Конспект презентації :

" Синдром потери плода"

*Проф.Б.М.Венцковский*   
  
Синдром потери плода

1. Один или более самопроизвольных абортов или неразвивающихся беременностей в сроке 10 и более недель;
2. Три и более абортов в сроке до 8 недель;
3. Мёртворождение;
4. Неонатальная смерть.

Этим термином пытались расширить проблему невынашивания беременности.

**Причины, приводящие к синдрому потери плода разнообразны**.

Одни непосредственно приводят к закладке аномального эмбриона, другие создают неблагоприятные условия для его развития: *генетические,*

*эндокринные,*

*инфекционно – воспалительные,*

*иммунологические,*

*анатомические*

*и тромбофилические причины*.

Уже этот перечень причин свидетельствует, что не только просчеты акушеров и неонатологов определяют перинатальную смертность. Расшифровка понятия «синдром потери плода» охватывает по сути всё акушерство - от зачатия и включая ранний неонатальный период.

Исследования, проведенные согласно требованию доказательной медицины, показали, что около 50 % спорадических ранних потерь беременности обусловлены *хромосомными дефектами*. В сроке 6-8 недель аномальный кариотип имеют до 80% абортусов, в 11-16 недель до 25 %, начиная с 17 недели только

2-5%.

Самым значительным классом хромосомным аномалий являются *трисомии по аутосомным хромосомам*. При наличии аберраций эмбриогенез либо вообще невозможен, либо резко нарушается на ранних стадиях развития. При этом возникает диссинхронизация процессов развития зародыша, развития плаценты и индукции дифференциации и миграции клеток – гибель зародыша. На этом факте основан **отказ в ряде стран от «сохраняющей терапии до 11-12 недели беременности».**

Можем ли мы пойти по такому пути?

* Можем ли мы пойти по такому пути?
* Эндокринные факторы  
  потери плода:

1. Дефект лютеиновой фазы;
2. Синдром поликистоза яичников;
3. Заболевание щитовидной железы;
4. Сахарный диабет.

Все эти заболевания в конечном счете реализуются *структурно – функциональной недостаточностью желтого тела яичника*. При этом возникает состояние гипопрогестеронемии, которое вызывает незавершенную гравидационную трансформацию эндометрия, нарушение имплантации и потерю беременности.

Среди ведущих этиологических

факторов потери плода следует особое внимание обратить на инфекционный.

При неразвивающейся беременности *вирусно – бактериальные ассоциации*

выявляются у 70-80%. Абсолютно доказано, что относительная иммуносупрессия, характерная для беременности, может быть одним из факторов реактивации

латентной вирусо – бактериальной инфекции с диссеминацией её в организмах матери и плода.Инвазия хориодецидуальной ткани патогенными микроорганизмами активирует продукцию цитокинов плодными оболочками. В свою очередь эндотоксины и цитокины стимулируют синтез простагландинов.

* **Для снижение риска потери плода вследствие инфекционно – воспалительных факторов, проводится лечение на предгравидарном этапе до наступления следующей беременности:**
* антибиотики после антибиотикограммы,
* антимикотики,
* системная энзимотерапия,
* иммуномодуляторы с учётом показателей интерферонового статуса,
* восстановление нормального биоценоза.

При диагностировании *вирусной* инфекции – ацикловир, валацикловир(валтрекс), фамцикловир в лечебном и супрессивном режиме.

* Иммунологические факторы потери плода

Системная красная волчанка, миастения, аутоиммунный тиреоидит и антифосфолипидный синдром АФС – является причиной потери плода в 20-25% случаев, характеризуется симптомокомплексом, включающим рецидивирующие артериальные или венозные тромбозы, повышенные уровни антифосфолипидных антител (волчаночный антикоагулянт, антитела к антикардиолипину, средний или высокий уровень иммуноглобулина G, антитела к β-2-гликопротеину).

АФС относится к приобретенным аутоиммунным тромбофилиям, которые характеризуются повышенным свертыванием крови.

АФА изменяют адгезивные характеристики предимплантационной морулы, усиливают протромботические механизмы и диссинхронизируют процессы фибринолиза и фибронообразования, что приводит к дефектам имплантации и снижению глубины децидуальной инвации трофобласта – как следствие, к потери беременности.

* **ВЫВОДЫ  
  С целью предупреждения развития   
  синдрома потери плода необходимо:**

1. Планирование беременности с выделением групп риска относительно

всех факторов, которые могут привести к потере плода.

2. Группы риска должны на предгравидарном этапе пройти обследование (см. ниже) и соответствующее лечение выявленных отклонений.

3. Если в стационар поступает не обследованная беременная с угрозой аборта или начавшимся абортом *в сроке гестации до 6 недель практически нет шансов сохранения беременности*. Тем более, что гибель эмбриона в эти термины беременности наступает раньше появления клинической симптоматики.

А чем дольше замершее плодное яйцо находится в матке, тем больше возникает осложнений при этой и последующих беременностях.

4. Если в аналогической ситуации оказывается беременная в сроке более 7-8 недель показано назначение прогестерона.

5. Учитывая полиморфизм факторов, способных привести к потери плода, абсолютно все женщины перенесшие первый эпизод потери беременности должны пройти комплексное обследование с соответствующей коррекцией выявленных отклонений, которые были отмечены раньше.

6. Стандартное обследование таких пациенток должно включать:

1. ПЦР – диагностика сексуально – трансмиссивных инфекций;
2. Бактериологическое исследование отделяемого из влагалища и матки;
3. Гормональное обследование (половые стероиды, тиреоидные гормоны, сахар крови натощак и с нагрузкой);
4. Исследование системы гемостаза с определением волчаночного антикоагулянта и антител к антикардиолипину;
5. Определение иммуннорезистентности;
6. УЗИ органов малого таза;
7. Медико – генетическое консультирование с определением кариотипа родителей.