

**Самопроизвольный аборт.
Искусственный аборт.
Методы прерывания беременности
на ранних сроках.**



Выполнила: студентка 526 группы
Мячина Екатерина

Аборт (от лат. Abortus – выкидыш)

- это прерывание беременности до срока, при котором плод становится жизнеспособным.

По определению ВОЗ (1992) выкидышем считается беременность, прервавшаяся до 22 нед. при массе плода до 500 г.

Классификация

□ По срокам прерывания:

- ранние (до 16 недель)
- поздние (свыше 16 недель)

□ По характеру возникновения

- Самопроизвольные (спонтанные)
- Искусственные (медицинские и криминальные)



Самопроизвольный

-нередкое осложнение беременности, частота до 15 %

аборт

Фактор

1. Патология матки

ы

- ✓ Аномалии развития матки (перегородка, седловидная, двурогая)
- ✓ Синехии полости матки (синдром Ашермана)
- ✓ Истмико-цервикальная недостаточность
- ✓ Гипоплазия матки
- ✓ Миома матки
- ✓ Аденомиоз

2. Аномалии хромосомного аппарата

3. Иммунологические нарушения

4. Эндокринная патология

5. Инфекционный фактор

6. Соматические заболевания и интоксикации

7. Психический фактор



Любая из вышеперечисленных причин в конечном счете приводит к усилению сократительной активности матки, отделению плодного яйца от стенки матки и его изгнанию.

В I и начале II триместра (до полного формирования плаценты) плодное яйцо отделяется и выделяется из матки без вскрытия плодного пузыря.

В более поздние сроки при сформировавшейся плаценте прерывание беременности происходит по типу родового акта: раскрывается шейка матки, изливаются околоплодные воды, рождается плод, а затем — послед.



В *клиническом течении* самопроизвольного аборта различают следующие стадии:

❖ **угрожающий аборт (а)**

~характерно усиление сократительной активности матки, но плодное яйцо полностью сохраняет связь с маткой

❖ **начинающийся аборт (б)**

~происходит частичная отслойка плодного яйца и появление небольших кровянистых выделений

❖ **аборт «в ходу» (в, г)**

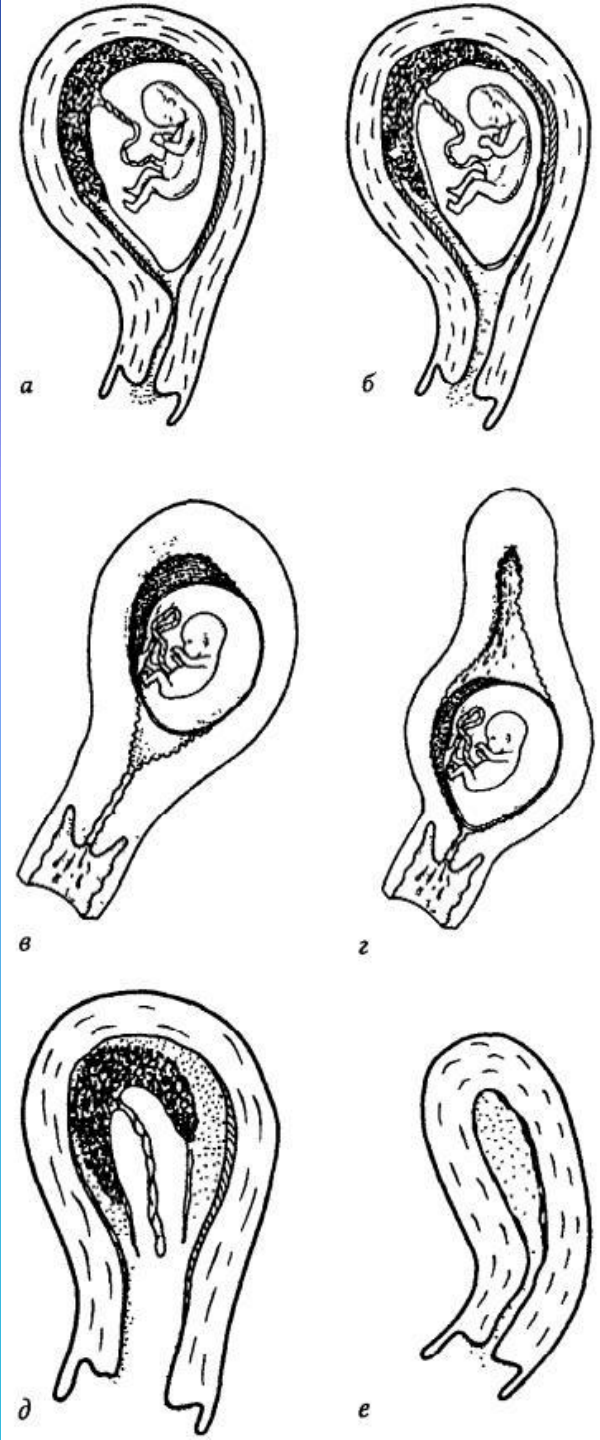
~плодное яйцо теряет связь с плододвместием и опускается в нижний отдел матки или шейчный канал

❖ **неполный аборт (д)**

~когда часть плодного яйца вышла за пределы матки, а в полости матки содержатся лишь его остатки

❖ **полный аборт (е)**

~плодное яйцо отторгается целиком, в матке могут остаться только части децидуальной оболочки



В *клиническом течении самопроизвольного аборта* различают следующие стадии:

❖ **угрожающий аборт (а)**

- ~ слабые ноющие боли в нижних отделах живота и/или в крестце
- ~ Кровотечение отсутствует

❖ **начинающийся аборт (б)**

- ~ боли усиливаются, иногда приобретаю схваткообразный характер
- ~ Появление небольших кровянистых выделений из шеечного канала, но возможно и их отсутствие

❖ **аборт «в ходу» (в, г)**

- ~ сильные схваткообразные боли в нижних отделах живота
- ~ Обильное кровотечение

❖ **неполный аборт (д)**

- ~ Уменьшение болей на фоне продолжающегося кровотечения разной степени выраженности: от небольшого до обильного, приводящего к развитию геморрагического шока

❖ **полный аборт (е)**

Клинические проявления самопроизвольного аборта зависят от

▪ **срока беременности**

Угрожающий выкидыш проявляется незначительными болями внизу живота. Начавшийся выкидыш сопровождается усилением болевых ощущений и возможным появлением скудных кровянистых выделений. Для аборта «в ходу» характерно резкое усиление болей схваткообразного характера и обильное кровотечение. Для неполного аборта типично уменьшение болей на фоне продолжающегося кровотечения разной степени выраженности. При полном аборте боли затихают и кровотечение прекращается.

▪ **формы аборта**

▪ **этиологического фактора**

Генетические факторы приводят к выкидышу в ранние сроки беременности. Аборт, причиной которого является истмико-цервикальная недостаточность, происходит во II триместре, начинается с излития околоплодных вод и заканчивается быстрым рождением плода на фоне слабых

Диагностик

а

Общее состояние больной может быть обусловлено как самой беременностью, так и степенью кровопотери, связанной с формой самопроизвольного выкидыша. Длительные небольшие кровотечения приводят к анемизации больной, выраженность которой обуславливает состояние женщины. Острая кровопотеря может вызвать шоковое состояние.

Данные гинекологического исследования при угрожающем выкидыше свидетельствуют о соответствии размеров матки сроку задержки менструации.

Матка реагирует на пальпацию сокращением. Структурных изменений со стороны шейки матки нет.

При начавшемся выкидыше шейка матки может быть несколько укороченной со слегка зияющим наружным зевом.

Спазмированное тело матки, соответствующее сроку беременности, и нижний полюс плодного яйца, легко достигаемый через шейечный канал, свидетельствуют об аборте «в ходу». При неполном аборте размеры матки меньше срока беременности, а шейечный канал или наружный зев приоткрыт.

В качестве дополнительных методов диагностики самопроизвольного прерывания беременности может быть использована

❖ Кольпоцитология,

Кариопикнотический индекс (КПИ) в первые 12 нед. беременности не должен превышать 10 %, в 13—16 нед. он равняется 3—9 %, в более поздние сроки КПИ держится в пределах 5 %.

Повышение КПИ свидетельствует об угрозе прерывания беременности и требует гормональной коррекции.

❖ Гормональные исследования

Прогностическую ценность имеет определение в плазме крови хориогонина,

эстрадиола и прогестерона. Прерывание беременности в I триместре становится весьма реальным, если уровень β ХГ ниже 10 000 мМЕ/мл, прогестерона —

ниже 10 нг/мл, эстрадиола — ниже 300 нг/мл.

❖ УЗИ

Эхографическими признаками угрожающего выкидыша на ранних сроках беременности являются: расположение плодного яйца в нижних отделах матки; появление нечетких контуров, деформации, перетяжек плодного яйца. С конца I триместра беременности при угрозе ее прерывания можно выявить участки отслойки плаценты, измерить диаметр перешейка. Диаметр внутреннего зева в норме должен быть менее 5 мм.

Лечени

Лечение женщин с угрожающим и начавшимся самопроизвольным выкидышем должно осуществляться только в условиях стационара. Комплекс лечебных мероприятий включает:

1. ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ

2. ПОЛНОЦЕННУЮ, СБАЛАНСИРОВАННУЮ, БОГАТУЮ ВИТАМИНАМИ ДИЕТУ;

3. ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, СНИЖАЮЩИХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ

~в I триместре беременности лучше ограничиться настоем корня валерианы или травы пустырника.

~во II триместре можно применять транквилизаторы (сибазон, диазепам, реланиум).

4. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ, РАССЛАБЛЯЮЩИХ ГЛАДКУЮ МУСКУЛАТУРУ МАТКИ

Спазмолитическая терапия возможна при угрозе прерывания беременности

любого срока. Используют следующие препараты:

- **папаверин** в таблетках (0,02 – 0,04 г), в свечах (0,02 г), в виде инъекций (2 мл 2 % раствора);

- **но-шпу** в таблетках (0,04 г) или в виде инъекций (2 мл 2 % раствора);

- **метацин** в таблетках (0,002 г) или в инъекциях (1 мл 0,1 % раствора);

- **баралгин** по 1 таблетке 2 – 3 раза в день или внутримышечно по 5 мл;

- **магния сульфат** 20 мл 25 % раствора разводят в 200 – 400 мл

физиологического раствора и вводят внутривенно, или по 10 мл 25 %

После 16 недельного срока беременности используется токолитическое действие β -адреномиметиков. В отечественной практике наибольшее применение нашли гинипрал, партусистен, бриканил.

2 мл 0,005 % раствора *гинипрала* разводят в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида или 5 % раствора глюкозы. Полученный раствор вводят внутривенно со скоростью 10–12 капель в минуту; длительность инфузии 4–6 ч. Затем можно перейти на прием таблеток по 0,0005 г каждые 3–4 ч.

По сходной схеме назначают *партусистен*:

10 мг 0,005 % раствора разводят в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутривенно по 10–12 капель в минуту. Длительность инфузии 7–8 ч; за 30 мин до окончания переходят на прием таблеток по 0,0005 г каждые 4–6 ч.

Подобным способом применяется *бриканил*:

1 мл 0,05 % раствора которого разводят в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида. Таблетки, содержащие 0,0025 г препарата, назначают по обычной схеме.

В некоторых случаях можно не прибегать к инфузии β -адреномиметиков, ограничившись приемом их внутрь.

Курс лечения гинипралом, партусистеном или бриканилом составляет 2–4 нед. β -адреномиметики могут вызывать тахикардию, снижение артериального давления, потливость, тошноту, мышечную слабость. Для уменьшения этих побочных явлений назначаются блокаторы кальциевых каналов: изоптин или верапамил по 0,02–0,04 г 2–3 раза в сутки, нифедипин по 0,01–0,02 г 2–3 раза в день. Все эти препараты и сами оказывают некоторое тормозящее действие на сократительную деятельность матки.

5. ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ

Гормональные средства для лечения угрожающих и начавшихся выкидышей

используются довольно часто. Показаниями для этого служат недостаточность

функции яичников, установленная до беременности, или результаты кольпоцитологических и гормональных исследований во время беременности.

При недостаточности желтого тела в I триместре беременности назначают

- ✓ **утрожестан** (микронизированный прогестерон) по 100 мг 2–3 раза в сутки внутрь либо интравагинально, или **дюфастон** (дидрогестерон) по 10 мг внутрь 2–3 раза в сутки, причем доза первого приема должна быть увеличена до 20–40 мг. Можно использовать для внутримышечных инъекций 1 % или 2,5 % раствор прогестерона по 1 мг в сутки или 12,5 % раствор 17-оксипрогестерона капроната по 1 мг в сутки. При благоприятных результатах лечения дозу можно увеличивать до 20–40 мг в неделю. Курс лечения недельного срока беременности можно проводить, постепенно снижая дозу.



Иногда в I триместре беременности гестагены приходится сочетать с эстрогенами. Показаниями для этого служат:

- наличие гипоплазии матки;
- гипофункция яичников, установленная до беременности;
- появление кровянистых выделений;
- участок отслойки плодного яйца, установленный с помощью УЗИ;
- низкая эстрогенная насыщенность организма по данным определения КПИ или по результатам исследования эстрадиола в сыворотке крови.

В качестве эстрогенных препаратов можно использовать таблетки микрофоллина (этинилэстрадиол) по 0,05 мг, эстрофема (эстрадиол) по 2 мг, прогиновы (эстрадиола валерат) по 2 мг или гель для трансдермального применения:

дивигель или эстрожель по 0,5—1,0 мг эстрадиола.

5. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ.

К физиотерапевтическим процедурам, оказывающим действие на центральные и периферические механизмы, регулирующие сократительную деятельность матки, относятся:

- эндоназальная гальванизация;
- электрофорез магния синусоидальным модулированным током;
- индуктотермия области почек;
- электрорелаксация матки с помощью переменного синусоидального тока.

При истмико-цервикальной недостаточности медикаментозные и физические методы лечения являются вспомогательными. Основным методом терапии

в подобных случаях считается хирургическая коррекция, которую целесообразно проводить в 12–16 нед. беременности.

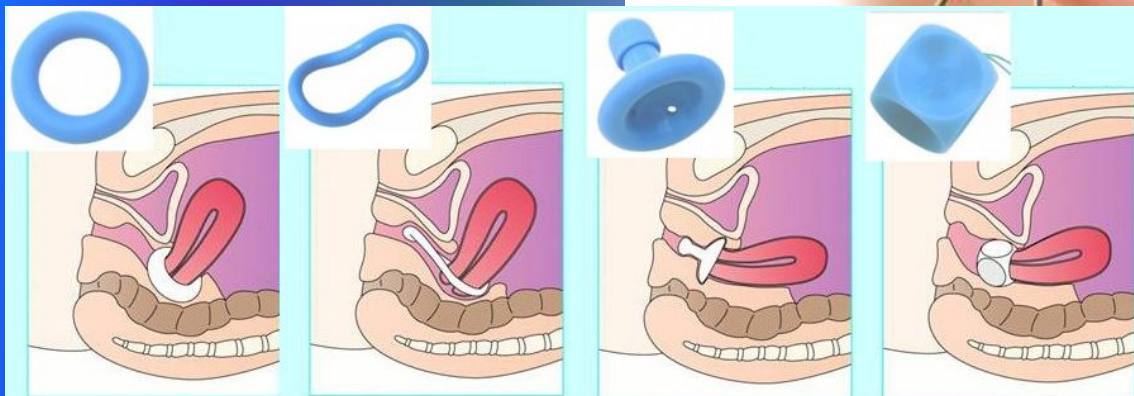
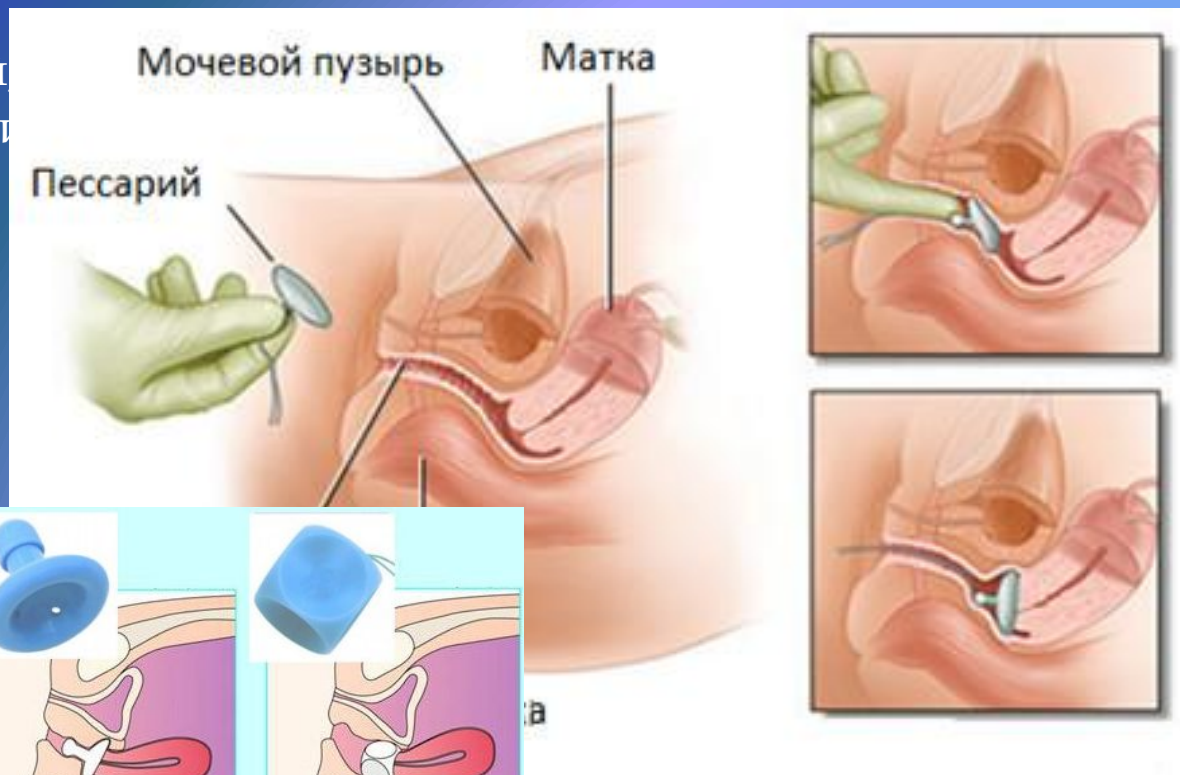
Без хирургического вмешательства коррекцию истмико-цервикальной недостаточности можно осуществлять, используя

акушерский

разгружающий пессарий

несостоятельную шейку и

замыканию.

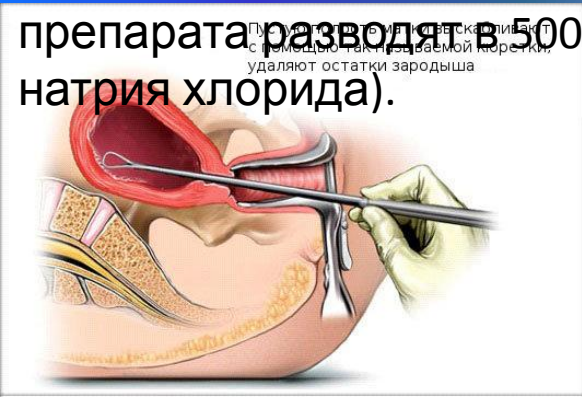
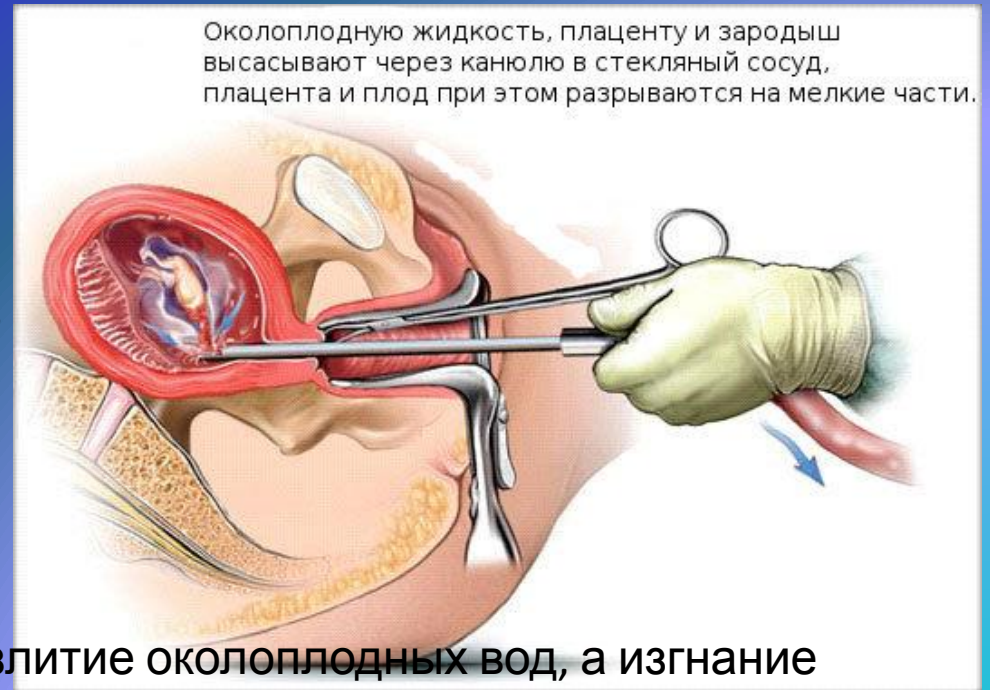


При отсутствии эффекта от лечения или при позднем обращении больной за медицинской помощью происходит потеря связи плодного яйца с плодместилищем, сопровождающаяся усилением кровотечения. Сохранение беременности становится невозможным.

Если аборт «в ходу» или неполный аборт диагностируется в I триместре беременности, то неотложная помощь состоит в опорожнении полости матки с помощью кюретки или вакуум-экстрактора, чем достигается быстрая остановка кровотечения.

Во II триместре нередко происходит излитие околоплодных вод, а изгнание плода и последа задерживается. В таких случаях необходимо добиться быстрого изгнания плодного яйца путем внутривенного введения окситоцина (5 ЕД окситоцина на 500 мл 5 % раствора глюкозы) или простагландина F₂ (5 мг

препарата разводят в 500 мл 5 % раствора глюкозы или изотонического раствора натрия хлорида). После рождения плодного яйца даже при отсутствии видимых дефектов плацентарной ткани или оболочек показано выскабливание стенок полости матки большой тупой кюреткой. Если происходит задержка отделения и выделения последа, то производят инструментальное опорожнение матки с помощью абортцанга и кюретки.



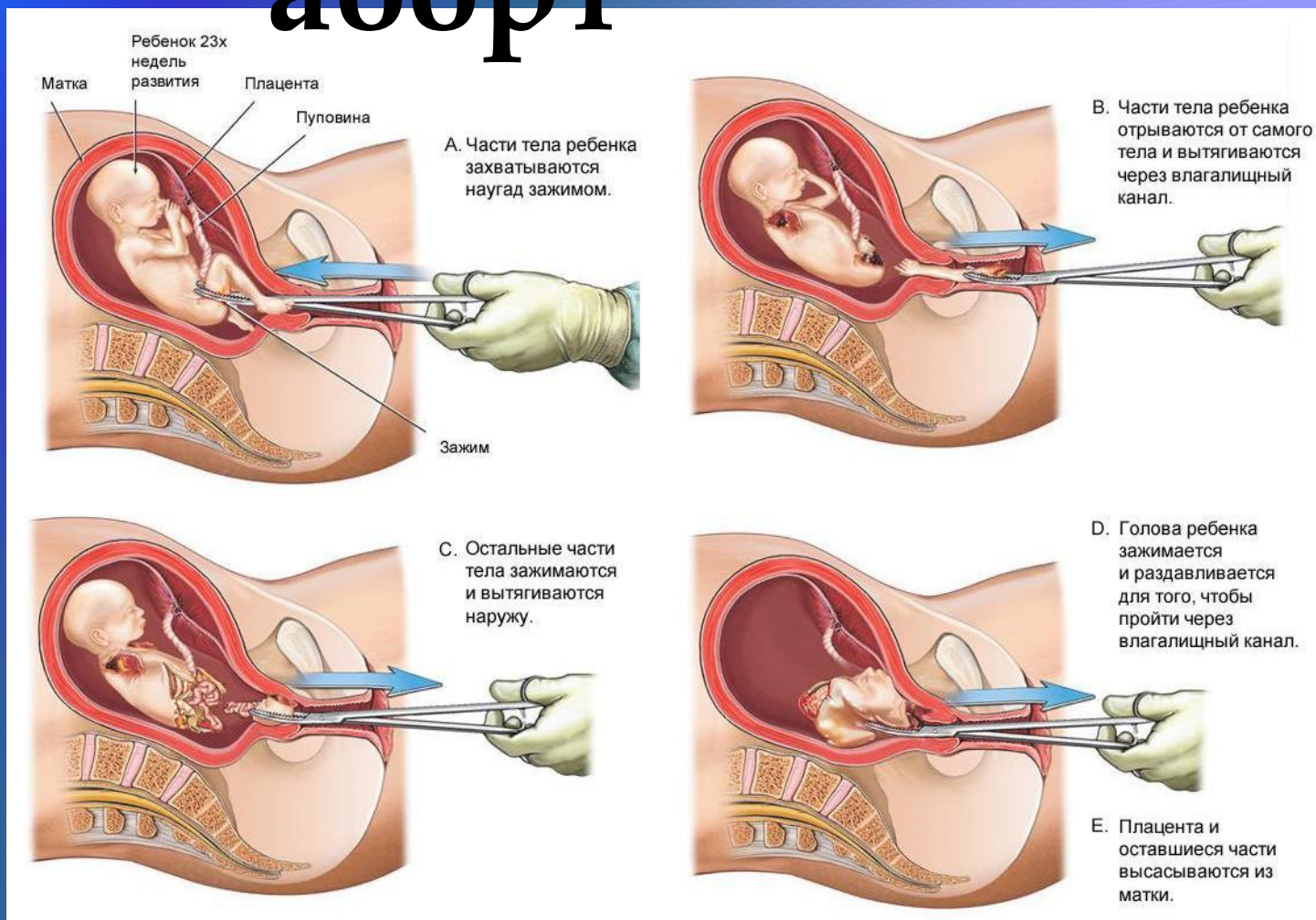
Искусственный аборт

Виды:

□ хирургический (инструментальный)

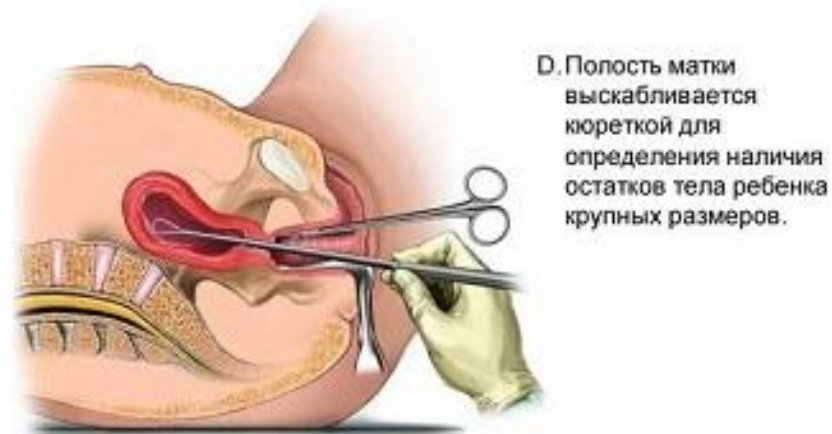
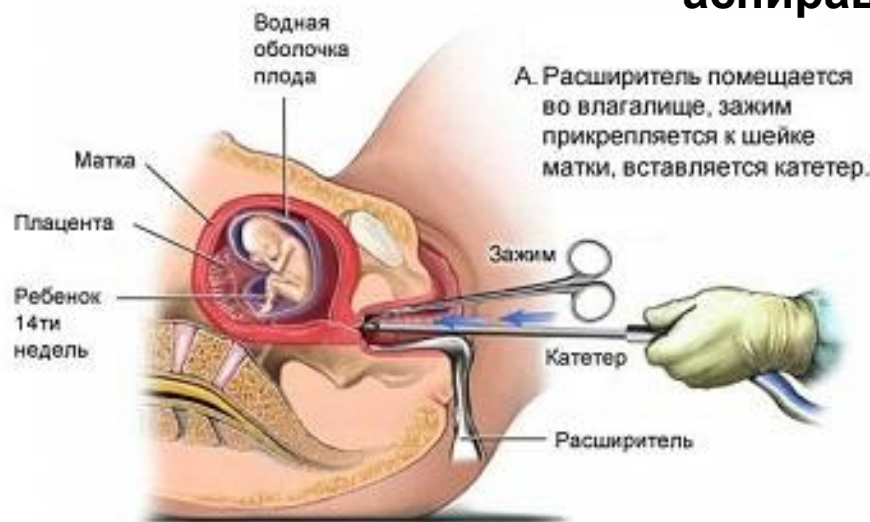
- вакуумная аспирация
- дилатация и кюретаж
- дилатация и эвакуация
- малое кесарево сечение
- искусственные роды

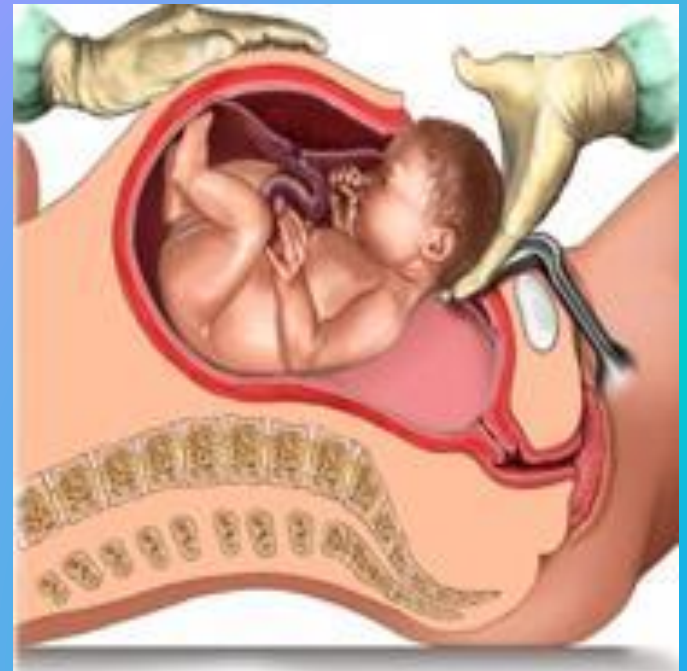
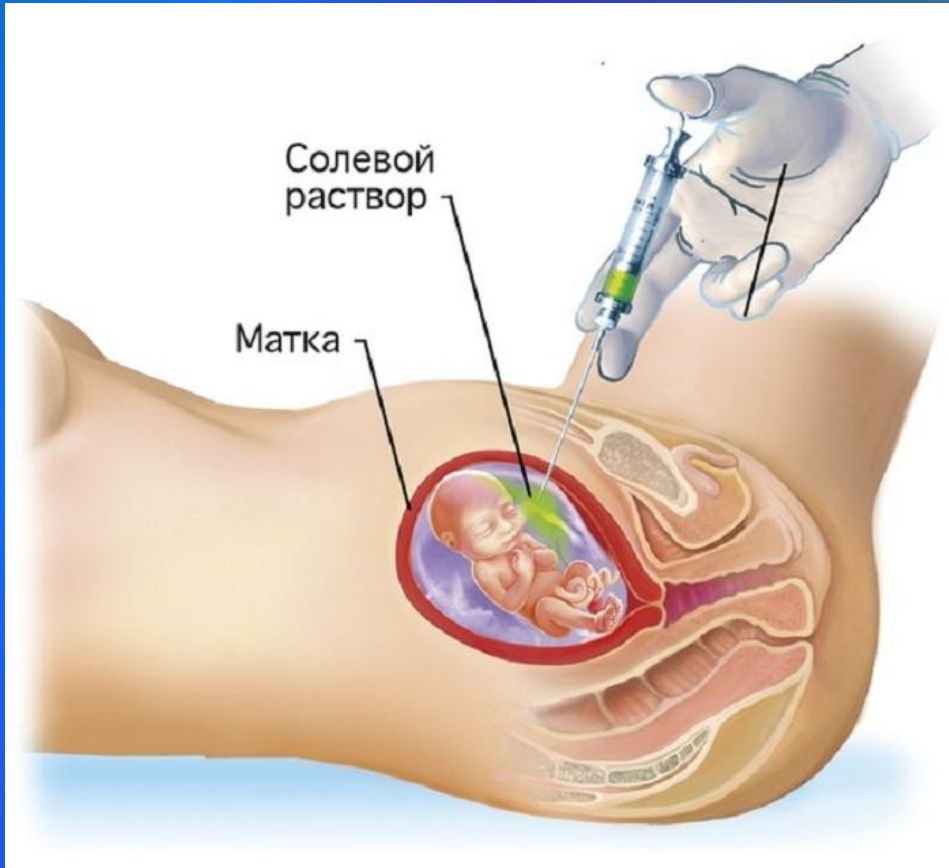
□ медикаментозный



Дилатация и кюретаж

Вакуумная аспирация





Методы прерывания беременности на ранних сроках.

Методы искусственного прерывания беременности в I триместре:

- ❖ Ручная или электрическая вакуумная аспирация (до 12 недель беременности)
- ❖ Медикаментозный аборт с применением мифепристона и последующим назначением мизопростола (до 9 недель беременности или 63 дней от первого дня последней нормальной менструации)

Дилатация шейки матки и кюретаж признаны устаревшими методами хирургического аборта и не рекомендованы для применения в клинической практике при прерывании беременности до 12 недель.

Лекарственные средства, сертифицированные в РФ для медикаментозного прерывания беременности:

- I. Мифепристон, таблетки 200 мг (антагонист прогестероновых рецепторов)
- II. Мизопростол, таблетки 200 мкг (синтетический аналог простагландина E1)

Показани

- I. Желание пациентки прервать незапланированную беременность сроком до 9 недель (до 63 дней от первого дня последней менструации)
- II. Наличие медицинских показаний к прерыванию беременности (включая замершую беременность в сроках до 63 дней аменореи)

Медикаментозный аборт может так же может быть использован, если срок беременности не превышает допустимый срок для метода (согласно рекомендациям ВОЗ 2014 – до 22 недель), а состояние здоровья женщины позволяет использовать препараты медикаментозного прерывания беременности с учетом их противопоказаний.



Противопоказания



- подозрение на внематочную беременность
- беременность сроком более 63 дней аменореи
- индивидуальная непереносимость мифепристона и/или мизопростола
- надпочечниковая недостаточность и/или длительная глюкокортикоидная терапия
- острая или хроническая печеночная или почечная недостаточность
- наследственная порфирия
- миома матки больших размеров (более 4 см)
- анемия (гемоглобин менее 100 г/л)
- нарушение гемостаза (в т.ч. предшествующая терапия антикоагулянтами)
- острые воспалительные заболевания женских половых органов
- наличие тяжелой экстрагенитальной патологии
- курение у женщин старше 35 лет без предварительной консультации терапевта
- кахексия
- заболевания, связанные с простагландиновой зависимостью или противопоказаниями к применению простагландинов: глаукома, бронхиальная астма, артериальная гипертензия
- эндокринопатии и заболевания эндокринной системы, в т.ч. сахарный диабет
- гормонально-зависимые опухоли
- период лактации

Дозы и пути введения мифепристона и мизопростола

Прерывание беременности сроком до 9 недель (63 дней)

- Мифепристон назначают внутрь в дозе 200 мг.
- Мизопропрост рекомендуют назначать через 1–2 дня (24–48 часа) после приема мифепристона.
- Рекомендуемая доза мизопростола для интравагинального, защечного или сублингвального применения – 800 мкг.
- Рекомендуемая доза мизопростола для приема внутрь – 400 мкг.
- При прерывании беременности сроком до 7 недель (49 дней) возможно интравагинальное, защечное, сублингвальное применение мизопростола, а также его назначение внутрь. Если срок беременности превышает 7 недель, назначать мизопропрост внутрь не следует.
- При прерывании беременности сроком до 9 недель (63 дней) возможно интравагинальное, защечное или сублингвальное применение мизопростола.

Прерывание беременности сроком 9–12 недель (63–84 дня)

- Мифепристон назначают внутрь в дозе 200 мг, затем через 36–48 часов применяют:
- Мизопропрост, 800 мкг интравагинально в лечебно-профилактическом учреждении, затем в дозе 400 мкг интравагинально или сублингвально каждые 3 часа, но не более 4 раз.

Прерывание беременности сроком более 12 недель (84 дней)

- Мифепристон назначают внутрь в дозе 200 мг, затем через 36–48 часов применяют:
- Мизопропрост, 400 мкг внутрь или 800 мкг интравагинально, затем в дозе 400 мкг интравагинально или сублингвально каждые 3 часа (всего максимум 5 доз), в лечебно-профилактическом учреждении. При прерывании беременности сроком более 24 нед доза мизопростола должна быть снижена вследствие более высокой чувствительности матки к простагландинам, однако отсутствие клинических исследований не позволяет дать рекомендации по дозировке.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОТОКОЛА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ

1-й визит

- Консультация
- Обследование (сбор анамнеза, физикальное обследование, гинекологическое обследование, УЗИ, лабораторные



2-й визит

- Выбор метода прерывания беременности
- Оформление информированного согласия
- Мифепристон однократно внутрь в дозе 200 мг (1 таблетка), согласно рекомендации ВОЗ 2012 или 600 мг (3 таблетки), согласно инструкции препарата.
- Динамическое наблюдение в течение 1-2 часов, затем пациентка отпускается домой.

3-й визит

- Осуществляется через 24-48 часов
- Мизопростол 400 мкг (2 аблетки) внутрь при сроке до 49 недель или 800 мкг (4 таблетки) сублингвально, буккально или вагинально при задержке до 63 дней
- Динамическое наблюдение в течение 3-4 часов, если в течение этого времени не появляются кровянистые выделения, назначают повторную дозу мезопростала 400 мкг перорально или сублингвально, и наблюдают в течение 1-1,5 часа

Клинические проявления медикаментозного аборта аналогичны проявлениям самопроизвольного аборта и включают схваткообразную боль, обусловленную сокращением матки, и длительное менструальноподобное кровотечение.

4-й визит

- Контрольный визит, не ранее 14-го дня от приема мифепристона
- Оценка эффективности осуществляется на основании положительного исхода, подтвержденного гинекологическим осмотром (нормальные размеры матки, отсутствие болезненных ощущений, незначительные слизисто-кровянистые выделения), УЗИ (отсутствием плодного яйца в матке, а так же его элементов и состояния эндометрия) и клинического обследования (снижение уровня β -ХГЧ в периферической крови)

Возможные осложнения и побочные эффекты:

- ✓ Боль
- ✓ Кровотечение
- ✓ Озноб, температура
- ✓ Инфекционные осложнения
- ✓ Тошнота, рвота
- ✓ Головокружение, обмороки
- ✓ Диарея
- ✓ Аллергические реакции
- ✓ Неполный аборт
- ✓ Прочие осложнения



ость

Используемая

литература:

1. Айламазян Э. К. "Гинекология", СПб.: СпецЛит, 2013
2. «Медикаментозное прерывание беременности»
Клинические рекомендации (протокол лечения)
Москва 2015
3. «Искусственный аборт и его последствия» Российский
медицинский журнал, Ледина А.В., Куземин А.А. 2015