ГБОУ СПО "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"

Министерства здравоохранения Краснодарского края

ЦК "Акушерское дело"

Дипломная работа

Ранние самопроизвольные выкидыши. Роль женской консультации в профилактике невынашивания

Студентки

Зубковой Ирины Александровны

специальность "Акушерское дело"

курс 3, группа Ак-32

Руководитель дипломной работы:

Ширинова К.А., преподаватель

акушерства и гинекологии

Рецензент Терпелец Л.А.,

главная акушерка МБУЗ Роддом №4

Краснодар 2014 год

Содержание

Аннотация

Введение

Глава 1. Ранние самопроизвольные выкидыши

.1 Причины ранних самопроизвольных выкидышей

.1.1 Этиология причин ранних самопроизвольных выкидышей

.1.2 Факторы риска ранних самопроизвольных выкидышей

1.2 Клиническое течение ранних самопроизвольных выкидышей

1.2.1 Классификация ранних самопроизвольных выкидышей по клиническому течению

.2.2 Дифференциальная диагностика ранних самопроизвольных выкидышей

.2.3 Диагностика причин ранних самопроизвольных выкидышей

.2.4 Лечение ранних самопроизвольных выкидышей

.3 Последствия выкидыша на ранних сроках беременности

Выводы по главе

Глава 2. Анализ и статистика самопроизвольных выкидышей

.1 Анализ наблюдений беременных женщин с угрозой невынашивания беременности в женской консультации

.1.1 Основные задачи женской консультации

.1.2 Обследование и диагностика при невынашивании беременности

.1.3 Диспансеризация беременных женщин, профилактика перинатальной и материнской заболеваемости и смертности

.2 Анализ статистических данных женской консультации по невынашиванию беременности

.3 Профилактика невынашивания беременности

.3.1 Обследование женщин с целью выявления причин невынашивания беременности

.3.2 Реабилитационная терапия невынашивания беременности

.3.3 Подготовка к последующей беременности с невынашиванием

Выводы по главе

Общие выводы

Заключение

Библиографический список

Приложения

Аннотация

Объем работы составляет 56 страниц машинописного текста. В работе представлено 3 таблицы, 3 диаграммы. Состоит из введения, 2-х глав, результатов собственных исследований, выводов по каждой из глав, общих выводов, заключения и библиографического списка.

Актуальность данной темы очень важна, так как самопроизвольный аборт относят к основным видам акушерской патологии. Частота самопроизвольных выкидышей составляет от 15 до 20% от всех желанных беременностей.

Актуальность решения этих проблем определена целиком в задачах настоящего исследования.

Цель настоящего исследования:

Углубить знания будущих акушерок о ранних самопроизвольных выкидышах, роли женской консультации в профилактике невынашивания беременности

Задачи:

. Систематизировать и углубить знания по теме дипломной работы.

. Определить методом анкетирования информированность акушерок о ранних самопроизвольных выкидышей, провести статистику данных.

. Изучить факторы риска основных осложнений ранних самопроизвольных выкидышей.

. Обработать и проанализировать полученные данные, дать рекомендации для научного или практического использования результатов исследования.

Гипотеза:

Знание будущими акушерками особенностей ведения беременных с угрозой невынашивания плода. Роли женской консультации в профилактике невынашивания беременности.

Объект исследования: беременные с невынашиванием беременности.

Предмет исследования: самопроизвольный выкидыш.

Методы исследования: метод анализа литературных источников; анкетирование.

Практическая значимость работы:

Обучить будущих акушерок выявлять факторы риска, проводящие к ранним самопроизвольным выкидышам; особенностям образа жизни беременных женщин с невынашиванием беременности.

Введение

Самопроизвольный выкидыш (аборт, abortus spontaneus) - самопроизвольное прерывание беременности до достижения плодом жизнеспособного гестационного срока.

Самопроизвольный аборт - самое частое осложнение беременности. Частота его составляет от 10 до 20% всех клинически диагностированных беременностей. Около 80% этих потерь происходит до 12 недель беременности. При учёте беременностей по определению уровня ХГЧ частота потерь возрастает до 31%, причём 70% этих абортов происходит до того момента, когда беременность может быть распознана клинически. В структуре спорадических ранних выкидышей 1/3 беременностей прерывается в сроке до 8 недель по типу анэмбрионии. По клиническим проявлениям различают: угрожающий аборт; начавшийся аборт; аборт в ходу (полный и неполный); НБ.

ЖК является поликлиническим звеном в системе медицинских учреждений, оказывающих акушерско-гинекологическая помощь. В основу работы ЖК положен принцип диспансерного наблюдения.

. Диспансеризация беременных женщин, профилактика перинатальной и материнской заболеваемости и смертности.

. Участие в проведении лечебно-профилактической помощи гинекологическим больным.

. Осуществление мероприятий по планированию семьи и профилактике абортов.

. Изучение условий труда работниц промышленности и сельского хозяйства в целях охраны здоровья беременных жен. и снижения гинекологической заболеваемости.

. Оказание лечебно-профилактической помощи гинекологическим больным.

. Работа по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний.

. Санитарно-просветительная работа по пропаганде здорового образа жизни.

Глава 1. Ранние самопроизвольные выкидыши

В сложных условиях современной жизни наблюдается уменьшение числа женщин, беременность и роды у которых протекают без осложнений. Самопроизвольные аборты (СА) по сроку гестации делятся на две группы: ранние (до 12 недель) и поздние (от 12 до 22 недель гестации). Частота СА составляет от 10 до 20% всех клинически диагностированных беременностей.

При учёте беременностей, определяемых по уровню ХГЧ, частота репродуктивных потерь возрастает до 31%. Около 80% СА происходит до 12 недель беременности - в ранние сроки, что считается проявлением естественного отбора.

Статистика показывает, что сохранить жизнь ребенка, родившегося до срока 20-22 недель, практически невозможно. Каковы причины самопроизвольного выкидыша на раннем сроке? Как определить начавшийся выкидыш? Можно ли сохранить беременность при симптомах выкидыша? Стоит ли сохранять беременность при начавшемся выкидыше?

Самопроизвольный аборт относят к основным видам акушерской патологии. Частота самопроизвольных выкидышей составляет от 15 до 20% от всех желанных беременностей. Полагают, что в статистику не входит большое количество очень ранних и субклинически протекающих выкидышей.

Многие исследователи полагают, что самопроизвольные выкидыши первого триместра являются инструментом естественного отбора, так как при исследовании абортусов находят от 60 до 80% эмбрионов с хромосомными аномалиями.

.1 Причины ранних самопроизвольных выкидышей

В жизнь большинства женщин в определенное время приходит счастливый момент, когда природа дает возможность реализовать основное женское предназначение - стать мамой. Наступает беременность, и организм будущей матери направляет все силы на сохранение плода.

К сожалению, не всегда беременность заканчивается родами. В некоторых случаях происходит ее самопроизвольное прерывание - выкидыш. Довольно большое количество выкидышей случается на ранних сроках беременности, до 12 недели. Если самопроизвольный аборт произошел до пятой недели беременности, то женщина может и не заметить этого, приняв кровотечение за обычную менструацию. Однако на более позднем сроке выкидыш может стать определенной психологической травмой. Не стоит отчаиваться, лучше разобраться в возможных причинах срыва беременности и подготовиться к следующей попытке, чтобы она завершилась благополучно.

.1.1 Этиология причин ранних самопроизвольных выкидышей

Лидирующим фактором в этиологии самопроизвольного прерывания беременности выступает хромосомная патология, частота которой достигает 82-88%.

Наиболее частые варианты хромосомной патологии при ранних самопроизвольных выкидышах - аутосомные трисомии (52%), моносомии Х (19%), полиплоидии (22%). Другие формы отмечают в 7% случаев. В 80% случаев вначале происходит гибель, а затем экспульсия плодного яйца.

Вторым по значимости среди этиологических факторов выступает метроэндометрит различной этиологии, обусловливающий воспалительные изменения в слизистой оболочке матки и препятствующий нормальной имплантации и развитию плодного яйца. Хронический продуктивный эндометрит, чаще аутоиммунного генеза, отмечен у 25% так называемых репродуктивно здоровых женщин, прервавших беременность путём искусственного аборта, у 63,3% женщин с привычным невынашиванием и у 100% женщин с НБ.

Среди других причин спорадических ранних выкидышей выделяют анатомические, эндокринные, инфекционные, иммунологические факторы, которые в большей мере служат причинами привычных выкидышей.

Когда организм матери или отца подвергается воздействию неблагоприятных условий - вредное производство, радиация, вирусные инфекции, плод имеет патологические нарушения строения, не может закрепиться на стенках матки и выходит наружу. Такой результат является даже в некотором роде положительным, потому что избавляет молодых родителей от неполноценного потомства, неспособного выжить. Таким парам обязательно нужна консультация врача-генетика, чтобы устранить причины ранних выкидышей.

Беременность при резус-конфликте.

Причиной самопроизвольного выкидыша на раннем сроке беременности может являться разный резус-фактор супругов. Если женщина имеет отрицательный резус, а ребенок унаследовал от отца положительный резус крови, то организм матери вырабатывает антитела, приводящие к гибели плода. В данном случае врачи предлагают провести профилактическое лечение гормональными препаратами прогестерона, и в дальнейшем возможна новая беременность с рождением здорового ребенка.

Гормональные нарушения в организме женщины.

Довольно частая причина выкидыша на ранних сроках. Наблюдается при недостатке у будущей матери женских гормонов, чаще всего прогестерона, или наличии избыточного количества мужских гормонов, что не дает возможности плоду закрепиться в полости матки. При лечении заместительной гормонотерапией угроза срыва беременности минимальна.

Инфекционные заболевания, передающиеся половым путем.

Проанализировав сложившиеся стереотипы отношений в молодежной среде, становится понятным, почему срывается беременность на ранних сроках. Половые инфекции, такие как трихомонад, сифилис, токсоплазмоз, хламидиоз и др. приводят к инфицированию плода, вызывают его разрушение и опять-таки становятся причиной самопроизвольного выкидыша на ранних сроках. Во избежание повторных кризов следует еще до наступления беременности пройти соответствующее лечение под наблюдением врача.

Наличие у беременной общих инфекционных заболеваний, а также заболеваний внутренних органов.

Опасными для плода могут стать перенесенные матерью ангина, грипп, ОРВИ-заболевания, при которых наблюдается высокая температура тела. Особенно часто самопроизвольный выкидыш по этой причине наблюдается на 5 неделе беременности. Не стоит даже говорить об опасности от тяжелых инфекционных заболеваний - краснухи, скарлатины и прочих. Все они могут быть ответом на вопрос: "почему случаются выкидыши?"

.1.2 Факторы риска ранних самопроизвольных выкидышей

Факторы риска довольно просты. Не зная о них, молодая женщина так и не сможет найти причину, почему сорвалась беременность. Итак, еще несколько причин самопроизвольных абортов в первом триместре беременности:

. бесконтрольный прием беременной женщиной лекарственных трав и препаратов - многие лечебные травы и лекарственные средства могут спровоцировать выкидыш на ранних сроках;

. стрессы, страхи, нервные состояния будущей матери опасны для плода;

. вредные привычки - курение, алкоголь, наркотические вещества;

. ранее проводимые аборты;

. падение, ношение тяжестей, чрезмерно активная половая жизнь.

Знание этих периодов позволят практическому врачу с достаточно высокой долей вероятности заподозрить наличие у беременной той или иной патологии; прерывание беременности до 5-6 недели чаще всего обусловлено генетическими и иммунологическими нарушениями; прерывание беременности в сроки 7-9 недель в основном связано с гормональными нарушениями: недостаточностью лютеиновой фазы любого генеза, гиперандрогенией (надпочечниковой, яичниковой, смешанной), сенсибилизацией к собственным гормонам (наличие антител к ХГЧ и эндогенному прогестерону); прерывание беременности в сроки 10-16 недели чаще обусловлено аутоиммунными нарушениями, в том числе антифосфолипидным синдромом, или тромбофилическими нарушениями другого генеза (наследственная гемофилия, избыток гомоцистеина и др.); прерывание беременности после 16 недели - патологическими процессами в половых органах: инфекционными заболеваниями; истмико-цервикальной недостаточностью; тромбофилическими нарушениями.

.2 Клиническое течение ранних самопроизвольных выкидышей

Клинические проявления раннего самопроизвольного аборта зависят от срока беременности, формы аборта и причины, вызвавшей прерывание беременности.

.2.1 Классификация ранних самопроизвольных выкидышей по клиническому течению

В клиническом течении самопроизвольного выкидыша различают следующие стадии, или формы:

). первая стадия - угрожающий выкидыш;

). вторая стадия - начавшийся выкидыш;

). третья стадия - аборт "в ходу";

). четвертая стадия - полный и неполный аборт;

). неразвившаяся беременность (НБ).

Первая стадия - угрожающий выкидыш. Эта стадия характеризуется появлением ноющих болевых ощущений в области поясницы и/или нижней части живота. Кровотечение отсутствует и/или могут быть не значительные выделения из половых путей. Для угрожающего выкидыша характерно усиление сократительной активности мышц матки, однако, плодное яйцо полностью сохраняет связь с маткой. При появлении подобных признаков женщина должна немедленно вызвать скорую помощь или сама обратить за помощью в медицинское учреждение. Если на этой стадии начать немедленное лечение, то в большинстве случаев беременность можно сохранить. Некоторые женщины в подобном состоянии находятся практически всю беременность.

Вторая стадия - начавшийся выкидыш. При начавшемся выкидыше повышенная сократительная активность миометрия приводит к частичной отслойке плодного яйца и появлению небольших кровянистых выделений из шеечного канала. Боли усиливаются, иногда приобретают характер слабых схваток. Вскоре женщина начинает жаловаться на чувство слабости и сильное головокружение. Однако даже в этой стадии самопроизвольного аборта беременность еще можно спасти, если немедленно обратиться за медицинской помощью. Начавшийся выкидыш во II триместре может проявляться болевым симптомом без кровянистых выделений. При влагалищном исследовании можно обнаружить укорочение шейки матки и небольшое открытие наружного зева. Только эти стадии самопроизвольного прерывания беременности обратимы. Все остальные - обратного хода не имеют и неизбежно приводят к потере ребенка.

Третья стадия - аборт "в ходу". Дальнейшее прогрессирование прерывания беременности обозначается как аборт "в ходу". Плодное яйцо теряет связь с плодовместилищем и опускается в нижний отдел матки или в шеечный канал. Аборт "в ходу" сопровождается сильными схваткообразными болями в нижних отделах живота и значительным и обильным кровотечением. При ригидном наружном зеве плодное яйцо может целиком изгоняться из полости матки в шеечный канал. Шейка матки значительно увеличивается в объеме, а тело - сокращается. Данная разновидность аборта "в ходу" называется шеечным абортом.

Четвертая стадия - полный или неполный аборт. Если часть плодного яйца вышла за пределы матки, а в полости матки содержатся лишь его остатки, то такой аборт называется неполным. Ведущим симптомом данного этапа прерывания беременности является кровотечение резкой степени выраженности: от небольшого до обильного, приводящего к развитию геморрагического шока. Небольшие остатки хориона при неполном аборте в I триместре беременности или ткани плаценты во II триместре служат основой для формирования так называемого плацентарного полипа - организовавшихся сгустков крови. В подобных случаях женщина страдает длительным, периодически усиливающимся кровотечением, приводящим к анемизации.

При полном аборте плодное яйцо отторгается целиком, в матке могут оставаться только части децидуальной оболочки. Подобная форма аборта наблюдается чрезвычайно редко, а если и встречается, то, как правило, в конце II триместра.

Неразвивающаяся беременность (НБ) (антенатальная гибель плода) - гибель эмбриона или плода при беременности сроком менее 22 недель при отсутствии экспульсии элементов плодного яйца из полости матки и нередко без признаков угрозы прерывания. Для постановки диагноза проводят УЗИ. Тактику прерывания беременности выбирают в зависимости от срока гестации. Необходимо отметить, что антенатальная гибель плода часто сопровождается нарушениями системы гемостаза и инфекционными осложнениями.

В I триместре для выкидыша характерно сочетание болевого симптома и кровянистых выделений. Во II триместре начальными проявлениями аборта являются схваткообразные боли в нижних отделах живота, кровотечение присоединяется после рождения плода.

Исключение составляет прерывание беременности на фоне предлежания плаценты, когда ведущим симптомом становится кровотечение, как правило, обильное.

Клинические проявления РСВ в зависимости от причин возникновения.

Особенности клинических проявлений самопроизвольного выкидыша могут быть обусловлены этиологическим фактором, вызвавшим его. Так, генетические факторы приводят к выкидышу в ранние сроки беременности. Аборт, причиной которого является истмико-цервикальная недостаточность, происходит во II триместре беременности, начинается с излития околоплодных вод и заканчивается быстрым рождением плода на фоне слабых малоболезненных схваток.

Аборты на фоне гиперандрогении в ранние сроки начинаются с кровянистых выделений, затем присоединяется болевой синдром, нередко в подобных случаях формируется синдром неразвивающейся беременности; в поздние сроки может наступить внутриутробная гибель плода.

Гибель плодного яйца с последующим изгнанием его из матки может наблюдаться при наличии хронической и острой инфекции, кровотечение при этом редко бывает обильным.

.2.2 Дифференциальная диагностика ранних самопроизвольных выкидышей

Самопроизвольный аборт следует дифференцировать с доброкачественными и злокачественными заболеваниями шейки матки или влагалища. При беременности возможны кровянистые выделения из эктропиона. Для исключения заболеваний шейки матки проводят осторожный осмотр в зеркалах, при необходимости кольпоскопию и/или биопсию.

Кровянистые выделения при выкидыше дифференцируют с таковыми при ановуляторном цикле, которые нередко наблюдают при задержке менструации. Отсутствуют симптомы беременности, тест на b субъединицу ХГЧ отрицательный. При бимануальном исследовании матка нормальных размеров, не размягчена, шейка плотная, не цианотичная. В анамнезе могут быть аналогичные нарушения менструального цикла.

Дифференциальную диагностику также проводят с пузырным заносом и внематочной беременностью.

При пузырном заносе у 50% женщин могут быть характерные выделения в виде пузырьков; матка может быть больше срока предполагаемой беременности. Характерная картина при УЗИ.

При внематочной беременности женщины могут жаловаться на кровянистые выделения, билатеральные или генерализованные боли; нередки обморочные состояния (гиповолемия), чувство давления на прямую кишку или мочевой пузырь, тест на b ХГЧ положительный. При бимануальном исследовании отмечается болезненность при движении за шейку матки. Матка меньших размеров, чем должна быть на сроке предполагаемой беременности.

Можно пропальпировать утолщенную маточную трубу, нередко выбухание сводов. При УЗИ в маточной трубе можно определить плодное яйцо, при её разрыве обнаружить скопление крови в брюшной полости. Для уточнения диагноза показаны пункция брюшной полости через задний свод влагалища или диагностическая лапароскопия.

Диагноз самопроизвольного выкидыша обычно не представляет затруднений и в зависимости от уровня оснащения медицинским оборудованием может основываться на жалобах, предъявляемых больной; данных общего и гинекологического обследования; результатах кольпоцитологического, гормонального и ультразвукового методов исследования.

Общее состояние больной может быть обусловлено как наличием самой беременности, так и степенью кровопотери, связанной с формой самопроизвольного выкидыша. При угрожающем и начавшемся выкидышах состояние женщин обычно удовлетворительное, если не наслаивается ранний гестоз и если выкидыш не провоцируется соматической патологией. При аборте "в ходу", неполном и полном абортах состояние больной зависит от продолжительности, интенсивности и степени кровопотери. Количество кровопотери можно приблизительно определить по количеству подкладных (одна подкладная примерно соответствует 100 мл. крови). Длительные, небольшие кровотечения приводят к анемизации больной, выраженность которой обусловливает состояние женщины. Острая кровопотеря может приводить к шоковому состоянию.

Данные гинекологического исследования при угрожающем выкидыше свидетельствуют о соответствии размеров матки сроку задержки месячных. 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, нижний полюс плодного яйца, легко достигаемый через шеечный канал, свидетельствуют об аборте "в ходу". При неполном аборте размеры матки не соответствуют (меньше) сроку беременности, а шеечный канал или наружный зев приоткрыт.

Лабораторные и аппаратные методы применяются для ранней диагностики и динамического наблюдения начальных этапов прерывания беременности.

Кольпоцитологическое исследование помогает выявить угрозу прерывания беременности задолго до появления клинических симптомов. Известно, что кариопикнотический индекс (КПИ) в первые 12 недель беременности не должен превышать 10%, в 13-16 недель он равняется 3-9%, в более поздние сроки КПИ держится в пределах 5%. Повышение КПИ свидетельствует об угрозе прерывания беременности.

Прогностическую ценность имеет определение в плазме крови содержание хориогонина, эстрадиола и прогестерона. У женщин с андрогенией большое диагностическое и прогностическое значение имеет определение уровня 17-кетостероидов (17-КС) в суточном количестве мочи. Если количество 17-КС превышает 42 мкмоль/л, то угроза самопроизвольного выкидыша становится реальной.

Эхографическими признаками угрожающего выкидыша в ранние сроки беременности являются расположение плодного яйца в нижних отделах матки, появление нечетких контуров, деформации, перетяжек плодного яйца, локального напряжения миометрия. С конца I триместра беременности при угрозе её прерывания можно выявить участки отслойки плаценты, измерить диаметр перешейка.

.2.3 Диагностика причин ранних самопроизвольных выкидышей

Успех лечения и профилактики невынашивания напрямую связан с умениями, возможностями и настойчивостью врача. При этом объем проводимых исследований индивидуален и зависит от предполагаемой причины потери.

Обследование обычно начинают со сбора необходимой информации о возрасте женщины, ее вредных привычках и условиях работы, перенесенных заболеваниях, особенностях менструальной и детородной функций. Затем проводят общий осмотр и гинекологическое обследование. Далее в большинстве случаев назначают следующие исследования:

. скрининг на урогенитальные и ТОРЧ-инфекции (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, трихомониаз, гарднереллез, краснуха, токсоплазмоз, цитомегаловирус, герпес, вирус папилломы человека);

. УЗИ матки и придатков;

. анализ крови на содержание гормонов (эстрадиол, прогестерон, пролактин, ЛГ, ФСГ, тестостерон, ДГЭА, ТТГ);

. иммунограмма;

. гемостазиограмма.

По показаниям могут быть проведены дополнительные иммунологические и гематологические исследования, гистероскопия, биопсия эндометрия, а также рекомендовано составление графиков базальной температуры на протяжении как минимум трех последовательных менструальных циклов. Кроме того, акушеры-гинекологи нередко направляют пациенток на консультацию к терапевту, эндокринологу, иммунологу, а их партнеров - к урологу-андрологу. При привычном невынашивании или после неразвивающихся беременностей паре показана консультация генетика, а в некоторых случаях - и психотерапевта.

.2.4 Лечение ранних самопроизвольных выкидышей

Цель лечения угрозы прерывания беременности - расслабление матки, остановка кровотечения и пролонгирование беременности в случае наличия в матке жизнеспособного эмбриона или плода.

В США, странах Западной Европы угрожающий выкидыш до 12 недели не лечат, считая, что 80% таких выкидышей - "естественный отбор" (генетические дефекты, хромосомные абберации).

В РФ общепринята другая тактика ведения беременных с угрозой выкидыша. При этой патологии назначают постельный режим (физический и сексуальный покой), полноценную диету, гестагены, витамин E, метилксантины, а в качестве симптоматического лечения - спазмолитические препараты (дротаверин, свечи с папаверином), растительные седативные лекарственные средства (отвар пустырника, валерианы).

Немедикаментозное лечение

В диету беременной обязательно должны быть включены олигопептиды, полиненасыщенные жирные кислоты.

Медикаментозное лечение

Гормональная терапия включает натуральный микронизированный прогестерон по 200300 мг/сутки (предпочтительнее) или дидрогестерон по 10 мг два раза в сутки, витамин E по 400 МЕ/сутки.

Дротаверин назначают при выраженных болевых ощущениях внутримышечно по 40 мг (2 мл) 2-3 раза в сутки с последующим переходом на пероральный приём от 3 до 6 таблеток в день (40 мг в 1 таблетке).

Метилксантины - пентоксифиллин (7 мг/кг массы тела в сутки). Свечи с папаверином по 20-40 мг два раза в день применяют ректально.

Подходы к терапии угрозы прерывания беременности принципиально различаются в РФ и за рубежом. Большинство иностранных авторов настаивает на нецелесообразности сохранения беременности сроком менее 12 недель.

Целесообразно назначение антибактериальной терапии, лечение анемии по показаниям и введение иммуноглобулина антирезус женщинам с резусотрицательной кровью.

Необходимо отметить, что эффект от применения любой терапии - медикаментозной (спазмолитики, прогестерон, препараты магния и др.) и немедикаментозной (охранительный режим) - в рандомизированных мультицентровых исследованиях не доказан.

.3 Последствия выкидыша на ранних сроках беременности

В большинстве случаев женщине, пережившей выкидыш на раннем сроке, последствия серьезного характера не угрожают. Другое дело, если выкидыш был спровоцирован специально, приемом определенных препаратов. В этом случае возможны осложнения и рекомендуется сделать УЗИ.

Вопреки расхожему мнению, самопроизвольный выкидыш на раннем сроке еще не означает, что будет иметь место повторное прерывание. Это возможно только если причина случившегося неверно определена или не устранена.

Прерывание на ранних сроках чаще всего становятся причиной возникновения ряда гинекологических заболеваний. Если женщина не рожала, то возникает высокая вероятность бесплодия. У 12% пациенток нарушается менструальный цикл и восстановить его можно только при помощи длительного лечения. Одним из наиболее страшных осложнений является нарушение целостности матки или ее разрыв. В результате могут быть повреждены крупные сосуды, кишечник, мочевой пузырь или начнется воспаление живота.

Чаще всего врачи сталкиваются с длительными кровотечениями, различными повреждениями шейки матки и нарушениями свертываемости крови. Существует вероятность неполного извлечения яйца. Если у женщины были какие-либо хронические заболевания половых органов, то они переходят в стадию обострения. Стоит помнить, что есть вероятность попадания инфекции в матку при операции, что может привести к воспалениям яичников и полости матки.

Неполный выкидыш на раннем сроке характеризуется тем, что околоплодные воды отошли, родовые пути открыты, плод или эмбрион уже родился, но в матке остаются околоплодные оболочки или их части. Неполный выкидыш диагностируют на УЗИ и назначают лечение для удаления оболочек: консервативное (сокращающие матку средства) или выскабливание полости матки.

Полный выкидыш на раннем сроке характеризуется полным удалением из полости матки и плода, и всех его оболочек. Обычно после полного выкидыша матка сокращается сама или медикаментозно, при необходимости назначают антибактериальные средства для профилактики инфекций матки. Если случился выкидыш на ранних сроках дома, а не в больнице, необходимо пройти УЗИ-обследование, чтобы убедиться, что в полости матки не осталось частей плода и его оболочек.

Если впервые произошел выкидыш на раннем сроке, последствия для последующих беременностей не обязательно будут негативными. Просто следует пройти обследование на торч-инфекции, осмотр у генетика и воздержаться от беременности в течение полугода. Но если произошел второй выкидыш на раннем сроке, или еще хуже - у женщины случались частые выкидыши на ранних сроках, то необходимо не только перечисленное обследование, осмотр у гинеколога, терапевта, эндокринолога, иммунолога. Если у женщины выставлен диагноз привычный выкидыш на раннем сроке, то больная находится на диспансерном наблюдении у гинеколога, больше половины женщин впоследствии вынашивают беременность.

Аборт на ранних сроках наносит травмы не только физического, но и морального характера. Чаще всего такая процедура воспринимается как насилие над телом, потому женщины часто переживают стрессы и депрессию.

Выводы по главе

Выяснено, что основными причинами выкидышей явились: отягощенный акушерский анамнез (у 77% женщин). У 55% в анамнезе более одного аборта, у 22% женщин в анамнезе наличие самопроизвольных выкидышей. Гинекологические заболевания были выявлены у 40% женщин. Чаще других встречались эрозии шейки матки (66%), хронические сальпингоофориты (5%). Генитальные инфекции определялись у 23%. Экстрагенитальной патологией страдали 36% обследованных женщин. Наибольшее количество СА выявлено у женщин раннего (36%) и зрелого (45%) репродуктивного возраста. Незарегистрированный брак отмечался в 68% случаев, не работали 45% и среднее образование имели 64% обследованных женщин. Влияние хромосомных патологий, эндокринологических, тромбофилических и иммунологических нарушений на возникновение СА выявить не удалось, в виду отсутствия необходимого полного обследования женщин при постановке на учет по беременности. Из проанализированных случаев стационарное лечение получали 32% женщин; амбулаторное -68% беременных, которое включало поливитаминные комплексы, препараты Mg, I, гестагены.

С целью профилактики СА необходимо ориентирование женщин на планирование беременности, профилактику абортов. Важным является ранняя явка в жк, с целью своевременного выделения группы по невынашиванию и назначения профилактического лечения. Актуальным на современном этапе является также генетическое тестирование женщин с отягощенным акушерским анамнезом.

Глава 2. Анализ и статистика самопроизвольных выкидышей

Частота самопроизвольных выкидышей остается достаточно высокой и стабильной, не проявляя тенденции к снижению. По данным различных авторов, она составляет от 2 до 55%, достигая в І триместре 50%, причем одни авторы] считают, что прерываются примерно 70% беременностей, из них половина самопроизвольных абортов происходит очень рано, до задержки менструации, и не диагностируются. По мнению других авторов, прерываются после имплантации только 31% беременностей.

Частота самопроизвольного прерывания беременности с момента ее диагностики до 20 недель (считая от первого дня последней менструации) составляет 15%.

Считается, что по мере увеличения числа самопроизвольных абортов резко возрастает риск прерывания последующих беременностей. Авторы отмечают, что после четырех спонтанных выкидышей риск пятого составляет 40-50%.

Отсутствие снижения частоты данной патологии указывает на трудности, возникающие при ведении женщин с таким диагнозом, привычный самопроизвольный аборт. С одной стороны, они обусловлены многофакторностью этиологии и патогенетических механизмов заболевания, с другой - несовершенством применяемых диагностических методик и отсутствием адекватного мониторинга осложнений, возникающих во время беременности. Об этом следует помнить при оценке эффективности разных методов лечения привычного самопроизвольного выкидыша.

.1 Анализ наблюдений беременных женщин с угрозой невынашивания беременности в женской консультации

Женская консультация (ЖК) является подразделением поликлиники, МСЧ или родильного дома, оказывающим амбулаторную лечебно-профилактическую, акушерско-гинекологическую помощь населению. Целью является совершенствование работы специалистов женских консультаций и гинекологических отделений учреждений здравоохранения по оказанию медицинской помощи беременным женщинам. Снижение частоты НБ и улучшение перинатальных исходов путем разработки и внедрения новых организационных и медицинских технологий реабилитации репродуктивного здоровья женщин после самопроизвольных абортов на основе изучения их патоморфоза, этиологии, механизмов развития и клинико-морфологических особенностей.

.1.1 Основные задачи женской консультации

. оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории;

. проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, послеродового периода, предупреждение гинекологических заболеваний;

. оказание женщинам социально-правовой помощи в соответствии с законодательством об охране здоровья материи ребенка;

. внедрение в практику работы современных методов профилактики, диагностики и лечения беременных и гинекологических больных;

. внедрение передовых форм и методов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи.

В соответствии с основными задачами женская консультация должна осуществлять:

. организацию и проведение санитарно-профилактической работы среди женщин;

. профилактические осмотры женского населения;

. проведение работы по контрацепции для предупреждения не планируемой беременности;

. обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных между женской консультацией и родильным домом, детской консультацией, другими лечебно-профилактическими учреждениями (консультация "Семья и брак", консультативно-диагностические центры, медико-генетические консультации).

Важной задачей врача женской консультации является взятие на учет беременных и осуществление лечебных мероприятий беременным, включенным в группу риска.

Деятельность консультации строится по участковому принципу. Акушерско-гинекологический участок рассчитан на 6000 женщин, проживающих на территории деятельности данной консультации. На каждом из них до 25% женщин находятся в репродуктивном возрасте (от 15 до 49 лет). Режим работы женской консультации установлен с учетом безотказного обеспечения амбулаторной акушерско-гинекологической помощью женщин в их не рабочее время. Один день в неделю выделен врачу для оказания помощи и профилактических осмотров работниц прикрепленных промышленных предприятий, территориально расположенных на участке врача или для специализированного приема.

.1.2 Обследование и диагностика при невынашивании беременности

Всем беременным, у которых беременность прервалась при самопроизвольном выкидыше, при выписке из стационара рекомендуют пройти амбулаторное обследование у гинеколога для выяснения причины выкидыша, которое включает в себя:

УЗИ органов малого таза в обе фазы менструального цикла;

цитогенетическое исследование остатков плодного яйца;

обследование на урогенитальные инфекции: хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, трихомониаз, ВПЧ, ВПГ, ЦМВ;

анализ крови на ТОРЧ-инфекции: краснуха, герпес, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция;

анализ крови на гормоны: эстрадиол, ЛГ, ФСГ, кортизол, тестостерон, ДГЭА, пролактин, прогестерон, 17-ОН прогестерон;

анализ крови на гормоны щитовидной железы: ТТГ, св. Т3, св. Т4;

коагулограмма, гемостазиограмма;

исследование кариотипа обоих партнеров;

консультация эндокринолога и генетика;

спермограмма мужа;

анализ крови на антитела к ХГЧ, на антинуклеарные, антитиреоидные и антифосфолипидные антитела.

Объем диагностических исследований определяется индивидуально.

После выкидыша женщине рекомендуют предохраняться от беременности в течение 6 месяцев для восстановления, обследования и лечения выявленной патологии. Для предохранения от беременности назначают оральные контрацептивы с лечебным эффектом (Жанин, Ярина, Джес), которые следует применять от 3 до 6 месяцев по контрацептивной схеме.

.1.3 Диспансеризация беременных женщин, профилактика перинатальной и материнской заболеваемости и смертности

Перинатальная смертность - смертность в связи с родами: погибшие плоды до родов, начиная с 28 недели беременности (антенатальная гибель), во время родов (интранатальная) и новорожденные в течение первых 7 дней (168 ч.) после рождения. Перинатальная смертность рассчитывается на 1000 живорожденных.

Погибшие анте- и интранатально - мертворожденные, их число определяет понятие "мертворождаемость", а число умерших в первые 7 дней - понятие "неонатальная смертность".

Перинатальная смертность отражает социальное положение населения, здоровье нации, уровень медицинской помощи вообще и акушерской в частности и учитывается во всех странах.

Задачей акушеров-гинекологов всех стран мира является снижение перинатальной смертности. Однако не только перинатальная смертность имеет социальное значение. Не меньшую (если не большую) значимость представляет собой перинатальная заболеваемость, которая существенно сказывается на здоровье будущих поколений.

Здоровье новорожденных тесно связано со здоровьем родителей, особенно женщин, течением беременности, родов и раннего периода новорожденности.

Однако в данной проблеме имеются два аспекта: социальный и медицинский, которые тесно связаны между собой.

К социальным факторам, способствующим развитию заболеваний у девочек и женщин, осложненному течению беременности и родов, перинатальной патологии, относятся следующие: неблагоприятная экологическая обстановка; производственные вредности; низкий экономический уровень семей и неадекватность питания; вредные привычки родителей (алкоголизм, курение, наркомания); недостаточный уровень мероприятий по планированию семьи - не снижающаяся частота абортов; психологическая обстановка в стране; недостаточная культура населения, иногда невозможность оказания квалифицированной медицинской помощи беременным и роженицам. Устранить неблагоприятные социальные факторы зачастую не представляется возможным.

Медицинские же аспекты снижения перинатальной заболеваемости и смертности являются чрезвычайно важными для ученых, организаторов здравоохранения, для практикующих специалистов: акушеров-гинекологов, неонатологов, генетиков.

В последние годы в поликлинических условиях и в стационарах создаются службы пренатальной (ранние сроки гестации), анте-, интра- и пост - натальной охраны здоровья плода и новорожденного. При этом необходимо оснащение современными УЗ-аппаратами, кардиомониторами, биохимическими лабораториями, лабораториями по определению бактериальной флоры, вирусов, иммуноглобулинов.

Начиная с ранних сроков беременности, у женщин групп риска следует пытаться выявить генетическую и инфекционную патологию для решения вопроса о дальнейшем ведении беременности. Не менее важным является определение совместимости крови матери и плода по группе и резус-фактору.

Во многих крупных базовых консультациях организуются кабинеты пренатальной диагностики.

Антенатальная охрана плода заключается в систематическом наблюдении за течением беременности, состоянием плода (УЗИ, КТГ), лечении экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности, которые неблагоприятно влияют на фетоплацентарную систему.

Охрана здоровья ребенка в интранатальном и постнатальном периодах определяется уровнем квалификации врачей и техническим оснащением родовспомогательного стационара.

На показатель перинатальной смертности значительно влияют преждевременные роды. Рождение недоношенных детей, особенно с низкой массой (менее 1500 г), сопровождается очень высокой перинатальной смертностью.

Чрезвычайно важным для здоровья плода является репродуктивное здоровье матери, которое может нарушаться при гинекологических заболеваниях в детском и подростковом возрасте. Отсюда вытекает необходимость профилактики гинекологических заболеваний (профилактические осмотры в детских садах и школах), сексуальное воспитание молодежи.

Огромную роль в сохранении репродуктивного здоровья родителей имеют центры планирования семьи, деятельность которых направлена на предотвращение абортов, а, следовательно, на сохранение репродуктивной функции женщин.

Снижение перинатальной смертности в нашей стране является особенно важным потому, что рождаемость в настоящее время чрезвычайно низкая.

2.2 Анализ статистических данных женской консультации по невынашиванию беременности

На первом этапе проводилось анкетирование женщин, позволяющее выявить распространенность широкого спектра факторов внешней и внутренней среды. Всем женщинам проводили комплексное клиническое и гинекологическое обследование, включающее сбор анамнеза, общий осмотр, лабораторные исследования, а также ультразвуковое исследование (плацентографию, плацентометрию, фетометрию).

По данным официальной статистики Минздрава РФ, в 2013 г. зарегистрировано 167297 случаев самопроизвольных абортов, что составило 6,4% всех беременностей или 12,8% желанных беременностей. Из общего числа учтенных абортов в 2013 г. На долю самопроизвольных абортов приходится 9,8%.

За последние 5 лет на фоне снижения показателя распространенности абортов на 1000 женщин фетального возраста наблюдается снижение роста самопроизвольных абортов, как по г. Краснодар - с 16,2% до 10,9%, так и по Краснодарскому краю- с 17,7% до 9,3% (приложение 1). Также обследованы женщины с самопроизвольным прерыванием беременности в сроке до 28 недель (средний возраст 27,2±7,1 лет) и 122 женщины с регрессирующей беременностью (средний возраст 27,8±6,8). Группу сравнения составили женщины, родоразрешившиеся в сроке от 37 до 40 недель, общей численностью 116 человек (средний возраст 24,9±4,7 лет).

Сформировавшаяся выборка и популяция женщин репродуктивного возраста, проживающих в г. Краснодар, сопоставимы по возрастной структуре исходов беременности (СА, срочные роды). В частности, в исследуемой выборке, как и в популяции, у женщин в возрасте 30 лет и старше чаще отмечаются СА, чем роды в популяции женщин величина этого различия составила 18,3%, а в исследуемой выборке -19,6% (приложение 3).

Учитывая средние показатели возраста женщин изучаемых групп, видим, что большинство из них (88,0%) были в активном репродуктивном возрасте. Таким образом, по возрастной структуре исследуемых исходов беременности сформированная выборка репрезентативна по отношению ко всей популяции женщин.

В ходе исследования было установлено, что принадлежность женщин к возрастной категории 18 лет и менее не играет роли в генезе СА и имеет низкий относительный риск, в то же время среди женщин старше 35 лет процент невынашивания беременности достоверно превысил частоту родов.

Семейный статус играет определенную роль в исходе беременности. Так, среди женщин, состоящих в официальном браке, процент родов намного выше. В то же время среди одиноких женщин частота прерывания беременности, значимо преобладает над родами.

Выявлено значительное влияние на частоту возникновения СА тяжелых условий труда. Занятость женщин в сверхурочные и ночные часы увеличивает риск СА практически в 3 раза.

Отрицательное влияние курения на репродуктивную функцию женщин не подвергает сомнению, что подтверждается проведенным исследованием. Так, процент курящих женщин составил в группе СА 51,3%, в группе сравнения 20,3%.

Выявлен высокий процент женщин, злоупотребляющих алкоголем в группе СА (25,6%), и отсутствие таковых в группе срочных родов, что подтверждает факт отрицательного влияния алкоголя на исход беременности.

Риск возникновения спонтанных выкидышей возрастает в 5 раз при употреблении наркотических средств и злоупотреблении алкоголем. Совместный эффект всех указанных вредных привычек усугубляет неблагополучные исходы беременности, приводя к СА в 100% случаев.

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), существенно влияют на невынашивание беременности, особенно на ранних сроках гестации. Верификация инфекций, передающихся половым путем основывалась на результатах бактериологических исследований. Морфологические исследования включали забор ткани хориона/плаценты и его ложа путем соскоба после прервавшейся беременности.

Это положение находит подтверждение в проведенном исследовании. Так, абсолютное большинство - 81,7% (138/169) случаев ИППП было выявлено у женщин с невынашиванием беременности в сроке до 12 недель, что подтверждает определяющую роль инфекций в возникновении СА на ранних сроках беременности. Необходимо также отметить, что у 20% пациенток с ИППП имелись повторные случаи невынашивания.

При рассмотрении анамнеза соматической патологии было отмечено, что ведущее значение в частоте СА и РБ имеют заболевания мочеполовой системы - 35,3%, в группе сравнения - 8,6%.

В структуре экстрагенитальных заболеваний среди обследованных женщин ведущее место занимали острые респираторные заболевания, перенесенные во время беременности (45,3%), патология мочеполовой системы (28,4%), анемии (25,5%), артериальная гипертония (8,6%). Отмечается достоверное превышение частоты воспалительных заболеваний мочеполовой системы только у женщин с СА (63,2%), что позволяет отнести эту группу заболеваний к факторам риска данной патологии.

Проведенный анализ показал отсутствие влияния исходов предыдущих беременностей на прогноз последующих. Так, при исследовании акушерского анамнеза не выявлено различий в частоте медицинских абортов среди женщин с невынашиванием беременности (45,6%) и срочными родами (52,4%).

В проведенном исследовании был изучен вопрос о влиянии социальных и медицинских факторов на регрессирующую беременность. Удельный вес ее в структуре СА составляет от 3 до 20%. В исследуемой выборке частота встречаемости РБ равна 26,2% (122/465).

Анализ случаев невынашивания в зависимости от срока гестации показал, что прерывание беременности у женщин с регрессирующей беременностью в среднем происходит в более ранние сроки (8,3±2,6 недель) по сравнению с группой самопроизвольных абортов (10,0±5,0 недель).

Повторные самопроизвольные выкидыши способствуют ухудшению репродуктивной функции женщин, достоверно чаще приводя к регрессирующей беременности. Так, риск формирования РБ у женщин с привычным невынашиванием превысил таковой при самопроизвольном аборте в 15,2 раза.

Из всех факторов риска существенное влияние на частоту регрессирующей беременности оказали возраст женщины старше 35 лет, привычное невынашивание в анамнезе и наличие инфекционных заболеваний мочеполовой системы. Присутствие и отсутствие большинства социальных факторов риска в группе регрессирующей беременности равномерно.

Результаты морфологических исследований хориона и плаценты позволили разделить полученные данные на следующие этиопатогенетические варианты микроструктуры: вариант с преобладанием воспалительных изменений, гормональных или аутоиммунных нарушений.

Проведенный анализ показал высокую частоту (61,5%) воспалительных изменений хориона и эндометрия в группе СА, второе место по частоте морфологических изменений в этой группе занимают гормональные нарушения (17,8%). Признаки аутоиммунных нарушений выявлены в 2,6% случаев.

Результаты гистологического анализа показали, что основным патогенетическим механизмом при РБ являются аутоиммунные нарушения, выявленные более чем в половине случаев (51,6%), что статистически значимо превысило частоту инфекционных и гормональных нарушений.

Проведенные цитогенетические исследования позволили обнаружить патологический кариотип в 63,7% случаев РБ, причем в 15% случаев диагностирована трисомия по 13, 18, 21 хромосомам. Следует отметить, что возрастной категории женщин старше 35 лет с регрессирующей беременностью хромосомная патология выявлена в 100% случаев.

При оценке морфологической картины плаценты в группе срочных подов в большинстве полученных результатов диагностировано отсутствие патологических изменений.

При морфологической диагностике исследуемого материала в 105 случаях из 507 (20,7%) трудно было выделить ведущую патоморфологическую причину, поскольку отмечалось сочетание признаков нескольких патогенных процессов: инфекционные и аутоиммунные нарушения -29,5% (31/105); гормональный дисбаланс в сочетании с инфекционными изменениями - в 71,4% (75/105). Таким образом, по данным гистологических исследований, ведущим этиопатогенетическим механизмом самопроизвольных абортов является восполительный фактор, в возникновении регрессирующей беременности ведущая роль принадлежит хромосомной патологии и аутоиммунными нарушениями.

С этой целью разработана система интегрированной оценки угрозы возникновения самопроизвольного аборта. На основе величины различия относительного риска изученных факторов среди пациенток с самопроизвольными абортами и со срочными родами можно сформировать с применением 95% доверительным интервалом (ДИ) три группы: минимальной, средней и максимальной степени риска возникновения СА (приложение 4).

Пользуясь представленной оценочной программой, с помощью выбранных основных факторов риска возможна интегрированная оценка угрозы возникновения СА у беременных женщин. Таким образом, по характеристикам доминирующих факторов можно прогнозировать степень риска СА и, следовательно, осуществлять скрининг женшин репродуктивного возраста для последующей работы в направлении минимизации угрозы СА. Однако этого недостаточно для обеспечения профилактики СА в популяции женщин. Для успешного функционирования мониторинга необходимы индикаторы оценки результативности профилактики самопроизвольных абортов.

С этой целью разработан алгоритм, регламентирующий порядок реабилитации процесса мониторинга по состоянию на текущий месяц на уровне ЛПУ и в целом на обслуживаемой территории, который можно описать, состоящего из результатов анализа отдельных взаимосвязанных ситуаций и принятия соответствующих решений в виде рекомендаций.

В качестве критериев оценки результативности профилактики СА предложены следующие показатели: уровень встречаемости СА за конкретный месяц, темпы снижения (роста) уровня встречаемости социальных и медицинских факторов риска по итогам предыдущего месяца, квартала или года.

.3 Профилактика невынашивания беременности

Профилактика заключается в тщательном обследовании женщин с целью выявления причин невынашивания и проведения реабилитационной терапии для подготовки к последующей беременности.

В профилактике невынашивания беременности важную роль играет ранний охват беременных врачебным наблюдением. Женщина должна быть взята на учет при сроке беременности до 12 недель. Это позволит своевременно диагностировать экстрагенитальную патологию и решить вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности, рациональном трудоустройстве, установить степень риска и при необходимости обеспечить оздоровление беременной. Установлено, что при наблюдении женщин в ранние сроки беременности и посещении ими врача 7-12 раз уровень перинатальной смертности в 2-2,5 раза ниже, чем у всех беременных в целом, и в 5-6 раз ниже, чем при посещении врача в сроке беременности после 28 недель. Таким образом, санитарно-просветительная работа в сочетании с квалифицированным врачебным наблюдением - основной резерв для увеличения числа женщин, обращающихся к врачам в ранние сроки беременности.

В профилактике самопроизвольного прерывания беременности основное значение имеет распознавание факторов риска данной патологии, что обусловливает характер последующей помощи. Это важно, как в отношении выбора лечения при данной беременности, так и в плане восстановительной терапии женщин, имевших ранее выкидыши и преждевременные роды.

В обязанность врача женской консультации входят повторное обследование беременных, которые были госпитализированы по поводу угрозы самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов, и систематическое наблюдение за состоянием их здоровья и развитием беременности.

.3.1 Обследование женщин с целью выявления причин невынашивания беременности

Диагностика причин невынашивания наиболее целесообразна до наступления беременности, так как при этом применяются многие методы исследования, противопоказанные беременным. Это относится и к лечению, которое проводится с использованием более широкого арсенала средств, не показанных во время беременности. При беременности, возникшей после патогенетической терапии, можно ограничиться поддерживающим лечением (малые дозы гормонов, седативные средства и др.) или тщательным наблюдением.

Диагностика причин невынашивания основывается на данных анамнеза, общего и гинекологического исследования, общепринятых лабораторных исследований (исследование морфологии крови, группы крови, резус-принадлежности, мочи, микрофлоры влагалища, шейки матки, уретры и др.). Производят гистеросальпингографию, при которой исключают (или диагностируют) врожденные аномалии развития матки (двурогая, перегородки и др.) и приобретенные нарушения: синехии, расширение истмико-цервикального отдела, полипы, миому, эндометриоз и др. Данный метод позволяет уточнить наличие инфантильной матки (длинная шейка, небольшие размеры тела) или гипоплазии ее (соразмерное уменьшение тела и шейки), а также тонус, длину маточных труб, признаки генитального инфантилизма. При гистеросальпингографии могут быть обнаружены остаточные явления воспалительного процесса (перитубарные сращения, смещения половых органов), которые позволяют косвенно судить об изменениях эндометрия и функции яичников.

Гистеросальпингографию производят во второй фазе цикла (на 18-20-й день при 28-дневном цикле). Она допустима при нормальных показателях лабораторных исследований крови, I и II степени чистоты влагалищной флоры, в отсутствии острых, подострых и хронических, но часто обостряющихся воспалительных заболеваний половых органов.

После гистеросальпингографии следует уточнить функцию яичников, поскольку ее нарушения часто сопутствуют воспалительным заболеваниям, порокам развития матки, эндометриозу и др. или являются основной причиной невынашивания беременности.

Эндокринную функцию яичников изучают с помощью тестов функциональной диагностики, применение которых возможно в женских консультациях обычного типа. Целесообразно использовать все методы диагностики: определение базальной (ректальной) температуры, оценку симптома "зрачка" и кольпоцитологнческой картины.

В стационаре производят биопсию эндометрия. При необходимости определяют экскрецию эстрогенов и прегнандиола, исследуют функции коры надпочечников и других желез внутренней секреции. Сложные исследования осуществляют в специализированных учреждениях. В соответствующих случаях (повторные ранние выкидыши, указания на наследственную патологию) проводят медико-генетическое, а при показаниях - иммунологические исследования.

Следует отметить, что повторные выкидыши нередко вызывают изменения функций нервной, сосудистой и других систем, что отягощает состояние женщины и осложняет прогноз. В соответствующих случаях проводят терапевтическое и неврологическое обследование женщин, страдающих невынашиванием беременности.

выкидыш невынашивание беременность консультация

2.3.2 Реабилитационная терапия невынашивания беременности

Восстановительное лечение осуществляют в женской консультации обычного типа или в базовой консультации, если возникает необходимость в применении методов, требующих специального оборудования. Следует проводить дифференцированное, патогенетическое лечение, учитывая основную причину невынашивания беременности и сопутствующие патологические процессы. Комплексная терапия важна потому, что в патогенезе самопроизвольного прерывания беременности существенную роль играет не один, а несколько факторов. Только прерывание первой беременности может быть связано с одной основной причиной, например, с инфантилизмом (однако и в этом случае патогенез является сложным). Последующие вмешательства (инструментальное удаление остатков плодного яйца и др.), особенно при повторных выкидышах, нередко сопровождаются патологическими процессами (воспалительные заболевания, истмико-цервикальная недостаточность и др.), отягощающими основной этиологический и патогенетический фактор.

Восстановительное лечение направлено на устранение основной (первичной) и вторичных причин невынашивания беременности. Она может проводиться последовательно или одновременно с целью воздействия на половую и другую системы организма, функции которых нарушены.

По показаниям осуществляют лечение воспалительных заболеваний и их последствий (рубцово-спаечные, дистрофические процессы), сопутствующих нарушений эндокринной и других систем, проявлений инфантилизма, экстрагенитальных заболеваний, производят корригирующие оперативные вмешательства в связи с истмико-цервикальной недостаточностью, аномалиями развития половых органов и др.

Восстановительное лечение проводят на основе принципов лечения гинекологических заболеваний с использованием гормональных и других препаратов, физиотерапевтических процедур, пелоидотерапии, гидротерапии, лечебной гимнастики, психотерапии, лечебного питания и др. [Бодяжина В.И. и др., 1980; Стругацкий В. М., 1981].

Ведение беременности при риске самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов представляет собой сложную задачу, требующую оказание квалифицированной помощи в консультации и стационаре. При этом консультации принадлежит решающая роль в связи с тем, что в стационаре беременная проводит ограниченное время, необходимое для выполнения специальных исследований и лечения (сложные эндокринологические, иммунологические и другие исследования, операции по поводу истмико-цервикальной недостаточности, иглорефлексотерапия, гормонотерапия, профилактика и лечение гипотрофии плода и др.), тогда как в консультации женщина находится под наблюдением с самого начала беременности, после выписки из стационара и до конца беременности. В процессе наблюдения решается вопрос о госпитализации.

Профилактическая госпитализация женщин с риском невынашивания проводится в так называемые критические сроки: в 7-8 недель беременности, в 16 недель и 28 неделю, а также в сроки прерывания предыдущих беременностей.

Госпитализация рекомендуется:

) в срочном порядке при появлении признаков угрозы прерывания беременности;

) профилактически:

а) в случаях повторного прерывания беременности в ранние сроки госпитализация показана непосредственно после установления беременности или даже при наличии предположительных признаков (задержка менструации на несколько дней в сочетании с повышением базальной температуры);

б) беременную госпитализируют в так называемые критические периоды: в сроки прерывания предшествующих беременностей и в срок 25-28 недели;

в) при наличии признаков истмико-цервикальной недостаточности, аномалии развития половых органов, внутриматочных синехий беременную также направляют в стационар до появления клинических признаков выкидыша;

г) профилактической госпитализации за 2-3 недели до родов подлежат беременные, подвергавшиеся консервативному и хирургическому лечению по поводу угрозы прерывания беременности.

Ведение в условиях консультации женщин с риском преждевременного прерывания беременности предусматривает тщательное соблюдение общего режима, рациональное питание, в соответствующих случаях больничного листа с условием соблюдения полупостельного режима в домашней обстановке (при соответствующих бытовых условиях). Беременные, имевшие ранее выкидыш и преждевременные роды, нуждаются в психотерапии независимо от этиологии и патогенеза невынашивания. Рациональная психотерапия, воздействуя на кору головного мозга, оказывает нисходящее влияние на гипоталамо-гипофизарную и периферическую нервную системы, от которых зависит функциональное состояние беременной матки.

Физический, психический и половой покой является важной составной частью предупреждения преждевременного прерывания беременности. Покой особенно необходим при наличии угрожающих признаков данной патологии, в критические периоды, некоторое время после хирургического вмешательства по поводу истмико-цервикальной недостаточности.

В женской консультации осуществляют поддерживающую терапию, если она показана после выписки из стационара. По показаниям назначают ХГ, эстрогены, гестагены, предпочтительно в небольших дозах. Указанные гормоны применяют в I триместре беременности; после 12-14 недели они практически утрачивают значение.

Поддерживающую гормонотерапию (малые дозы преднизалона, дексаметазона и др.) осуществляют в ранние и поздние сроки беременности при наличии признаков гиперандрогении (дисфункция коры надпочечников). Имеются сообщения об успешном проведении иглорефлексотерапии при невынашивании беременности [Воронцова Г.М., Любимова А.И., 1980].

При угрозе аборта с успехом применяют лазерное облучение соответствующих биологически активных точек [Джвебенова Г.Г. и др., 1984].

При своевременной и правильной терапии поддерживающее лечение не требуется. В женской консультации ограничиваются тщательным наблюдением за беременной.

.3.3 Подготовка к последующей беременности с невынашиванием

После установления причин невынашивания беременности врач разрабатывает индивидуальный план лечения и подготовки пары к следующей беременности. При этом очень важно создать благоприятный психологический настрой и вселить уверенность в своих силах. Следующую беременность, как правило, разрешают планировать не ранее чем через 6-12 месяцев, в течение которых проводят обследование, лечение, восстановление и укрепление организма.

После наступления беременности женщинам с невынашиванием нужно чаще, чем другим будущим мамам, посещать акушера-гинеколога. Им рекомендуется профилактическое стационарное лечение в сроки предыдущих прерываний беременности, а также на 7-8, 16, 28 неделе, и отказ от половой жизни как минимум в I и III триместре. Кроме того, этим женщинам назначаются профилактические курсы лечения для улучшения обмена веществ (гепатопротекторы, антиоксиданты и препараты, улучшающие кровообращение в матке).

Комплексное обследование, выявление причин и своевременное лечение, а также наблюдение за состоянием при беременности позволяет женщинам с невынашиванием наконец стать мамами. По данным медицинской статистики, после адекватной терапии даже у женщин с привычным невынашиванием в 95-97% случаев рождаются жизнеспособные дети. Поэтому верьте в себя и в долгожданную встречу со своим малышом, и помните, что ваш позитивный настрой - лучшее лекарство!

Выводы по главе

. Для женщин г. Краснодар, приоритетными в возникновении самопроизвольных абортов являются следующие факторы риска:

Социальные (одинокая женщина, негативное отношение к беременности; наличие вредных привычек; тяжелые условия труда; работа в сверхурочные часы и ночные смены; отсутствие антенатального наблюдения);

Медицинские (нарушение менструальной функции по типу дисменореи; наличие инфекций, передающихся половым путем; гестоз в анамнезе; сопутствующие заболевания мочеполовой системы).

. Выявлены доминирующие факторы риска, способствующие формированию регрессирующей беременности: возраст женщины старше 35 лет, привычное невынашивание, а анамнезе, наличие инфекционных заболеваний мочеполовой системы.

. По результатам морфологических исследований хориона и плаценты одной из ведущих причин самопроизвольных абортов является инфекционные заболевания. В происхождении регрессирующей беременности основными этиопатогенетическими механизмами являются хромосомные изменения и аутоиммунные нарушения. Частота хромосомных аномалий при регрессирующей беременности составила 64%.

. Применение разработанной системы прогнозирования самопроизвольного аборта и алгоритма мониторинга результативности его профилактики позволяет снизить частоту данной патологии как в отдельно взятом лечебно-профилактическом учреждении, так и в целом по исследуемой территории.

. Причиной НБ является динамическое пространственно-временное сочетание условий, при которых нарушены гомеостаз организма беременной и его адаптации в окружающей среде, что не обеспечивает успешного вынашивания беременности и приводит к выкидышу. Среди условий невынашивания беременности следует различать необходимое, без которого выкидыш не развивается, и добавочные, нередко множественные условия, способствующие реализации причинного основания.

. На современном этапе наблюдается патоморфоз самопроизвольных абортов, проявляющийся особенностями структуры, сроков и механизма прерывания беременности, изменениями медико-социального портрета и состояния репродуктивного здоровья пациенток, страдающих НБ. В структуре СА наблюдается достоверное увеличение доли неразвивщейся беременности, выкидышей на сроках 5-8 недель и уменьшение частоты поздних выкидышей. Имеется тенденция к увеличению частоты самопроизвольного прерывания первой беременности, к уменьшению частоты привычного невынашивания беременности, достоверно реже встречаются пациентки с 3 и более выкидышами, а также с СА после преодоления первичного бесплодия. В механизме самопроизвольного прерывания беременности преобладает инфекционно-восполительный генез. Достоверно уменьшилась доля пациенток раннего и позднего репродуктивного возраста, занятых на промышленном производстве и учащихся, увеличилось количество домохозяек, женщин имеющих сексуальный дебюд до 18 лет, хронические восполительные заболевания половых органов, генитальную микоплазменную и герпетическую инфекцию, опухолевидные образования яичников. Достоверно чаще пациентки используют контрацепцию, реже прибегают к повторным хирургическим абортам.

. Реализация СА способствует следующие факторы: социальные-некомфортные жилищные условия; низкий уровень дохода семьи; производственные-производственные вредности, преимущественно психоэмоциональное напряжение в процессе повседневной трудовой деятельности; воздействие продуктов промышленного производства (электромагнитное излучение, вибрация, радиационный фактор); психологические-сильные переживания по поводу конфликтных ситуаций, снятие стресса путем табакокурения, необходимость дневного сна; гигиенические - отсутствие регулярного питания, низкая физическая активность и табакокурение до наступления данной беременности; медицинские-незапланированная беременность, отсутствие предгравидарной подготовки, невыполнение рекомендаций врача вследствие финансового неблагополучия или недостаточной комплеентности этих рекомендаций

. Во всех наблюдениях ранних и поздних СА при морфологическом исследовании абортного материала выявляется комплекс признаков инфекционно-восполительного процесса с преимущественно восходящим путем распространения инфекта.

Общие выводы

Таким образом, подводя итог анализу наиболее вероятных причин самопроизвольных выкидышей, следует отметить и взаимодействие социальных и медицинских факторов риска, что диктует необходимость создания эффективной программы по обеспечению мер профилактики самопроизвольных выкидышей.

Пользуясь представленной оценочной программой, с помощью выбранных основных факторов риска возможна интегрированная оценка угрозы возникновения самопроизвольных выкидышей у беременных женщин. Таким образом, по характеристикам доминирующих факторов можно прогнозировать степень риска самопроизвольных абортов и, следовательно, осуществлять скрининг женщин репродуктивного возраста для последующей работы в направлении минимизации угрозы самопроизвольных абортов. Однако этого недостаточно для обеспечения профилактики самопроизвольных выкидышей среди женщин. Для успешного функционирования мониторинга необходимы индикаторы оценки результативности профилактики самопроизвольных абортов.

Так же необходимо совершенствование работы специалистов женских консультаций и гинекологических отделений учреждений здравоохранения по оказанию медицинской помощи беременным женщинам. Снижение частоты НБ и улучшение перинатальных исходов путем разработки и внедрение новых организационных и медицинских технологий реабилитации репродуктивного здоровья женщин после самопроизвольных абортов на основе изучения их патоморфоза, этиологии, механизмов развития и клинико-морфологических особенностей.

Заключение

. С помощью выявленных доминирующих социальных и медицинских факторов риска открывается возможность прогнозирования самопроизвольных абортов и регрессирующей беременности у женщин репродуктивного возраста.

. При ожидаемой угрозе самопроизвольных абортов следует определить степень риска в соответствии с ней решать вопросы диагностики, профилактики и лечения осложнений.

. При минимальной и средней степени риска возникновения самопроизвольного аборта следует проводить расширенный объем исследований для своевременной диагностики и лечения.

. При максимальной степени риска до наступления беременности следует провести целенаправленное обследование женщины и лечение выявленной патологии. При наступлении беременности в соответствии с предполагаемой причиной угрозы самопроизвольного аборта необходимо расширить объем специальных методов исследования, проводить лечебно-профилактические мероприятия в критические сроки беременности.

. При первичном обращении беременной женщины в ЖК необходимо проводить обследование позвоночника. В случае выявления вертебральной патологии беременных следует отнести к группе риска по возникновению самопроизвольного аборта.

. Для объективной оценки мероприятий по профилактике самопроизвольных абортов следует использовать алгоритм мониторинга результативности профилактики самопроизвольных абортов в каждом конкретном лечебно-профилактическом учреждении и для территории в целом.

Библиографический список

1. Акушерство / Э.К. Айламазян. Санкт-Петербург "специальная литература", 1998 г.

. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии/ Э.К. Айламазян. И.Т. Рябцева Н. Новгород "НГМА", 1997 г.

. Клиническое акушерство / И.В. Дуда, В.И. Дуда. Минск "вышэйшая школа", 1997 г.

. Неотложная помощь при акушерской патологии / И.И. Яковлев. л: медицина, 1971 г.

. Акушерство и гинекология / руководство для врачей и студентов. под ред. акад. Савельевой, Г.М., Сичинава, Л.Г. м: медицина, 1997 г. Av

. Актуальные проблемы невынашивания беременности: цикл клинических лекций / Под ред. Сидельниковой В.М. - М., 2000. 136 с.

. Генетические аспекты гинекологических заболеваний / Адамян Л.В., Спицын В.А., Андреева E.H. М.: Медицина, 1998. - 216 с.

. Патология беременности / Беккер С.М. Л.: Медицина, 1975 - 509 с.

. Роль гиперандрогении в невынашивании беременности: автореф. дис. канд. мед. наук / Беспалова Т.П. - СПб, 1999. - 23 с.

. Патоморфологическая диагностика ранних самопроизвольных выкидышей / Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г. - СПб: ГРААЛЬ, 1999. - 96 с.

. Диагностика и лечение при гормональных причинах невынашивания беременности: методические рекомендации / Кошелева Н.Г. и др. СПб, 1995. - 26 с.

. Профилактика и лечение невынашивания беременности: учебное пособие / Кошелева Н.Г. и др.; ред. Айламазян Э.К. СПб: Изд-во H-JT, 2009. - 76 с.

. Ранние сроки беременности / ред. Радзинский В.Е, Оразмурадов А.А. М.: МИА, 2005. - 448 с.

Профильные veb-сайты интернета

. Министерство здравоохранения и социального развития РФ (http/www. Minzdravsoc.ru

. Информационно-методический центр "экспертиза" (http/www. Сrs.ru)

. Центральный МИИ организации и информатизации здравоохранения (http/www. Mednet.ru).

Приложения

Приложения №1

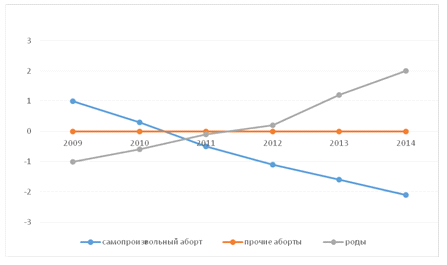


Рисунок 1. Уровень и динамика абортов и родов в расчете на 1000 женщин фертильного возраста

Приложение №2

Лечение и исходы беременности у пациенток с угрозой невынашивания беременности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нозология и вид лечения | 2013 год | 2014 год |
| 1. Угрозы прерывания беременности | 274-37,2% | 232-32,7% |
| Получили лечение | 274-100% | 232-100% |
| Стационар | 240-87,6% | 198-85,3% |
| Дневной стационар | 34-12,4% | 14-6,1% |
| Амбулаторно | - | 20-8,6% |
| Из них преждевременные роды | 13-4,7% (61,9%) | 4-1,7% (26,7%) |
| 2. Самопроизвольные выкидыши | 6-2,2% (66,7%) | 4-1,7% (40%) |
| Угрожаемые по не вынашиванию | 442-60,7% | 344-48,5% |
| Получили лечение | 442-100% | 344-100% |
| Стационар | 41-9,3% | 22-6,3% |
| Дневной стационар | 364-82,3% | 299-86,9% |
| Амбулаторно | 37-8,4% | 23-6,6% |
| Из них преждевременных родов | - | 1-0,3% |
| Самопроизвольные выкидыши | 2-1,6% | 1-0,3% |

Приложение №3

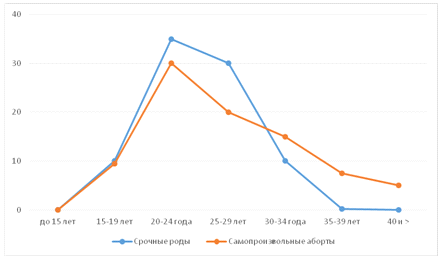


Рисунок 2

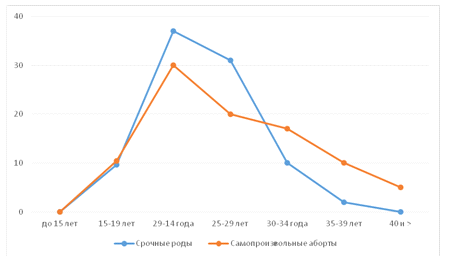


Рисунок 3

Результаты сравнения возрастной структуры срочных родов и самопроизвольных абортов, зарегистрированных у женщин репродуктивного возраста, проживающих в г. Краснодар в 2013 году (рисунок 2), и в выборке настоящих исследований (рисунок 3).

Приложение №4

Таблица 1. Минимальная степень риска возникновения СА

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Классы факторов | Факторы риска | 95% ДИ нижняя граница | 95% ДИ верхняя граница |
| Образ жизни | Учащиеся и студенты | 0,1 - 0,9 | 1,1 - 1,7 |
| Анамнез факторов в быту и на производстве | Неудовлетворительные жилищно-бытовые условия |  |  |
| Акушерский анамнез | Позднее menarche, ранний возраст начала половой жизни, количество беременностей |  |  |
| Анамнез настоящей беременности | Несвоевременная постановка на учет в женской консультации |  |  |
| Исходы предыдущих беременностей | Самопроизвольные аборты в первом или втором триместре |  |  |
| Сопутствующая эктрагенитальная патология | Заболевания эндокринной системы, анемия, частые ОРЗ |  |  |

Таблица 2. Средняя степень риска самопроизвольного аборта

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Классы факторов | Факторы риска | 95% ДИ нижняя граница | 95% ДИ верхняя граница |
| Образ жизни | Семейное положение (одинокая женщина). | 1,5 - 2,0 | 2,5 - 4,0 |
| Анамнез факторов в быту и на производстве | Тяжелые условия труда |  |  |
| Акушерский анамнез | Нарушение менструальной функции по типу дисменореи |  |  |
| Анамнез настоящей беременности | Негативное отношение к беременности |  |  |
| Исходы предыдущих беременностей | Гестозы первой и второй половины беременности |  |  |
| Сопутствующая эктрагенитальная патология | Вертебральная патология |  |  |

Таблица 3. Максимальная степень риска самопроизвольного аборта

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Классы факторов | Факторы риска | 95% ДИ нижняя граница | 95% ДИ верхняя граница |
| Образ жизни | Наличие вредных привычек | 5,1 - 7,6 | 9,7 - 15,1 |
| Анамнез факторов в быту и на производстве | Сверхурочные часы и ночные смены |  |  |
| Акушерский анамнез | Инфекции, передающиеся половым путем |  |  |
| Анамнез настоящей беременности | Отсутствие антенатального наблюдения |  |  |
| Исходы предыдущих беременностей | Привычное невынашивание |  |  |
| Сопутствующая эктрагенитальная патология | Заболевания мочеполовой системы инфекционного и неинфекционного характера |  |  |