залишків плідного яйця: хірургічний або медикаментозний.

Хірургічний метод евакуації вмісту порожнини матки (кюретаж або вакуум-аспірація).

Абсолютні показання до хірургічного методу:

- інтенсивна кровотеча,
- розширення порожнини матки >50 мм (УЗД),

- підвищення температури тіла вище 37,5°C.

Кюретаж стінок порожнини матки або вакуум-аспірацію проводять під адекватним знеболенням; паралельно проводять заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки відповідно до об'єму крововтрати.

Обов'язкове застосування антибіотиків. Вибір препарату, дози та тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

Медикаментозний метод евакуації вмісту порожнини матки

Медикаментозний метод може використовуватися

- лише у разі підтвердженого неповного аборт у першому триместрі.
- якщо відсутні абсолютні показання для хірургічної евакуації
- лише за умови госпіталізації до медичного закладу що надає екстрену допомогу цілодобово

Противопоказання

Абсолютні: наднирникова недостатність, тривала терапія глюкокортикоїдами, гемоглобінопатії або антикоагулянтна терапія, анемія (Hb < 100 г/л), порфірія, мітральний стеноз, глаукома, прийом нестероїдних протизапальних засобів протягом попередніх 48 годин.

Відносні: гіпертензія, тяжка бронхіальна астма.

Для медикаментозної евакуації вмісту порожнини матки використовують:

Мізопростол – 800-1200мкг одноразово інтравагінально в умовах стаціонару.

Препарат вводять у заднє склепіння піхви лікарем під час огляду у дзеркалах. Через кілька годин (як правило протягом 3-6 годин) після введення мізопростолу починаються маткові скорочення та вигнання залишків плідного яйця.

Спостереження:

Жінка залишається для спостереження в умовах стаціонару протягом доби після вигнання і може бути виписана із стаціонару у разі:

- відсутності значної кровотечі,
- відсутності симптомів інфекції,
- можливості негайно звернутися до цього медичного закладу у будь який час цілодобово.

Через 7-10 днів після виписки з стаціонару в амбулаторних умовах проводиться контрольний огляд пацієнтки та УЗД.

Перехід до хірургічної евакуації після медикаментозної евакуації здійснюють у разі:

- виникнення значної кровотечі;
- появи симптомів інфекції;
- евакуація залишків не розпочалась протягом 8 годин після введення мізопростолу;
- виявлення залишків плідного яйця у порожнині матки під час УЗД через 7-10 днів.

Рандомізовані дослідження демонструють відсутність статистичної різниці ефективності хірургічної та медикаментозної евакуації при неповному викидні в терміні до 70 днів від 1 дня останньої менструації.

Повний аборт

Клініка. При повному аборті хвора може скаржитись на тягучий біль в нижніх відділах живота різної інтенсивності (може бути відсутній), незначні кров'яністі виділення із статевих шляхів (можуть бути відсутні) після експульсії плідного яйця.

Діагностика. При огляді у дзеркалах визначається сформована шийка матки, закрите зовнішнє вічко; спостерігаються незначні кров'яністі виділення або вони можуть бути відсутні.

При бімануальному піхвовому дослідженні пальпується щільна матка, розміри якої менше терміну гестації. Цервікальний канал закритий (іноді не повністю).

За результатами УЗД порожнина матки <15 мм, цервікальний канал закритий (іноді не повністю), плідне яйце/плід не візуалізується, залишки продукту запліднення в порожнині матки не візуалізуються

Тактика ведення повного аборту .

За відсутності скарг, кровотечі та тканини в порожнині матки за даними УЗД немає необхідності в інструментальній ревізії матки. Контрольне УЗ обстеження через 1 тиждень.

Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

Аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода)

Клініка. Припинення розвитку вагітності із затримкою плодових тканин в матці супроводжується зникненням суб'єктивних ознак вагітності. Іноді спостерігаються кров'янисті виділення з матки та підвищення температури тіла.

Діагностика. При огляді у дзеркалах шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите. За даними бімануального піхвового дослідження розміри матки менше терміну гестації, цервікальний канал закритий.

При проведенні УЗД:

- *5-6 тижнів:* невідповідність розмірів плодового яйця терміну гестації, не візуалізується жовточний мішок, не візуалізується ембріон.

Діагноз вагітності, що не розвивається, в терміні 5-6 тижнів має бути підтверджено не менше ніж двома спеціалістами. За відсутності впевненості в ультразвукових критеріях дослідження треба повторити через 3-7 днів, паралельно визначити динаміку рівнів хоріонічного гонадотропіну.

- *7-8 тижнів:* відсутність серцевих скорочень ембріону, невідповідність розмірів терміну гестації.
- *9-12 тижнів:* відсутність серцевих скорочень та рухів ембріону, невідповідність розмірів матки терміну гестації.

Тактика ведення аборт, що не відбувся

В разі підтвердження діагнозу - терміново провести евакуацію ембріональних/плодових тканин з порожнини матки хірургічним або медикаментозним методами.

Знаходження вагітності, що не розвивається, в порожнині матки протягом 4 тижнів та більше збільшує ризик коагулопатичних ускладнень, в зв'язку з чим необхідно бути готовим для боротьби з можливою кровотечею (визначити групу крові, резус-фактор, коагулограму).

Індукція скоротливої діяльності при вагітності, що не розвивається в другому триместрі здійснюється застосуванням препаратів простагландинів (мізопростол), або утеротонічних засобів (окситоцин), або хірургічним методом (кюретаж, вакуум-аспірація).

Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалість використання має бути визначено за індивідуальними клінічними показаннями.

Реабілітація репродуктивної функції після мимовільного аборт.

Незважаючи на те, що один мимовільний аборт не вважається фактором ризику звичного невиношування, за наявності у матері ознак станів, які могли виступати причиною переривання вагітності (ознаки інфекційних захворювань, ендокринних порушень, структурних порушень матки) бажаним є дообстеження пацієнтки. У разі виявлення певної патології жінка має бути проінформована про необхідність лікування та заклади, де вона може отримати це лікування.

Обов'язковим є профілактика інфекційно-запальних захворювань, санація вогнищ хронічного запалення, нормалізація біоценозу піхви, діагностика та лікування TORCH – інфекцій.

Після перенесеного аборт необхідно є психологічна реабілітація.

При необхідності проведення медико-генетичного консультування.

В плані подальшого ведення передбачення неспецифічної прегравідарної підготовки: антистресова терапія, нормалізація раціону харчування, режиму праці та відпочинку, відмова від шкідливих звичок.

Звичний аборт.

Звичний викидень – визначається як наслідок двох або більше вагітностей поспіль, що закінчились викиднем. Якщо серії цих епізодів передувала нормальна успішна вагітність, то такий стан визначається як „ вторинний звичний ” викидень", якщо ні – використовується термін „ первинний звичний викидень"

Обстеження жінок зі звичним невиношуванням вагітності.

Обстеження жінок для визначення причин звичного невиношування починають після переривання вагітності, або під час наступної вагітності, якщо жінка звернулася після її настання. Обстеження повинно бути спрямоване на виявлення можливих причин невиношування, для виключення розладів у будь якій системі, або органі спостережуваної жінки (табл. 1)

Таблиця 1

Обсяг обстеження при звичному невиношуванні вагітності

№ п/п	Характер обстеження	До настання вагітності	Під час вагітності
1	Вивчення анамнезу (менструальна, генеративна функція захворювання)	+	+
2	Огляд спеціалістів за показаннями (ендокринолога, імунолога, генетика, нефролога, психотерапевта, ЛОР, терапевта, невролога)	+	+
3	Бактеріологічне, бактеріоскопічне та вірусологічне обстеження на уrogenітальні інфекції	+	+
4	Тести функціональної діагностики (базальна температура), кольпоцитологія	+	+
5	Визначення гормонів та їх метаболітів за показаннями (статеві гормони, гіпофіза та щитовидної залози у крові; екскреція ДЕАС, кортизолу, 17-КС, 17- гідропрогестерону)	+	+
6	УЗД	+	+
7	Стан гіпофіза (МРТ, RÖ – графія турецького сідла) за показаннями	+	-
8	Імунологічне обстеження за показаннями (АВО та Rh антитіл; антитіла до фосфоліпідів, кардіоліпінів, β2 глікопротеїду та фетальних антигенів, визначення вовчакового антикоагулянту)	+	+
9	Антитіла до хоріонічного гонадотропіну; антиспермальні та антиоваріальні антитіла за показаннями	+	+
10	Генетичне обстеження (каріотип подружжя)	+	-
11	Пренатальна діагностика	-	+
12	Гістеросальпінгографія та гістероскопія за показаннями	+	-
13	Гемостазіограма Дослідження системи гемостазу	+	+
14	Визначення стану шийки матки	+	з 12 тижня

Дослідження каріотипу подружньої пари обумовлено тим, що приблизно у 2-5% випадків звичного невиношування один з батьків або обоє (рідше), є носіями збалансованої хромосомної аномалії. Виявлення порушення у будь – кого з батьків є показанням до консультації клінічного генетика для встановлення вірогідності народження дітей без застосування допоміжних репродуктивних технологій, а також для визначення показань для проведення цитогенетичного дослідження плідного яйця (плода) якомога у ранньому терміні вагітності.

Ультразвукове дослідження репродуктивних органів проводиться з метою виявлення вроджених або набутих порушень, які можуть перешкоджати розвитку вагітності. Двомірне ультразвукове дослідження з або без гістеросальпінгографії, проведене кваліфікованим спеціалістом, є достатнім для виявлення порушень анатомічної будови репродуктивних органів.

Не доведена необхідність рутинного проведення гістеросальпінгографії для діагностики порушень анатомічної будови репродуктивних органів.

Ведення жінок зі звичним невиношуванням вагітності різної етіології.

Антифосфоліпідний синдром є причиною звичного невиношування вагітності в близько 20% випадків. У жінок зі звичним невиношуванням вагітності та антифосфоліпідним синдромом комбінована терапія аспірин та гепарин достовірно знижує частоту мимовільного абортів на 54% . Визначення наявності вовчакового антикоагулянту та антифосфоліпідних антитіл проводиться з використанням стандартних тестів. Наявність позитивного результату тесту для одних і тих же антитіл (Ig M і IgG) двічі з проміжком 4-6 тижнів на рівні середніх або високих титрів є підставою до встановлення діагнозу та проведення лікування. *Застосування кортикостероїдів у жінок з звичним невиношуванням та АФС не збільшує частоту живо-народжень та може супроводжуватись збільшенням материнської та неонатальної захворюваності .*

Будь яка **тяжка інфекція у матері**, що перебігає з бактеріемією або вірусемією, може бути чинником самовільного викидня, хоча роль інфекційного фактора в структурі чинників невиношування вагітності не зовсім з'ясована. Для того, щоб інфекційний агент був «прийнятий» як чинник саме звичного невиношування він повинен мати здатність персистенції у геніальному тракті жінки без наявних ознак, або спричинювати мінімальні прояви.

Виявлення і лікування **бактеріального вагінозу** у ранні терміни вагітності зменшує ризик повторних самовільних абортів і передчасних пологів. Обстеження на TORCH інфекцію для виявлення причин звичного невиношування у випадках коли є підозра на наявність інфекції, або відомості про наявність інфекції у минулому чи проведення її лікування.

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) – не пов'язане зі скоротливою діяльністю матки мимовільне згладжування та розкриття шийки, що призводить до повторного переривання вагітності частіше в другому триместрі.

Діагностика. До групи високого ризику належать жінки, що мають в анамнезі: два та більше епізодів переривання вагітності в другому триместрі, які не були результатом скоротливої діяльності матки чи відшарування плаценти; випадки мимовільного безболісного розкриття шийки матки до 4-6 см при попередніх вагітностях; наявність хірургічних втручань на шийці матки, розриви шийки матки другого або третього ступенів в минулих пологах; інструментальні дилатації шийки матки під час штучного переривання вагітностей.

При огляді можна встановити вроджені або набуті анатомічні дефекти ектоцервіксу, розкриття шийки матки до 2 та більше см в другому триместрі вагітності при відсутності маткових скорочень та відшарування плаценти; пролабірування плідного міхура з зовнішнього вічка шийки матки.

При трансвагінальному УЗД - вкорочення шийки матки до 25мм та більше в терміні 16-24 тижнів, клиноподібну трансформацію каналу шийки матки на 40% довжини та більше

Недостатність лютеїнової фази.

Діагностика.

- визначення співвідношення рівнів прогестерону в 1 та 2 фазу менструального циклу (менше ніж в 10 разів);
- визначення реологічних властивостей цервікального слизу (неадекватно високий цервікальний індекс за шкалою Maricé);
- визначення динаміки синдрому «зіниці» (закриття цервікального каналу після 21 дня циклу);
- гіполютеїновий тип мазка за даними гормональної кольпоцитології – зберігається високий каріопікнотичний індекс при зниженні еозинофільного індексу);
- визначення різниці базальної температури (різниця між найнижчим значенням у 1 фазу та найвищим у 2 повинна складати більше 0,4 градусів C °);
- дворазове гістологічне дослідження пайпель-біоптатів ендометрію на 22 – 24 день циклу (триденне відставання ендометрію від фази циклу).

Прегравідарна підготовка при звичному невиношуванні

- **Припинення шкідливих впливів** (відмова від паління, вживання алкоголю, виключення впливу факторів шкідливого промислового виробництва, уникнення психоемоційних перевантажень та стресів)
- **Оздоровлення жінки** (нормалізація режиму праці та відпочинку, раціональне харчування, регулярні фізичні навантаження – ранкова гімнастика, плавання, прогулянки, тощо; санація екстрагенітальних вогнищ хронічної інфекції, нормалізація маси тіла, щеплення проти краснухи імунонегативних жінок для профілактики вродженої краснухи, вакцинація проти гепатиту В жінок репродуктивного віку групи ризику, що забезпечує профілактику вертикальної передачі інфекції, зменшення ризику печінкової недостатності та цирозу печінки у матері).
- **Призначення фолієвої кислоти** 400 мкг на день за 3 місяця до зачаття зменшує частоту вад невральної трубки на 2/3.
- **Лікування хронічних захворювань** підготовка пацієнток з хронічними екстрагенітальними захворюваннями:
 - цукровий діабет стійка компенсація вуглеводного метаболізму у продовж трьох місяців до запліднення, та призначення фолієвої кислоти 800мкг на день за 3 місяці до зачаття;
 - артеріальна гіпертензія (тримання нормотензії, перехід на антигіпертензивні препарати, дозволені до застосування під час вагітності);
 - гіпотиреоз (корекція замісної терапії L-тироксином для досягнення еутиреїдного стану);
 - епілепсія (перехід на проти судомні засоби з меншою негативною дією на плід, збільшення дози фолієвої кислоти до 800мкг на день за 3 місяці до зачаття);
 - вади серця (радикальне хірургічне лікування за показаннями);
 - хвороби, що потребують постійної антикоагулянтної терапії (відміна тератогенних кумаринових похідних, призначення гепарину);
 - інші екстрагенітальні захворювання (хірургічне лікування, корекція терапії, досягнення ремісії хвороби);
 - виявлення та лікування ВІЛ інфекції.

Лікування звичного не виношування вагітності.

При встановленні етіологічного фактору невиношування проводять патогенетичне лікування, спрямоване на усунення патології, яка лежить в основі переривання вагітності.

З метою лікування звичного невиношування вагітності необхідно застосовувати лише **заходи з доведеною ефективністю**.

Лікування станів, які супроводжуються дефіцитом ендogenous прогестерону (недостатність лютеїнової фази, вилікуване безпліддя, вагітність в наслідок допоміжних репродуктивних технологій) є ефективним..

В групі жінок зі звичним викиднем застосування прогестерону з метою профілактики переривання вагітності демонструє статистично достовірне зниження частоти переривання вагітності в порівнянні з плацебо або відсутністю терапії .

Методика лікування прогестероном наведена вище.

Схема комбінованої терапії антифосфоліпідного синдрому після чітко встановленого діагнозу.

- **Аспірин 75 мг/добу.**

Прийом аспірину починають як тільки тест на вагітність стає позитивним та продовжують до пологів.

- **Нефракціонований гепарин 5 000 ОД** підшкірно кожні 12 годин або низькомолекулярний гепарин у середній профілактичній дозі

Застосування гепарину починають як тільки за допомогою УЗД зареєстрована серцева діяльність ембріону. Застосування гепарину припиняють в 34 тижні вагітності. При застосуванні нефракціонованого гепарину проводять контроль рівня тромбоцитів щотижнево протягом перших трьох тижнів, потім кожні 4 – 6 тижнів.

Якщо при попередніх вагітностях мали місце тромбози терапія може бути продовжена до пологів та в післяпологовому періоді.

Лікування істміко-цервікальної недостатності.

Лікування полягає в накладанні профілактичного чи лікувального шва на шийку матки. Операція проводиться в терміні 13 – 16 тижнів вагітності за наявності нижче вказаних умов:

- живий плід без видимих вад розвитку;
- цілий плідний міхур;
- відсутність ознак хоріонамніоніту;
- відсутність пологової діяльності та/або кровотечі;
- перший або другий ступінь чистоти піхви.

Профілактичний шов на шийку матки показаний:

- жінкам групи високого ризику, які мали в анамнезі два та більше самовільних викидні, або передчасні пологи в другому триместрі вагітності.

Терапевтичний шов на шийку матки показаний жінкам групи ризику з

Наступними УЗ даними:

- коротка шийка (менше 2,5 см) без клиноподібної трансформації цервікального каналу;
- коротка шийка (менше 2,5 см) в поєднанні з прогресуючою в динаміці клиноподібною трансформацією цервікального каналу;
- коротка шийка (менше 2,5 см) в поєднанні з прогресуючою в динаміці клиноподібною трансформацією цервікального каналу на 40 % та більше при одноразовому дослідженні.

Ургентний або лікувальний шов на шийку матки пропонують жінкам з моменту встановлення діагнозу.

Передчасні пологи — це пологи зі спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності або розродження за медичними показаннями із народженням плода масою більш 500 г у терміні вагітності з 22 тижнів до 37 тижнів.

Етіологія передчасних пологів

В термінах 22-27 тижнів причинами найчастіше є інфікування нижнього полюсу плідного міхура та його передчасний розрив, ПЦН.

В термінах гестації 28-33 тижні обумовлені різноманітними причинами: неправильне положення плода, передлежання плаценти, багатопліддя, багатоводдя, вади розвитку матки, імунологічні конфлікти при вагітності, пізні гестози, плацентарна недостатність, інфантилізм, екстрагенітальна патологія, інфекційні захворювання матері, негативний вплив навколишнього середовища, шкідливі звички, стреси тощо.

Класифікація передчасних пологів:

1. У відповідності з гестаційним віком новонародженого:
 - 22-27 тижнів — дуже ранні передчасні пологи
 - 28-33 тижні — ранні передчасні пологи — 34-36 тижні + 6 днів гестації — передчасні пологи
2. Залежно від тактики ведення:
 - 22-23 тижні
 - 24-34 тижні
 - 35-36 тижнів

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ

- Цервікометрія
- Визначення фетального фібронектину fFN у секреті шийки матки та піхви.

КЛІНІКА ЗАГРОЗИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ

- тягнучий біль в нижніх відділах живота та в крижах після 22 тижня вагітності, біль може мати нерегулярний переймоподібний характер, можлива дизурія;
- поява помірних слизових або слизово — кров'янисті виділень із статевих шляхів;
- поява водянистих виділень у разі передчасного вилиття навколоплідних вод.

Діагностика передчасних пологів

1. Фізикальне обстеження вагітної
2. Визначення ПРПО — візуальне виявлення витікання вод з цервікального каналу, за наявності сумнівів - застосування тесту
3. Загальноклінічне обстеження (загальний аналіз крові, сечі, визначення групи крові та резус фактору)
4. Бактеріологічне дослідження ректовагінального мазку на β -гемолітичний стрептокок
5. За наявності чинників ризику — обстеження на антифосфоліпідні антитіла та вроджені тромбофілії
6. УЗД з цервікометрією
7. КТГ — до 30 тижнів підтвердження наявності серцебиття у плода; після 30 тижнів — оцінка стану плода.

Лікування передчасних пологів

- У разі ПЦН після 22 тижнів з невисоким рівнем доказовості рекомендують використання акушерського песарію
- У разі безсимптомного вкорочення шийки матки при одноплідній вагітності призначення натурального прогестерону в вагінальній формі дозволяє попередити ПП
- У разі регулярної пологової діяльності або ПРПО в терміні 24-32 тижні призначення токолітичної терапії доцільне лише на 48 годин для повного курсу стероїдної профілактики
- У гестаційні терміни 24-32 тижнів та невідворотності пологів магnezіальна терапія з метою нейропротекції
- У разі ПРПО в терміні 24-34 тижні очікувальна тактика протягом 5 днів дозволяє досягти максимальної зрілості плода з мінімальним ризиком його інфікування
- У разі ПРПО антибактеріальна терапія дозволяє попередити розвиток хоріомніоніту
- Призначення препаратів ендogenous прогестерону одночасно з токолітичною терапією дозволяє збільшити час до розродження
- Курс стероїдної профілактики в терміні 24-34 тижні з високим рівнем доказовості дозволяє попередити або зменшити тяжкість дихальних розладів

В терміни 35-37 тижнів курс стероїдної профілактики є ефективним лише у разі програмованого розродження

Призначення повторного курсу стероїдної профілактики має на меті не профілактику дихальних розладів, а попередження внутрішньошлуночкових крововиливів та некротичного ентероколіту

СХЕМА ТОКОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Гексопреналін в дозі 10 мкг в 200 мл 0,9% розчину хлориду натрію довенно крапельно з швидкістю 20 крапель за хвилину або Ніфедіпін в дозі 10 мг сублінгвально кожні 6 годин не використовувати одночасно з бета-міметиками або

- Антагоніст окситоцинових рецепторів
- Індометацин дозі 50 мг двічі на день ректально (до 30 тижнів)

СХЕМА АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПРПО

Вагітним з ПРПО антибіотикопроділактика призначається до 34 тижнів вагітності з моменту госпіталізації, в 35-37 тижнів — через 18 годин від моменту розриву оболонки.

• 3 метою антибіотикопроділактики рекомендовані полусинтетичні пеніциліни широкого спектру дії.

• В якості антибіотиків резерву рекомендовані цефалоспорины II покоління.

• Вагітні з ПРПО, які мають інфекцію, потребують терапевтичних, а не профілактичних антибіотиків.

• Вагітні з ПРПО, які мають ідентифіковані інфекції статевих шляхів (наприклад, гонорея, хламідіоз, бактеріальний вагіноз), що не будуть усунені профілактичною схемою антибіотиків, повинні отримувати антибіотики, специфічно спрямовані на дану інфекцію.

СХЕМА МАГНЕЗІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ:

активна фаза I періоду пологів: — 16 мл 25% магнію сульфату розчиняють в 200 мл фізіологічного розчину та вводять внутрішньовенно крапельно протягом 1 години

16 мл 25% магнію сульфату розчиняють в 400 мл фізіологічного розчину, цей розчин вводять внутрішньовенно крапельно із швидкістю 100 мл/ годину протягом 4 годин

програмоване розродження в терміни 24-32 тижні: — 16 мл 25% магнію сульфату розчиняють в 200 мл фізіологічного розчину та вводять внутрішньовенно крапельно,

16 мл 25% магнію сульфату розчиняють в 400 мл фізіологічного розчину, цей розчин вводять внутрішньовенно крапельно із швидкістю 100 мл/год протягом 4 годин. Розпочати інфузію за 9 годин до початку операції, завершити за 4 години.

СХЕМА ІНТРАНАТАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФІКУВАННЯ БЕТА-ГЕМОЛІТИЧНИМ СТРЕПТОКОКОМ

з початком пологів ампіцилін 2 г в/в, потім по 1 г в/в кожні 4 год до народження дитини.

СХЕМА СТЕРОЇДНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ (ПРОФІЛАКТИКИ СДР ПЛОДА)

4 дози дексаметазону 6 мг в/м по з інтервалом в 12 годин або 2 дози бетаметазону 12 мг в/м з інтервалом в 24 години. Перевагу бетаметазону слід віддати за умови ПРПО або в активній фазі I періоду пологів.

ОЧІКУВАЛЬНА ТАКТИКА У РАЗІ ПРПО РЕКОМЕНДУЄТЬСЯ ПРИ:

Задовільному стані плода.

Відсутності ознак хоріоамніоніту (підвищення температури тіла $>38^{\circ}\text{C}$, лейкоцитоз $>15 \times 10^9$, тахікардія матері, тахікардія плода; патологічні виділення із матки, навколоплідні води з неприємним запахом або гнійні, позитивний С-реактивний білок якісним методом та більше 6 мг/л кількісним методом). Наявність двох або більше симптомів дає підстави для встановлення діагнозу хоріоамніоніту.

Відсутності протипоказань до вагінальних пологів.

Відсутності інших медичних або акушерських ускладнень, які є показаннями до ургентного розродження. Ознаки інфекції або інші ускладнення вагітності є показанням для припинення очікувальної тактики та розродження відповідно до клінічної ситуації.

СХЕМА ПРЕІНДУКЦІЇ ПОЛОГІВ ДИНОПРОСТОНОМ

Динопростон вводять в заднє склепіння піхви в дозі 1 мг. У разі відсутності пологової діяльності через 6 годин після I введення динопросту проводять повторний огляд:

- При незрілій шийці матки та задовільному стані плода вводять 1 мг динопростону інтравагінально (друга доза).

- При зрілій шийці матки починається індукція пологової діяльності окситоцином зранку о 6-7 годині.

При відсутності пологової діяльності через 6 годин після другого введення динопросту проводять повторний огляд:

- При зрілій шийці матки розпочинають пологозбудження окситоцином — зранку о 6-7 годині.

- При незрілій шийці матки — розродження шляхом кесарського розтину у плановому порядку.

Профілактика передчасних пологів

- Визначення пацієток груп ризику цервікометрією в 18-20 тижнів
- Призначення натурального прогестерону в профілактичній дозі вагінально
- Санація вогнищ інфекції
- Накладання терапевтичного шва на шийку матки у разі ПЦН до 22 тижнів за згодою жінки та рішенням консилиуму
- Виявлення та лікування екстрагенітальної патології
- Пропаганда здорового способу життя, відмови від шкідливих звичок