План

Введение

1. Определение выкидыша
2. Классификация выкидышей
3. **Этиология**
4. Клиника в зависимости от классификации
5. Неотложная помощь и лечение

**Заключение**

**Использованная литература**

Введение

Самый таинственный период в жизни каждой женщины, когда происходит расцвет ее женского начала – это беременность. Рождение ребенка – важное событие в жизни любой семьи. Но, к сожалению, **выкидыши** случаются чаще, чем можно бы было подумать: примерно одна четверть беременностей заканчивается выкидышем, часто еще задолго до того, как женщина узнает о своей беременности.

Подавляющее **большинство выкидышей** случаются во время первого триместра беременности, и только 1% происходит после 20 недель развития плода. Женщины, не испытывающие утренней тошноты и дурноты, более склонны к выкидышам, скорее всего по причинам гормонального сбоя. Но разумеется, это применимо не ко всем, и очень много женщин, не испытывая утренней тошноты, благополучно донашивают беременность до конца.

Многие исследования показывают также, что выкидыши у женщин после 35 лет происходят в 2 раза чаще, чем у более молодых женщин. Хотя во многом это также зависит от здоровья женщин и имеющихся в анамнезе беременностей и выкидышей.

1. Определение выкидыша

Выкидышем считается прекращение беременности вследствие рождения плода до истечения [28 недель](http://maxybaby.net.ua/index.php?loc=calendar-of-pregnancy&week=28), когда он еще нежизнеспособен. Недели считаются от первого дня последних месячных, предполагая у женщины регулярный 28-дневный месячный цикл, поскольку точная дата оплодотворения обычно неизвестна. Таким образом, 28 недель беременности - это [26 недель](http://maxybaby.net.ua/index.php?loc=calendar-of-pregnancy&week=26) с момента оплодотворения, потому как при регулярном 28-дневном цикле овуляция и оплодотворение наступают примерно на 12-14-й день после первого дня месячных.

Самопроизвольное прерывание беременности, как уже отмечалось, довольно частое явление. Сложно с точностью определить его масштабы, поскольку множество абортов происходит на очень ранних стадиях, когда женщина еще даже не знает, что беременна. Эти выкидыши, как правило, связаны с неправильным прикреплением оплодотворенной яйцеклетки к стенке матки. Яйцеклетка удаляется из организма во время менструации, которая может начаться немного с опозданием и сопровождаться более обильными, чем обычно, выделениями. В соответствии с результатами клинических исследований, на этом этапе происходит самопроизвольное прерывание около 25% беременностей. Если говорить о частоте выкидышей, подтвержденных клинически, она также находится на высоком уровне: от 10 до 20%. Угроза прерывания беременности значительно снижается после завершения первого триместра. По оценкам, в течение первых [12 недель](http://maxybaby.net.ua/index.php?loc=calendar-of-pregnancy&week=12) прерывается каждая 6-я беременность, а в течение следующих 12 недель - каждая 50-я. Риск аборта увеличивается при множественной беременности, особенно в случае вынашивания однояйцевых близнецов, возрастает он и с увеличением числа плодов.

2. Классификация выкидышей

Классификация выкидышей:

Период беременности делится на три триместра:

* первый триместр длится с начала беременности до конца 12-й недели;
* второй триместр длится от начала 13-й до конца 24-й недели;
* третий триместр длится от начала 25-й недели до родов.

Классификация выкидышей:

• по срокам — ранние и поздние;

• по причине — самопроизвольные, искусственные медицинские и криминальные;

• по клинике - угрожающие, начавшиеся, в ходу, неполные и полные.

Ранними считают выкидыши, происшедшие до 12—14 недель, поздние — до 28 (22 недель).

Самопроизвольным выкидышем (или самопроизвольным абортом) называется самопроизвольное прерывание беременности до срока 28 недель (по классификации ВОЗ - включая 22 недели беременности).

Кроме самопроизвольных бывают искусственные выкидыши, которые разрешены по желанию женщины до срока 12 недель, по социальным причинам - до 22 недель. По медицинским показаниям также стараются прервать беременность до 12 или хотя бы до 22 недель, но если дальнейшее продолжение беременности опасно или бесперспективно, то прерывание проводится в любом сроке (например, при тяжелом гестозе, гибели плода).

Криминальным называется прерывание беременности без лицензии, недозволенными методами. При этом часто возникают тяжелые и даже смертельно опасные осложнения.

По клиническому течению выделяют следующие стадии выкидыша:

• угрожающий выкидыш, для которого характерны ноющие боли внизу живота и в пояснице, повышение тонуса матки. Выделений из матки не должно быть, изменения со стороны шейки незначительные. Иногда об этой стадии выкидыша судят по явлениям гормональной недостаточности при исследовании мазков на угрозу; Кровотечение из родовых путей на ранних сроках беременности - очень распространенная проблема, которая имеет место в одном из четырех случаев. Иногда кровотечения сопровождаются болями в низу живота или в области поясницы. Случается, что за несколько дней до этого проходит утренняя тошнота и плохое самочувствие, а женщины говорят, что перестали "чувствовать себя беременными". Во многих случаях кровотечение незначительно и прекращается самостоятельно, а его источник не удается определить. Внутриматочное кровотечение сигнализирует об угрозе выкидыша или [внематочной беременности](http://maxybaby.net.ua/index.php?loc=parents_encyclopaedia&litera=3&word=56) (когда плод находится вне полости матки). Кровотечение может также происходить из шейки матки, указывая на вероятное наличие такой болезни, как эритроплакия (поражение слизистой оболочки влагалищной части шейки матки, характеризующееся атрофией поверхностных слоев эпителия), или полипов. Если врач оценил степень риска прерывания беременности как высокую, обязательно нужно сделать [УЗИ](http://maxybaby.net.ua/index.php?loc=art_preg&art=uzi), чтобы определить, жив ли плод. При наличии возможности сохранить беременность, женщине необходимо обязательно придерживаться постельного режима, воздерживаться от половых сношений и пройти назначенный курс лечения гормональными и оказывающими расслабляющее действие препаратами. Если подтвержденной причиной кровотечения стала нехватка прогестерона (так называемая недостаточность [желтого тела](http://maxybaby.net.ua/index.php?loc=parents_encyclopaedia&litera=7&word=14)), прописывают гормональные препараты из группы гестагенов (производных прогестерона).

Однако эффективность всех существующих методов лечения при угрозе прерывания беременности не будет стопроцентной, и природа сама решит, какую из беременностей с угрозой выкидыша удастся сберечь. Медицина пока не может ответить на вопрос, является ли пониженная концентрация прогестерона при таких беременностях причиной угрозы ее прерывания или, наоборот, следствием неправильного протекания. Если кровотечение не прекратится через несколько дней, беременность может закончиться абортом.

• начавшийся выкидыш характеризуется более сильными болями, возможно даже схваткообразного характера, изменениями со стороны шейки матки (укорочение, проходимость цервикального канала), могут быть кровянистые выделения;

• выкидыш в ходу — так называют стадию, при которой имеются регулярные схватки, значительное укорочение и даже раскрытие шейки матки, отхождение вод, кровянистые выделения, отслоение плодного яйца или продвижение плода по родовому пути. При позднем выкидыше эта стадия имеет те же характеристики, что и роды;

• неполный выкидыш следует после того, как из половых путей родился плод, но в матке остаются остатки плодного яйца, плацента или ее доля. В связи с этим наблюдаются боли схваткообразного характера, отходят кровяные сгустки, кусочки ткани, может быть кровотечение, шейка остается пока раскрытой; **Несостоявшийся выкидыш** - состояние, при котором плодное яйцо в любой срок гестации (от 0 до 28 нед) в силу невыясненных причин прекращает дальнейшее развитие, но, не отторгаясь, подвергается резорбции, проходя стадии «кровяного», «мясистого» и «каменистого заноса» (литонедион). Аналогом являются несостоявшиеся роды после 28 нед гестации. Агрессивный фактор - тканевой тромбопластин плодного яйца. Он обусловливает коагулопатию потребления (ДВС-синдром) и кровопотерю при спонтанном или инициированном выкидыше.

**Причины несостоявшегося выкидыша**

Чаще всего, по статистике, в гибели плода виновны **инфекции** (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы (хотя роль микоплазм и уреаплазм сомнительна)), бактериальные инфекции (гонорея, стрептококк), вирусные инфекции.

Далее идут **генетические причины**, которые обеспечивают неполноценность продукта зачатия и его самопроизвольное изгнание в связи с нежизнеспособностью. Это могут быть новообразовавшиеся мутации при слиянии ядер спермиев и овоцита, а могут быть скрытые мутации, передающиеся от отца или матери.

Неполноценность эмбриона может быть также следствием **нарушения эмбриогенеза** из-за воздействия на плод токсических веществ, перенесенных острых инфекций и других факторов.

Немаловажную роль играют **эндокринные причины**. Так, недостаток прогестерона может привести к ишемическим явлениям в эндометрии и как следствие, к его отторжению вместе с плодным яйцом.

Относительно редкими остаются **имунные** (резус-конфликт, антитела против ХГЧ) и **аутоимунные** (антифосфолипидный синдром и др.) причины.

Выкидыши также могут быть связаны с **истмико-цервикальной недостаточностью** (слабая шейка матки не может удержать плод в полости матки), **миомами матки** (миоматозный узел деформирует плодное яйцо, не дает ему полноценно закрепиться), **аномалиями матки** (двурогая матка, седловидная матка, инфатилизм).

**Нарушения в системе свертываемости крови** могут повлиять на беременность на этапе формирования плаценты. Слишком вязкая кровь быстро тромбирует сосуды плаценты, отчего кровоток в системе мать-плацента-плод прекращается и происходит гибель плода.

Длительное **стрессовое воздействие** на организм матери также может стать причиной спонтанного аборта и замершей беременности.

• полный выкидыш бывает редко в очень ранних сроках или около 27—28 недель. Об этом можно судить по осмотру плаценты, результатам пальцевого обследования, выскабливания полости матки, УЗИ либо по клиническим данным ретроспективно, когда наблюдения показывают, что осложнений не было. Но и после полного выкидыша могут некоторое время быть кровянистые умеренные выделения и ноющие боли.

**3. Этиология**

Основными причинами невынашивания являются:

• аборты; Аборт — это не просто медицинская манипуляция: это огромный стресс для женского организма, способный вызвать дисфункцию яичников, надпочечников; способствующий развитию воспалительных процессов в половых органах. Это может стать причиной бесплодия и привычных выкидышей в последующем;

• гинекологические заболевания;

• нейроэндокринные нарушения; При нарушении баланса гормонов в организме женщины часто происходит прерывание беременности на раннем сроке. Чаще всего это случается при недостатке главного гормона беременности — прогестерона. При своевременном обнаружении этой проблемы беременность можно спасти с помощью препаратов прогестерона. Избыток мужских половых гормонов (андрогенов) тоже может стать причиной раннего выкидыша, они подавляют выработку эстрогенов и прогестерона. Нередко именно андрогены являются причиной повторяющихся (привычных) выкидышей. Оказывают влияние на формирование и развитие беременности так же гормоны надпочечников и щитовидной железы, поэтому нарушение функций этих желёз может также вызвать выкидыш;

• острые и хронические инфекции; трихомониаз, токсоплазмоз, сифилис, хламидиоз, а так же герпетическая и цитомегаловирусная инфекция нередко становятся причиной выкидыша.

Патогенные бактерии и вирусы вызывают инфицирование плода, поражение плодных оболочек, вследствие чего происходит выкидыш. Чтобы этого не произошло, лечение инфекций желательно провести до беременности; Все заболевания, сопровождающиеся интоксикацией и повышением температуры тела выше 38оС, могут привести к выкидышу. Лидируют в этом списке краснуха, вирусный гепатит, грипп. Даже банальная ангина может стать роковой на сроке 4-10недель беременности. А пневмония, пиелонефрит, аппендицит — это серьёзный риск для плода. Потому-то, планируя беременность, стоит пройти полное медицинское обследование, выявить и пролечить все очаги хронической инфекции;

• осложнения беременности (гестозы, многоплодие, многоводие);

• аномалии или опухоли матки;

• иммунные нарушения; Как правило, такое случается при резус–конфликте. Эмбрион наследует положительный резус отца, в то время как резус-отрицательный организм матери отторгает чужеродные для него ткани эмбриона. Для профилактики невынашивания беременности при иммунном конфликте применяют препараты прогестерона, оказывающего в этом случае иммуномодулирующее действие;

• генетические заболевания; По статистике около 73% выкидышей происходят по этой причине. Как правило, эти генетические дефекты носят не наследственный характер, а являются результатом единичных мутаций, произошедших в половых клетках родителей под влиянием вредных факторов внешней среды (радиация, профессиональные вредности, вирусы и пр.) Прерывание беременности по этой причине — это своего рода естественный отбор, избавление от слабого, нежизнеспособного потомства. Предотвратить такой выкидыш практически невозможно, можно лишь снизить риск возникновения генетических аномалий ещё до зачатия, максимально защитив себя от воздействия мутагенных факторов. Но при современной экологии вероятность мутаций всё равно остаётся, потому выкидыши, происходящие по этой причине, можно посчитать за благо, ибо они избавляют женщину от множества проблем и неприятностей в дальнейшем;

• стрессы; Сильный испуг или неожиданное горе, обида или длительное психическое перенапряжение опасны для плода. Если женщина вынуждена находиться под влиянием стресса, она должна обсудить со своим врачом возможность приёма седативных препаратов, например, валерианы;

• лекарственные препараты и травы. В первом триместре беременности желательно вообще избегать приёма лекарств. Многие из них способны вызвать прерывание беременности или вызвать формирование дефектов развития у плода. Так, к примеру, наркотические анальгетики или гормональные контрацептивы нередко становятся виновниками прерывания беременности. Так же надо быть осторожными с лекарственными травами: петрушка, крапива, василёк, зверобой, пижма – противопоказаны беременным на раннем сроке;

нездоровый образ жизни. Приём алкоголя, наркотиков, курение, регулярное употребление кофе, неправильное и неполноценное питание — всё это союзники выкидыша. Подкорректировать свой образ жизни лучше ещё до зачатия;

падения, подъём тяжестей, половой акт. Всё это, хотя и редко, но может стать пусковым механизмом прерывания беременности.

• профессиональные вредности.

4. Клиника

**Симптомы самопроизвольного аборта** зависит от срока беременности. Если в ранние сроки аборт начинается с кровотечения, а боль незначительна либо вовсе отсутствует, то при позднем аборте ведущим симптомом является интенсивная схваткообразная боль внизу живота, а кровотечение может возникнуть при низком прикреплении и предлежании плаценты или при ее отслойке вследствие гестоза, экстрагенитальной патологии с симптоматической гипертензией, эндокринной патологии и пр. Женщина, как правило, знает о своей беременности либо может назвать дату последней менструации, срок аменореи и т.п., а также предполагаемую причину аборта, что облегчает диагностику. Нередко рвота, слюнотечение, излитие околоплодных вод, предшествуют или сопутствуют кровотечению и боли. **Угрожающий выкидыш** - отслойка плодного яйца только намечается, имеются незначительное кровотечение из половых путей или только серозно-кровянистые выделения, боль незначительная, истечения околоплодных вод не отмечено. Врач специализированной бригады при внутреннем исследовании может убедиться, что форма шейки матки не изменена, зев закрыт. При этом матка мягкая, безболезненная, исследование не провоцирует энергичных сокращений матки и усиления боли.

**Начавшийся выкидыш** - более выражены и постепенно нарастают кровотечение и схваткообразная боль, обычно возникающие после продолжительной аменореи. Матка располагается над лоном, на пальпацию реагирует сокращением и усилением боли. У некоторых беременных и в прошлом был выкидыш при сходных симптомах. Возможны предвестники в виде учащенного мочеиспускания, тянущей боли внизу живота, сукровичных выделений в течение нескольких часов или суток. Не исключено криминальное вмешательство или вакуумрегуляция в целях прерывания незапланированной беременности, что удается выяснить в стационаре при осмотре половых путей. При очевидных симптомах начавшегося аборта внутреннее исследование на догоспиталыюм этапе нежелательно, а при неисключенном криминальном вмешательстве даже вредно. Лишь срочная госпитализация позволит оказать необходимую помощь и, возможно, сохранить беременность.

**Аборт в ходу** - отслойка и смещение плодного яйца прогрессирует. Схваткообразная боль и кровотечение сопровождаются ощущением сдавления прямой кишки и позывами на дефекацию. Диагноз не вызывает сомнений, сохранить беременность нельзя. Срочная госпитализация для завершения аборта в больничных условиях позволяет избежать избыточной кровопотери и инфицирования.

**Неполный аборт** характеризуется рождением части плодного яйца, обычно плода и оболочек. Остающаяся в матке часть плодного яйца препятствует сокращению матки и гемостазу. Угрозу представляет продолжающееся кровотечение, которое может привести к геморрагическому шоку. Если кровотечение незначительно и плодное яйцо как-будто выделилось целиком, сохраняется риск возобновления кровотечения из-за оставшихся частичек плодного яйца, образования плацентарного полипа, инфицирования и кровотечения в ближайшие 5 - 6 дней. Госпитализация в специализированный стационар, инфузия кровезаменителей во время транспортировки больной при продолжающемся кровотечении, кюретаж (для достижения окончательного гемостаза) позволяют предупредить осложнения и неблагоприятный исход.

**Шеечная беременность** - плодное яйцо развивается в области перешейка или непосредственно в канале шейки матки. При подобной локализации беременность бывает доношенной исключительно редко. Обычно она начинает прерываться на 4 - 6-й неделе гестации. Основной симптом - обильное, опасное для жизни кровотечение щ половых путей без схваток. Бочкообразное расширение шейки матки с пропитанным кровью плодным яйцом в просвете симулирует распадающуюся опухоль, если упустить из виду аменорею. Показана экстренная госпитализация больной в гинекологическое отделение. Во время транспортировки проводят кровезаместительную терапию. Основной вид лечения - хирургический (гистерэктомия).

**Лихорадящий (септический) аборт** - одно из тяжелейших осложнений прерывания беременности, развивающееся преимущественно во внебольничных условиях у лиц с первичным и вторичным (вследствие беременности) иммунодефицитом. Пусковыми механизмами являются вмешательство в контаминированной среде (влагалище и матка) и суперинфекция антибиотикорезистентной микрофлорой.

**Симптомы септического аборта** характеризуется панметритом, острым сепсисом, септическим (бактериотоксическим) шоком, острой почечной недостаточностю, перитонитом. Вмешательство нередко осложняется травмой (прободением матки при аборте) и кровотечением. Жалобы при вызове скорой помощи - гипертермия, ознобы, потливость, общая слабость, тахикардия, боль и ощущение тяжести внизу живота, метеоризм, олигурия, кровянисто-гнойные выделения из половых путей. Обычно аменорею или факт вмешательства в целях аборта не скрывают. Иногда ухудшение состояния связывают с травмой (бытовой, производственной, дорожно-транспортной и пр.). Некоторые женщины не знают о своей беременности. Обращают на себя внимание общее тяжелое состояние больной, бледность, серовато-желтый цвет кожи и слизистых оболочек, сухость кожи и языка, частый мягкий пульс, симптомы мышечной защиты и перитонеальные симптомы. Туprop кожи снижен, отмечается положительный симптом «белого пятна». Для оказания помощи больную немедленно доставляют на носилках в специализированный стационар (септикологическое отделение). Перед транспортировкой больным с артериальной гипотензией вводят кортикостероиды (не менее 500 мг по гидрокортизону).

**Поздний аборт** (самопроизвольный выкидыш в сроки от 13 до 28 нед беременности) протекает почти так же, как роды. Сходство тем больше, чем продолжительнее срок беременности. При обращении за скорой помощью больные жалуются на усиливающуюся схваткообразную боль, возникшую, со слов больной, после какого-либо физического воздействия, стресса и т.п. Не исключено криминальное вмешательство, особенно, если начало позднего аборта совпадает с отхождением околоплодных вод без признаков возбуждения матки. При этом в ожидании схваток проходит много времени и поводом для обращения за скорой помощью являются симптомы септического состояния.

При спонтанно возникшем выкидыше маточные сокращения постепенно, иногда достаточно быстро, особенно при повторной беременности, приводят к сглаживанию и раскрытию шейки матки, отхождению околоплодных вод, изгнанию плода и последа. Плодное яйцо при этом рождается целиком и чрезмерного кровотечения может не быть. Экстренная помощь может потребоваться для остановки кровотечения в последовый период.

5. Неотложная помощь и лечение

Тактика лечения определяется в зависимости от данных УЗИ, осмотра и клинических проявлений. Бригада скорой помощи может прибыть на любом этапе позднего аборта: угрожающем, начавшемся, в ходу, состоявшемся, при возникновении осложнений. Больная должна быть доставлена в гинекологический стационар, где ей будет оказана необходимая помощь.

Перед транспортировкой при угрожающем или начинающемся выкидыше показано обезболивание в целях подавления сократительной активности матки. При подозрении на криминальное вмешательство обезболивание не применяют, чтобы не замаскировать симптомы повреждения смежных органов при перфорации матки или другой травме.

Больную с продолжающимся кровотечением необходимо госпитализировать в ближайшее гинекологическое отделение, лежа на носилках с опущенным головным концом. Устанавливают систему для инфузии кровезаменителей в вену. Иногда целесообразно прижать брюшную аорту кулаком через брюшную стенку. При рвоте во избежание аспирационного синдрома больная должна лежать на боку.

При угрожающем аборте или начавшемся выкидыше проводят терапию, направленную на пролонгирование беременности, при условии, что нет отслойки плодного яйца. При частичном отслоении плодного яйца -если кровяные выделения не очень обильные, как бывает при начавшемся выкидыше, также проводят лечение, направленное на сохранение беременности.

Но если плодное яйцо уже отслоилось и кровотечение обильное, то лечение уже неэффективно. В этом случае производят выскабливание полости матки с удалением остатков плодного яйца. Полученный соскоб отправляют на цитогенетическое исследование.

При поздних абортах после удаления остатков плодного яйца внутривенно назначают препараты для сокращения матки(Окситоцин). После выскабливания назначают антибиотики.

Женщинам с отрицательной группой крови для профилактики резус-конфликта после выскабливания вводят антирезусный иммуноглобулин.

Для лучшего сокращения матки и для уменьшения кровопотери, после выскабливания к животу прикладывают пузырь с холодной водой или со льдом.

При выписке из стационара женщине рекомендуют пройти амбулаторное обследование у гинеколога для выяснения причины выкидыша, которое включает в себя: УЗИ органов малого таза, обследование на урогенитальные инфекции и на ТОРЧ-инфекции, анализ крови на гормоны (ДГЭА, пролактин, 17-ОН прогестерон, прогестерон, эстрадиол, ЛГ, ФСГ, кортизол, тестостерон); исследование гормонов щитовидной железы (ТТГ,св. Т3,св.Т4); коагулограмма, гемостазиограмма; цитогенетическое исследование остатков плодного яйца.

Это основной перечень обследования. По инициативе врача он может быть расширен. Помимо этого, в течение 6 месяцев женщине рекомендуют предохраняться от беременности гормональными контрацептивами для урегулирования гормонального фона.

Если с плодом все нормально, то для пролонгирования беременности используют следующие группы препаратов:

- гестагены (Дюфастон или Утрожестан) для коррекции недостатка прогестерона. Их назначают до 16 недель беременности;

- глюкокортикоиды (Дексаметазон, Метипред) назначают для коррекции гиперандрогении;

- седативные препараты (настойки Пустырника или Валерианы);

- cпазмолитики (Но-шпа, Папаверин, Баралгин) для расслабления мускулатуры матки;

- витамины и микроэлементы (Магне В6, фолиевая кислота, витамин Е).

В качестве седативных средств в I триместре беременности лучше ограничиться настоем корня валерианы (Inf. rad. Valerianae 20.0 200.0) по 1 столовой ложке 3 раза в день или настойкой валерианы (Tincturae Valerianae 30.0) по 20-30 капель также 3 раза в день, или настоем травы пустырника (Inf. haerbae Leonuri 15.0 200.0) и настойкой пустырника (Tincturae Leonuri 30.0) в тех же дозировках. Во II триместре беременности можно применять такие транквилизаторы, как сибазон (диазепам, реланиум) по 5 мг 2-3 раза в день.

В качестве спазмолитических средств используют папаверин в таблетках (0.02-0.04г), в свечах (0.02г), в виде инъекций (2 мл 2% раствора); метацин в таблетках (0.002г) или в виде инъекций (1 мл 0.1% раствора); баралгин по 1 таблетке 3 раза в день или внутримышечно по 5 мл. Расслаблению мускулатуры матки может способствовать внутримышечное введение 25% раствора магния сульфата по 10 мл с интервалом 12 часов.

Тормозящее действие на сократительную активность миометрия оказывают некоторые -адреномиметики (партусистен (фенотерол, беротек), ритодрин (ютопар)). Токолитическое действие данных препаратов чаще используют для предупреждения преждевременных родов, однако, как показывает практика, они могут с успехом применяться и для лечения угрожающего и начавшегося выкидыша во II триместре беременности. Имеющиеся сведения об эмбриотоксическом действии токолитиков в эксперименте на животных ограничивают возможность их использования в ранние сроки беременности.

Партусистен принимают внутрь в виде таблеток или внутривенно. Таблетки, содержащие 5 мг препарата, назначают каждые 2-3-4 часа (максимальная суточная доза - 40 мг). При начавшемся выкидыше следует начинать лечение с внутривенного введения: 0.5 мл препарата разводят в 250-500 мл 5% раствора глюкозы или 0.9% раствора натрия хлорида и вливают капельно со скоростью от 5-8 до 15-20 капель в минуту, добиваясь угнетения сократительной деятельности матки. За 30 минут до окончания капельного ведения препарата больной дают таблетку партусистена и в дальнейшем переводят её на энтеральный способ приема препаратов. По достижении стойкого эффекта дозировку лекарства в течение недели постепенно снижают. Длительность курса лечения составляет 2-3 недели.

Ритодрин можно применять внутрь (5-10 мг 4-6 раз в сутки), внутримышечно (по 10 мг каждые 4-6 часов) или внутривенно (50 мг препарата в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида со скоростью 10-15 капель в минуту) в зависимости от степени выраженности угрозы прерывания беременности. Курс лечения - 2-4 недели. Токолитики могут вызвать тахикардию, снижение артериального давления, потливость, тошноту, мышечную слабость. Поэтому терапию β-адреномиметиками необходимо проводить только в условиях стационара, соблюдая постельный режим. Для уменьшения побочных явлений токолитиков можно назначить верапамил (изоптин, финоптин), относящийся к антагонистам ионов кальция, тем более что данный препарат и сам оказывает некоторое тормозящее действие на сократительную активность матки. Для профилактики побочных влияний -адреномиметиков изоптин применяется в виде таблеток по 0.04 г 3 раза в день. Для снятия выраженных побочных действий 2 мл 0.25% раствора изоптина можно ввести внутривенно.

Больным, имеющим патологию сердечно сосудистой системы, терапия угрозы прерывания беременности токолитиками противопоказана.

Гормональная терапия угрожающего и начавшегося выкидыша, по современным представлениям, не относится к основным, ведущим методам лечения, однако при правильном выборе средств и методов введения может существенно способствовать благоприятному эффекту лечения.

Гестагены применяются в I триместре беременности в случаях ранее диагностированной недостаточности функции желтого тела. Предпочтение отдается аллилэстренолу (туриналу), который назначается по 1-2 таблетки (5-10 мг) 3 раза в день в течение 2 недель. Индивидуальная доза подбирается под контролем кольпоцитологического исследования с подсчетом КПИ. При возрастании КПИ доза туринала увеличивается. Отмена препарата должна производиться после постепенного, в течение 2-3 недель, снижения дозировки. Туринал можно заменить на прогестерон (1 мл 1% раствора внутримышечно через день) или оксипрогестерона капронат (по 1 мл 12.5% раствора внутримышечно 1 раз в неделю).

Хорошие результаты дает лечение новым отечественным прогестероновым препаратом ацетомепрегенолом. Данный препарат оказывает положительное действие на гормональный статус беременных и способствует ликвидации угрозы прерывания беременности. Прием препарата начинают с 1 таблетки (0.5 мг) в сутки. По достижении эффекта дозу снижают до ?-? таблетки. Курс лечения - 2-3 недели.

У женщин с гипоплазией и пороками развития матки, с установленной до наступления беременности гипофункцией яичников, при появлении кровянистых выделений гестагены следует сочетать с эстрогенами. В качестве эстрогенных препаратов можно использовать этинилэстрадиол (микрофоллин), фолликулин или эстрадиола дипропионат. В зависимости от показателей КПИ этинилэстрадиол назначается по 1/2-1/4 таблетки в сутки (0.0125-0.025 мг), фолликулин по 2500-5000 ЕД (0.5-1.0 мл 0.05% раствора внутримышечно). Существует точка зрения (В.М.Сидельникова (1986)) о целесообразности при начавшемся выкидыше 5-10 недельного срока начинать лечение с проведения эстрогенного гемостаза, назначая внутримышечно 1 мл 0.1% раствора эстрадиола дипропионата в 1-е сутки через 8 часов, во 2-е - через 12 часов, в 3-4-е - через 24 часа. Затем можно переходить на сочетанную терапию микрофоллином и туриналом.

У женщин с потенциально корригируемой гипофункцией яичников положительный результат дает включение в комплекс лечебных средств хориогонина: препарат назначается до 12-недельного срока по 1000-5000 ЕД 2 раза в неделю, затем до 16-недельного срока - 1 раз в неделю. Параллельно продолжается прием эстрогенов и гестагенов.

Применение гестагенов противопоказано женщинам с угрожающим и начавшимся выкидышем, страдающим гиперандрогенией надпочечникового генеза. В подобных ситуация патогенетически обосновано назначение кортикостероидов - преднизолона или дексаметазона. Лечение проводят под контролем экскреции 17-КС в суточном количестве мочи. В I триместре этот показатель не должен превышать 10мг/сут (34.7 мкмоль/сут), во II триместре - 12 мг/сут (41.6 мкмоль/сут). Обычно достаточные дозы преднизолона оказываются от 0,5 до 1,5 таблетки (2.5-7.5мг). Использование дексаметазона является более рациональным, так как он не вызывает задержки натрия и воды в организме, то есть не приводит к развитию отеков даже при длительном применении. В зависимости от исходного уровня 17-КС рекомендуются следующие дозы дексаметазона: при экскреции 17-КС, не превышающей 15 мг/сут (52 мкмоль/сут), назначается первоначальная доза в 0.125 мг (0,25 таблетки); при 15-20мг/сут (52-69.3 мкмоль/сут) - 0.25 мг (0,5 таблетки); при 20-25 мг/сут (69.3-86.7 мкмоль/сут) - 0.375 мг (0,75 таблетки); если уровень 17-КС превышает 25 мг в сутки (86.7 мкмоль/сут) - 0.5 мг (1 таблетка). В дальнейшем дозировка препарата корректируется под контролем выделения 17-КС. Обязательным исследованием у подобных больных является кольпоцитограмма с подсчетом КПИ. При КПИ ниже нормальных цифр для данного срока беременности необходимо в комплекс лечебных средств добавить эстрогены (0.0125-0.025 мг микрофоллина). Эстрогены сочетают с глюкокортикоидными препаратами и при появлении кровянистых выделений.

Если беременность удалось сохранить, то при выписке беременной рекомендуют продолжить прием препаратов, назначенных в стационаре. Особенно это касается гестагенов и глюкокортикоидов, которые следует применять в непрерывном режиме. Если резко прекратить применять препараты, то может снова возникнуть угроза выкидыша.

Помимо этого, беременной необходим физический и эмоциональный покой, половое воздержание.

Чтобы уменьшить риск выкидыша в будущем, рекомендуется увеличить потребление сложных углеводов(хлеб, макароны); фруктов и овощей, богатых клетчаткой; молочных продуктов, рыбы, мяса, растительного масла и бобовых.

**Заключение**

**Беременность не всегда протекает гладко, и некоторые неприятности ее течения могут спровоцировать угрозу выкидыша. Чаще всего это проблемы с плацентой, поздние токсикозы, резус-конфликт и несовместимость мамы и ребенка по группе крови. Важно помнить, что нужно помочь будущим родителям настроиться на лучшее и оказать всю возможную помощь по своевременной диагностике угрозы выкидыша и адекватному сохранению беременности.**

**Использованная литература**

1. **Акушерство** **Дуда Вл.И., Дуда В.И.**, **2007**
2. Неотложные состояния и анестезия в акушерстве Лысенков С.П., 2004
3. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии Кулаков В.И., Серов В.Н., **2005**
4. **Материалы сайта** [eurolab.ua](http://www.eurolab.ua/)