

НЕСОСТОЯВШАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ - ПРИЧИНЫ И ТАКТИКА

Хабибулина Ляйсан Ильдусовна

студент, Ижевская государственная медицинская академия, РФ, г. Ижевск

Пашков Юрий Юрьевич

студент, Ижевская государственная медицинская академия, РФ, г. Ижевск

Гарафиева Ильзира Дамировна

студент, Ижевская государственная медицинская академия, РФ, г. Ижевск

Семенова Маргарита Витальевна

научный руководитель, канд. мед. наук, доцент Ижевская государственная медицинская академия, РФ, г. Ижевск

Проблема невынашивания беременности продолжает сохранять свою актуальность и приоритетность в современном акушерстве. Обусловлено это, прежде всего, тем, что невынашивание беременности является одной из главных составляющих репродуктивных потерь [6,9]. Частота самопроизвольных прерываний, по данным разных авторов, достигает 15-20% от общего числа подтвержденных беременностей I триместра, до 80% от этого числа составляет неразвивающаяся беременность [4,7,11]. Основную сложность в решении этой проблемы представляет то обстоятельство, что причин невынашивания чрезвычайно много [1]. Достаточно много и клинических вариантов потерь в ранние сроки беременности: угрожающий и начавшийся выкидыш, выкидыш в ходу, неполный выкидыш, септический выкидыш, неразвивающаяся беременность.

Диагностика и дифференциальная диагностика основываются на соответствующих жалобах, данных анамнеза, физикального исследования, лабораторных и инструментальных методах.

Тактика зависит от клинического варианта ранних потерь беременности. Основные направления – выжидательная тактика или эвакуация плодного яйца/остатков при невозможности и нецелесообразности дальнейшего сохранения беременности. Выжидательная тактика возможна в первом триместре беременности при угрожающих и начавшихся выкидышах, когда нет клинически значимого маточного кровотечения, признаков инфекции, чрезмерного болевого синдрома, нарушений гемодинамики. Подтвержденная при динамическом наблюдении неразвивающаяся беременность служит показанием для опорожнения полости матки [1].

И для пролонгирования беременности, и для завершения беременности используется медикаментозная терапия [3]. В первом случае это препараты прогестеронового действия (дидрогестерон, микронизированный прогестерон). Медикаментозная терапия завершения беременности (неполный аборт, неразвивающаяся беременность) представлена в основном препаратами антипрогестеронового действия (мифепристон) и аналогами простагландинов (мизопростол) [2,5]. Хирургическое лечение заключается либо в выскабливании полости матки либо в вакуум-аспирации плодного яйца/остатков при неполном или инфицированном аборте [8].

В настоящее время наблюдается увеличение использования более щадящих методов

опорожнения полости матки. Так, если сравнивать частоту используемых методов в 2012 и 2017 гг., то использование медикаментозного аборта увеличилось с 8,2 до 13,5%, то есть в 1,5 раза, вакуумная аспирация с 32,6 до 34,3%, а дилатация и кюретаж - снизилось на 17% [10]. Однако эта динамика является недостаточной для страны, где ежегодно выполняется более двух миллионов аборт.

Цель исследования - проанализировать структуру причин ранних потерь беременности в Удмуртской Республике, тактику ведения пациенток для оптимизации оказания медицинской помощи.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности соматического, акушерско-гинекологического анамнеза пациенток с ранними потерями беременности.
2. Изучить основные клинические проявления различных вариантов невынашивания беременности в первом триместре беременности.
3. Проанализировать лечебную тактику.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ 2800 историй болезни пациенток, госпитализированных в 2017 г. в гинекологическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР», из которых были отобраны 243, соответствующие задачам исследования. Анализировались данные анамнеза, клинической картины, лабораторных и инструментальных методов исследования (гормональные исследования, ультразвуковые методы). Полученные данные обработаны статистически.

Результаты исследования. Из 2800 историй болезни были выбраны 223, что составило $8,7 \pm 0,5\%$, из них замершая беременность диагностирована у 162 пациенток ($72,6 \pm 3,2\%$), самопроизвольный аборт у 61 ($27,4 \pm 2,8\%$) женщины. По нашим данным преобладали жительницы сельской местности $56,8 \pm 3,3\%$ ($p = 0,04$). Средний возраст пациенток составил $31,2 \pm 1,7$ лет. Преобладали работающие женщины - $72,8 \pm 2,9\%$ ($p = 0,03$), значительно меньшее количество неработающих женщин - $21,8 \pm 2,6\%$ ($p = 0,07$) и учащихся $5,3 \pm 1,4\%$ ($p = 0,09$), одинокими были $13,6 \pm 2,2\%$ ($p = 0,07$). Было выяснено, что у $21,0 \pm 2,6\%$ ($p = 0,06$) женщины данная беременность является первой, у $16,0 \pm 2,4\%$ ($p = 0,06$) - второй, у $19,3 \pm 2,5\%$ ($p = 0,06$) - третьей и у $43,6 \pm 3,2\%$ ($p = 0,05$) - наблюдалось более 3 беременностей. У $53,9 \pm 3,2\%$ ($p = 0,04$) женщин предыдущая беременность закончилась родами, у $29,2 \pm 2,9\%$ ($p = 0,05$) искусственным абортом, у $16,0 \pm 2,4\%$ ($p = 0,06$) - замершей беременностью (рис. 1). У каждой пятой женщины от предыдущей до настоящей беременности прошло менее года. У $81,5 \pm 2,5\%$ ($p = 0,02$) пациенток зарегистрирована экстрагенитальная патология, нередко сочетанная. В структуре заболеваний преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта, патология почек и надпочечников, систем крови, дыхания, сердца и сосудов.

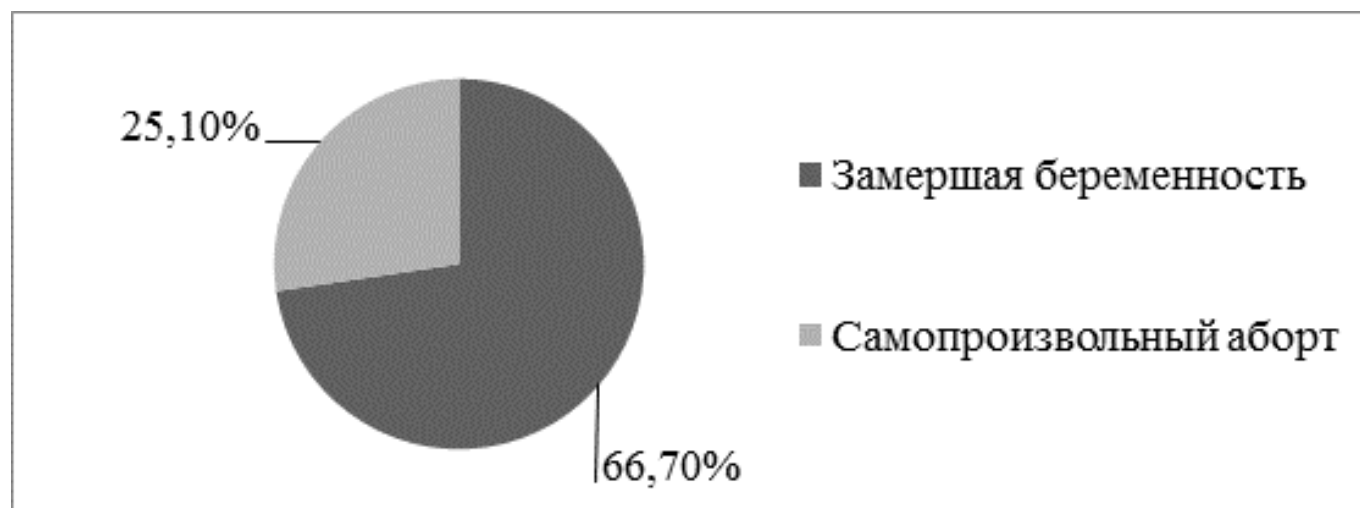


Рисунок 1. Структура ранних потерь беременности у госпитализированных женщин

Особое внимание нужно уделить тому, что основной жалобой пациенток при поступлении было наличие кровянистых выделений из половых путей и повышение температуры тела. Также необходимо отметить наличие в анамнезе гинекологических заболеваний. Среди таких заболеваний первое место занимают эрозии шейки матки - $42,4 \pm 3,2\%$ ($p = 0,05$), на втором месте - сальпингоофорит - $30,0 \pm 2,9\%$ ($p = 0,05$), на третьем месте - уреаплазменная инфекция - $12,3 \pm 2,1\%$ ($p = 0,04$). В то же время достоверно реже пациентки с неразвивающейся беременностью отмечают микоплазменную - $2,1 \pm 0,9\%$ ($p = 0,06$), цитомегаловирусную инфекцию - $1,2 \pm 0,7\%$ ($p = 0,06$), токсоплазмоз - $0,4 \pm 0,4\%$ ($p = 0,06$), трихомоноз - $1,2 \pm 0,7\%$ ($p = 0,06$), гонорейю - $2,5 \pm 1,0\%$ ($p = 0,06$) (рис. 2). У 35 % женщин данная беременность осложнялась различными заболеваниями и инфекциями. Среди осложняющих факторов на первом месте стояло патологическое расположение плаценты - $9,1 \pm 1,8\%$ ($p = 0,06$), на втором - анемия - $8,2 \pm 1,8\%$ ($p = 0,06$), на третьем - маловодие - $6,2 \pm 1,5\%$ ($p = 0,06$). Из 243 исследуемых женщин, у $4,9 \pm 1,2\%$ ($p = 0,06$) были вредные привычки, такие, как курение и прием алкогольных напитков.

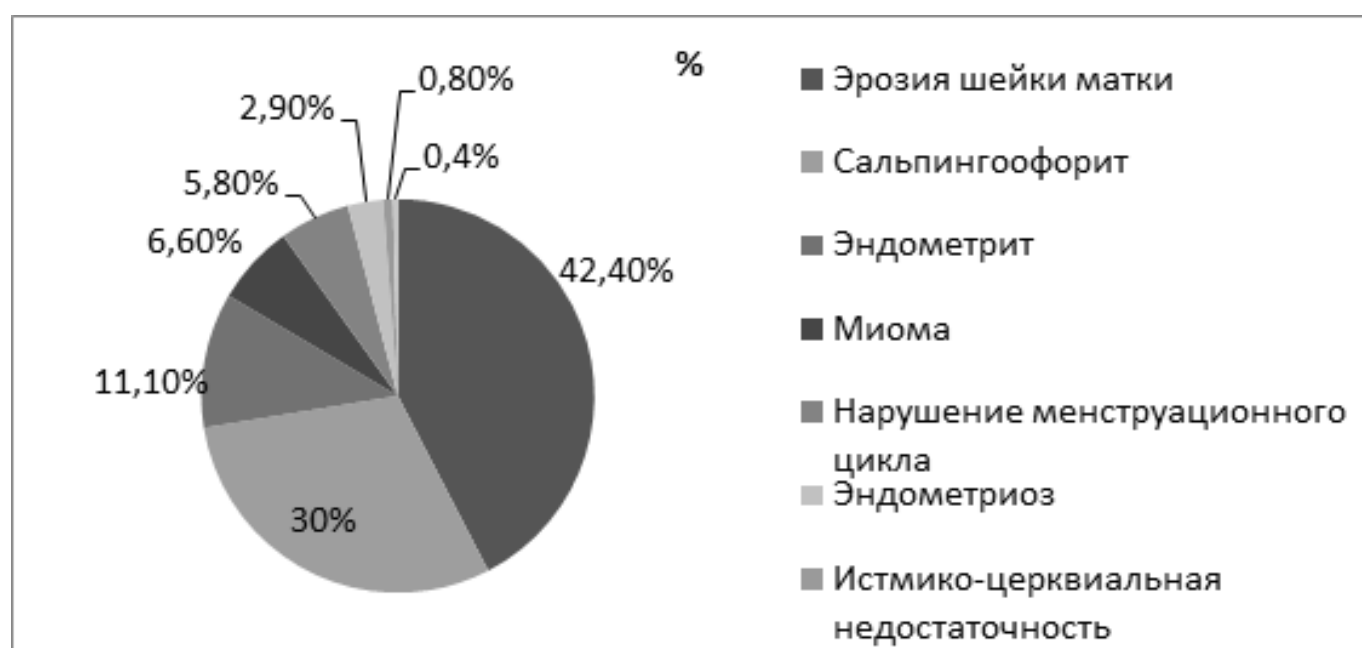


Рисунок 2. Структура гинекологических заболеваний

Основным методом эвакуации плодного яйца было выбрано выскабливание полости матки ($89,7 \pm 1,9\%$, $p = 0,02$), в $10,3 \pm 2,0\%$ ($p = 0,06$) - «малое» кесарево сечение (рис. 3). Гистологическое исследование удаленного из полости матки материала показало наличие признаков недостаточности ранней плаценты, а также восходящей бактериальной инфекции.

После опорожнения полости матки пациенткам проведена противовоспалительная терапия. В качестве основного метода лечения применялись антибиотики, такие как цефотаксим, амикацин, у $92,59 \pm 0,3\%$ ($p = 0,02$), гормоны - окситоцин - $74,49 \pm 0,9\%$ ($p = 0,03$) и спазмолитики - нош-па - $42,80 \pm 1,5\%$ ($p = 0,05$). Средний объем кровопотери во время операции составил 60 мл.

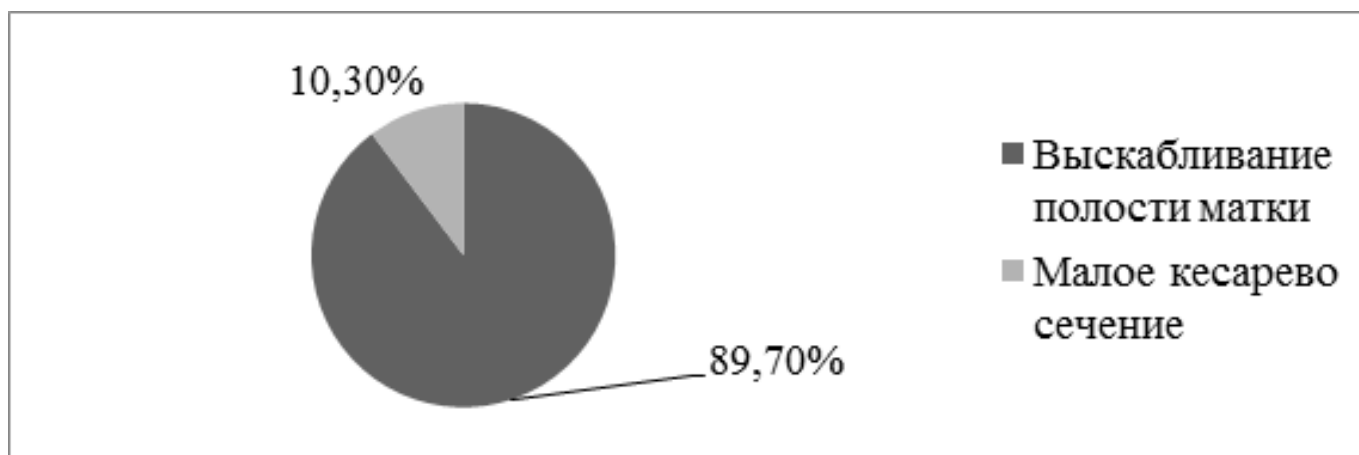


Рисунок 3. Методы эвакуации плодного яйца

Выводы.

1. В структуре показаний к госпитализации ранние потери беременности составляют $8,7 \pm 0,5\%$, при этом превалирует несостоявшаяся беременность - $72,6 \pm 3,2\%$.
2. У каждой пятой женщины настоящая беременность была первой, частые беременности наблюдались с той же частотой.
3. Фактором риска невынашивания в Удмуртской Республике являются порядковый номер беременности (третья и более), перинатально значимые инфекции, экстрагенитальная патология, завершение предыдущей беременности искусственным абортом или несостоявшаяся беременность.
4. Требуется пересмотра выбор тактики завершения беременности в сторону более щадящих методов.

Список литературы:

1. Агаркова, И.А. Неразвивающаяся беременность: оценка факторов риска и прогнозирование/ И.А. Агаркова. - Медицинский альманах, 2010. - 82 с.
2. Дикке, Г.Б. Медикаментозный аборт: руководство для врачей/ Г.Б. Дикке. - Москва: МЕДпресс-информ, 2015. - 344 с.
3. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Медикаментозное прерывание беременности»: федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323 - ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»// Собрание законодательства. - 2011. - №323, (21 ноября).
4. Краснопольский, В.И. Влияние инфекций на репродуктивную систему женщин/ В.И. Краснопольский, О.Ф. Серова, В.А. Туманова. - Москва: Российский вестник акушера-гинеколога, 2014. - 28с.
5. Прилепская, В.Н. Медикаментозное прерывание беременности с помощью препарата мифепристон. Планирование семьи /В.Н. Прилепская, В.И. Волков, Д.В. Жердев. - Москва, 2015. - 23 с.
6. Радзинский, В.Е. Неразвивающаяся беременность./ В.Е. Радзинский, В.И. Дмитриева, И.Ю. Майскова. - Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - 200 с.

7. Радзинский В.Е. Прогнозы лечения невынашивания беременности в первом триместре прогестагенами/ В.Е. Радзинский, Е.Ю. Запертова, А.В. Миронов. - Москва: Гинекология. - 2014. - 35 - 37 с.
8. Савельева И.С. Современные технологии безопасного аборта. Доступность безопасного аборта и контрацепции: проблемы общественного здравоохранения/ И.С. Савельева, Т.М. Астахова, А.А. Куземин: Материалы международного семинара. - Москва, 2014. - 106с.
9. Сидельникова, В.М. Невынашивание беременности - современный взгляд/ В.М. Сидельникова. - Москва, 2012. - 46 с.
10. Скворцова М.Ю. Профилактика репродуктивных потерь и осложнений гестации у пациенток с невынашиванием беременности/ М.Ю. Скворцова, Н.М. Подзолкова. Москва: Гинекология, 2010. - 41 с.
11. Суханова, Л.П. Репродуктивный процесс в демографическом развитии России: социальные аспекты здоровья населения: в 12-ти т./ Л.П. Суханова; Информационно - аналитический вестник.- Москва, 2016. - 15 с.