



Министерство здравоохранения Республики Дагестан
Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение Республики Дагестан
«Дербентский медицинский колледж
им. Г.А.Илизарова»

Материалы
научно-практической конференции
на тему:
«НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ.
САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ ВЫКИДЫШ»

Разработчик методической разработки
преподаватель акушерства
и гинекологии: Омарова Р.Г.

Дербент – 2024

УДК 117
ББК 36
М-34

Рекомендовано к изданию заседанием методического совета
ГБПОУ РД «Дербентский медицинский колледж
им. Г.А. Илизарова»
Рег. № 617-02-2024

Гамзатова С.А. – директор ГБПОУ РД «Дербентский медицинский колледж им. Г.А. Илизарова»: - к. э. н., засл. врач РД

Разработчик: - Омарова Рейхан Гаруновна, преподаватель высшей квалификационной категории акушерства и гинекологии ГБПОУ РД «Дербентский медицинский колледж им. Г.А. Илизарова», 2024г.

Рецензент – Курабекова Наиля Арифовна, к.м.н., преподаватель акушерского дела, врач акушер - гинеколог.

М-34 Материалы научно-практической конференции на тему «Невынашивание беременности, Самопроизвольный выкидыш» (для преподавателей и обучающихся средних специальных учебных заведений). – Махачкала: Издательство АЛЕФ, 2024. – 40 с.

Материалы научно-практической конференции на тему «Невынашивание беременности, Самопроизвольный выкидыш» (преподавателей средних специальных учебных заведений) разработана для обучающихся медицинского колледжа и подготовлены в соответствии с требованиями ФГОС СПО для специальности: 31.02.02. «Акушерское дело»

Пособие построено в соответствии с программами специальностей и включает методический материал, рекомендованный к использованию на занятиях в средних специальных учебных заведениях.

Содержание

Список сокращений.....	4
Термины и определения	4
Введение.....	6
1. Пояснительная записка	8
2. Методический блок:	
- цели и задачи мероприятия.....	10
- программа проведения мероприятия	11
- междисциплинарные связи	12
- этапы деятельности преподавателя при подготовке к мероприятию.....	12
3. Теоретическая часть	
3.1 Определение, классификация	15
3.2 Этиология и факторы риска самопроизвольного выкидыша	16
3.3 Клинические проявления и диагностика самопроизвольного выкидыша.....	17
3.4 Осложнения самопроизвольного выкидыша.....	19
3.5 Дифференциальный диагноз.....	19
3.6 Лечение.....	20
3.7 Тактика при оказании помощи женщине с кровотечением, вызванном самопроизвольным выкидышем	22
3.8 Профилактика невынашивания беременности	23
4. Практическая часть	
4.1. Показатели выявления самопроизвольных выкидышей.....	25
4.2 Распределение по возрастной категории	25
4.3 Анализ репродуктивной функции	26
4.4 Причины самопроизвольного выкидыша	27
4.5 Анализ случаев невынашивания в зависимости от срока гестации.....	28
4.6 Анамнез соматической патологии.....	28
Выводы	29
Заключение.....	30
Список литературы	31
5. Приложения:	
Приложение 1 Критерии оценки качества медицинской помощи.....	33
Приложение 2 Алгоритм обследования супружеской пары с привычным невынашиванием беременности	34
Приложение 3 Информация для пациента.....	35
Приложение 4 Методика медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности	37

Список сокращений

ВЗОМТ- воспалительные заболевания органов малого таза

ИВ- инфицированный выкидыш

ИППП- инфекции, передаваемые половым путем

КТР- копчико-теменной размер

НБ -неразвивающаяся беременность

ПВ- привычный выкидыш

СБ -сердцебиение

УВ -угрожающий выкидыш

УЗИ- ультразвуковое исследование

ХА- хромосомная анеуплоидия

ХГЧ -хорионический гонадотропин человека

ШМ- шейка матки

АД-артериальное давление

ЧДД-частота дыхательных движений

ЧСС-частота сердечных сокращений

ИЦН-истмико-цервикальная недостаточность

АФС-антифосфолипидный синдром

ЦМВИ-цитомегаловирусная инфекция

ШИ-шоковый индекс

Термины и определения

Анэмбриония - состояние, при котором происходит развитие плодного яйца и его структур, но не происходит формирования эмбриона, который не визуализируется при ультразвуковом исследовании (УЗИ).

Беременность биохимическая - беременность, диагностированная только путем определения хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в сыворотке крови или в моче.

Беременность клиническая - беременность, диагностированная путем визуализации при УЗИ одного или более плодных яиц/плодов, или наличия достоверных клинических признаков беременности. Термин применяется в отношении как маточной, так и эктопической беременности.

Беременность неизвестной (неясной) локализации - отсутствие признаков маточной или внематочной беременности по данным УЗИ при положительном результате мочевого теста на беременность или исследования крови на β -субъединицу ХГЧ.

Беременность неопределенной (неясной) жизнеспособности - маточная беременность, при которой при УЗИ средний внутренний диаметр плодного яйца

Выкидыш (самопроизвольный аборт) - самопроизвольное прерывание беременности (изгнание или экстракция эмбриона/плода) до 22 недель беременности.

Выкидыш инфицированный (септический) (ИВ) - выкидыш, сопровождающийся признаками инфекции/воспаления органов половой системы.

Выкидыш в ходу - необратимое состояние потери беременности, при котором плодное яйцо/плод находится в процессе изгнания из полости матки. **Выкидыш неполный** - неполная экспульсия плодного яйца/плода из полости матки.

Выкидыш полный - полная экспульсия плодного яйца/плода из полости матки.

Выкидыш привычный (ПВ) - наличие у женщины двух и более самопроизвольных потерь беременности в сроках до 22 недель.

Выкидыш угрожающий (УВ) - состояние развивающейся беременности до 22 недель, при котором наблюдаются кровяные выделения из половых путей или признаки отслойки хориона/плаценты по данным УЗИ.

Неразвивающаяся беременность (НБ) - остановка в развитии (отсутствие СБ) эмбриона/плода до 22 недели беременности при отсутствии экспульсии плодного яйца/плода.

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) характеризуется укорочением длины шейки матки (ШМ) менее 25 мм и/или дилатацией цервикального канала более 10 мм (на всём протяжении) ранее 37 нед беременности без клинической картины преждевременных родов (ПР).

В качестве экспресс-диагностики шока используется определение **шокового индекса Альговера (ШИ)** – это отношение частоты сердечных сокращений за 1 минуту к величине систолического давления. Нормальная величина ШИ = $60/120 = 0.5$. При шоке I ст (кровопотеря 15-20% ОЦК) ШИ = 0.8-0.9 (80/110).

Введение

Невынашивание беременности - одна из основных проблем современной репродуктологии. Частота невынашивания на сегодняшний день составляет 15-27%. Привычным невынашиванием беременности является самопроизвольное прерывание беременности два раза подряд и более. До 85% выкидышей приходится на долю I триместра беременности (до 13 недель), остальные 15% - прерывание во втором и третьем триместре. Проблема самопроизвольных выкидышей стоит во главе списка акушерских патологий раннего срока беременности и составляет до 20% среди всех осложнений. Наиболее неблагоприятным периодом по частоте СПВ считается срок до 12 недель. В то время происходит 80% всех самопроизвольных выкидышей. Именно поэтому существует важность ранней диагностики состояния плода и постановки беременной на учет в сроке до 12 недель. Сложные условия современной жизни – социально-экономические и экологические потрясения, ухудшение соматического здоровья населения, рост хронических заболеваний, значительное распространение инфекций, передаваемых половым путем, рост социально значимых заболеваний, бесплодия в браке, гинекологической патологии, в том числе среди подростков, а также высокий уровень абортс предрасполагают к развитию осложнений во время беременности и создают условия для ее преждевременного прерывания. Ежегодно самопроизвольно прерывается около 170000 желанных беременностей.

Актуальность темы

В последние годы отмечается значительное ухудшение качества репродуктивного здоровья женщин, что выражается в росте частоты осложнений беременностей и родов (Фролова О.Г., Ильичева И.А., 2023). Немаловажным фактором, снижающим репродуктивный потенциал населения, являются репродуктивные потери вследствие невынашивания беременности. По статистике каждая пятая беременность прерывается самопроизвольным выкидышем (ежегодно 170 тысяч) (Кулаков В.И. с соавт., 2018; Сидельникова В.М., 2000; Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., 2017). В настоящее время невынашивание беременности рассматривается в качестве универсального интегрированного ответа женского организма на любое выраженное неблагополучие в состоянии системы «мать-плацента-плод», связанное с перенесенными инфекциями, эндокринной и генетической патологией, воздействием неблагоприятных факторов среды.

Исследования последних лет показали, что формирование внутриутробного неблагополучия начинается на ранних сроках развития

фетоплацентарной системы, когда различные заболевания, состояния эндометрия и миометрия обуславливают неполноценное формирование экстраэмбриональных структур (Радзинский В.Е., Милованов А.П.).

С учетом отмеченных факторов разработана концепция, согласно которой количественно измеряемые параметры репродуктивной системы, в том числе и самопроизвольные выкидыши, могут служить оценочным критерием экологического неблагополучия региона и биологической опасности окружающей среды (Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г., 2016).

Медицинская и социальная значимость проблемы невынашивания беременности, заключается и в осложнениях, возникающих после самопроизвольных абортов (Базовая М.Ю., 2023).

Пояснительная записка

Методическая разработка конференции на тему: «Невынашивание беременности. Самопроизвольный выкидыш», составлена в соответствии с «Положением о проведении студенческих конкурсов, конференций и других внеаудиторных мероприятий» ГБПОУ РД «Дербентского медицинского колледжа им. Г.А.Илизарова». Выбор темы «Невынашивание беременности. Самопроизвольный выкидыш» не случаен. Задача конференции заключается в том, чтобы разобрать тему, начиная с этиологии и заключается профилактикой. История акушерства составляет одну из станиц истории культуры и цивилизации человечества. Одним из знаков социализации, безусловно, следует считать возникновение взаимопомощи, в том числе при болезнях, травмах и в первую очередь при родах. Появление сознательной взаимопомощи как важнейшего общественного феномена современная историческая наука относит к развитию человека. Беременность (*graviditas*) — физиологический процесс развития в женском организме оплодотворенной яйцеклетки, в результате которого формируется плод, способный к внеутробному существованию. Самый таинственный период в жизни каждой женщины, когда происходит расцвет ее женского начала - это беременность. Рождение ребенка – желанное событие в жизни любой семьи, к этому событию следует заранее должным образом подготовиться. Планирование семьи заключается в обращении будущих родителей к врачу с целью выявления и устранения возможных заболеваний родителей и минимизации возможных угроз для плода, что способствует нормальному развитию плода во время беременности. В противном случае это ведет к риску развития самопроизвольного выкидыша и усугубляет имеющиеся нарушения репродуктивного здоровья женщины.

Проблема невынашивания беременности продолжает сохранять свою актуальность и приоритетность в современном акушерстве.

Данное мероприятие направлено на формирование общих и профессиональных компетенций будущего специалиста, таких как:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности

ПК 1.1 Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения.

ПК 3.6. Проводить санитарно-просветительскую работу по вопросам планирования семьи, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья.

ПК 1.7. Информировать пациентов по вопросам охраны материнства и детства, медицинского страхования.

ЛР.15 Способный в цифровой среде проводить оценку информации, ее достоверность, строить логические умозаключения на основании поступающей информации;

ЛР.17 Препятствующий действиям, направленным на ущемление прав или унижение достоинства (в отношении себя или других людей);

ЛР.18 Проявляющий и демонстрирующий уважение к представителям различных этнокультурных, социальных, конфессиональных групп;

ЛР. 26 Готов к выполнению поставленной задачи, направленной на помощь пациенту в любой ситуации.

Объекты и методы исследования

Объектом данного исследования выступила проблема невынашивания беременности, предметом – динамика спонтанного прерывания беременности в Дербенте.

Был проведен ретроспективный анализ статистической информации о динамике СПВ в Дербенте, а также визуализация полученного материала. Для изучения тенденции самопроизвольных выкидышей были использованы официальные данные ГБУ РД «Дербентская ЦГБ».

Цели и задачи мероприятия:

Обучающие:

- Повысить профессиональный уровень и интерес к данной теме;
- Способствовать самостоятельности при получении новых знаний при работе с дополнительными источниками;
- Овладеть дополнительными знаниями, выходящими за пределы учебной программы.
- Овладеть профессиональными компетенциями.

Развивающие:

- Способствовать развитию исследовательской и познавательной деятельности у студентов;
- Способствовать самовыражению и самореализации;
- Развивать клиническое мышление, способности к анализу и синтезу;
- Развивать речь, умение выступать и составлять доклады;
- Сформировать способности логически излагать свои мысли.

Воспитательные:

- Воспитывать коллективную деятельность;
- Четко выполнять свои обязанности, быть организованным и ответственным;
- Прививать любовь и уважение к выбранной профессии.

Методические:

- демонстрация использования современных образовательных технологий (информационно-компьютерных, игровые, технологии активизации и интенсификации деятельности студентов);

- демонстрация работы в малых группах.

Задачи:

1. Дать обучающимся представление о невынашивании беременности, о новых достижениях в акушерстве.

2. Акцентировать внимание молодежи на том, что специальные медицинские знания легко экстраполируются в повседневную, в том числе, студенческую жизнь.

С целью качественной подготовки и проведения конференции были привлечены преподаватели клинических дисциплин МДК 01.01;04.01 и студенты групп, обучающихся по специальности 31.02.02 «Акушерское дело», 31.02.01 Лечебное дело, 34.02.01. Сестринское дело, принимающие участие в работе кружка «Акушерство и гинекология». Важно, что в ходе проведения конференции раскрываются междисциплинарные связи. Изучаемые

обучающимися дисциплины и междисциплинарные курсы предстают в едином комплексе. Использование видеоматериалов позволяет наглядно продемонстрировать взаимосвязь теоретических и практических аспектов темы конференции.

База исследования: ГБУ РД «Дербентская ЦГБ. Женская консультация»

Программа проведения конференции.

Дата проведения: 31.05.2024 г.

Время проведения: 12 ч.20 мин.

Место проведения: Актовый зал колледжа

Продолжительность мероприятия: 45 мин.

Оргкомитет: преподаватели акушерства и гинекологии

Вступительное слово преподавателя.

Теоретические аспекты:

-самопроизвольный выкидыш, определение;

-классификация;

-клинические формы, диагностика;

- самопроизвольный выкидыш, лечение;

-самопроизвольный выкидыш, профилактика.

Практическая часть конференции:

Материалы исследования взяты на базе ГБУ РД «Дербентская ЦГБ. Женская консультация»

Список участников и темы выступлений:

1. Мирзоева Р. студентка 21 «а» группы- Определение, классификация.
2. Османова И. студентка 11 «а» группы-Этиология, факторы риска.
3. Гаджиева А. студентка 21 «а» группы-Клинические проявления.
4. Абасов Ф. студент 2159 «м» группы- Диагностические критерии.
5. Керимова З. студентка 21 «а» группы-Осложнения, дифдиагностика.
6. Гаджикурбанова С. студентка 22 «ф» группы-Лечение.
7. Ханалиева М студентка 21 «а» группы-Акушерская тактика на догоспитальном этапе.
8. Профилактика невынашивания - студентка 32 «ф» группы Саидова С.
9. Практическая часть.

Оснащение и оборудование

1. Материально-техническое оснащение:

- компьютер;
- проектор;
- мультимедийный экран

2. Методическое обеспечение:

- методическая разработка;
- презентация.

Междисциплинарные связи:

- ОП 01 Анатомия и физиология человека;
- ОП 04 Фармакология;
- ОП 02 Основы латинского языка с медицинской терминологией;
- ОП 03 Основы патологии;
- ОП 06 Основы микробиологии и иммунологии;
- МДК 02.02. Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний хирургического профиля.

Этапы деятельности преподавателя при подготовке конференции.

1. Выбор темы конференции.

Преподаватели клинических дисциплин принимают решение о проведении конференции на тему: «Невынашивание беременности. Самопроизвольный выкидыш».

2. Создание оргкомитета по подготовке конференции.

Преподаватели выбирают группу обучающихся из участников кружка «Акушерство и гинекология» и создают творческую группу по подготовке конференции. Назначается день и время рабочих заседаний.

3. Заседание оргкомитета.

Преподаватели разъясняют обучающимся цели и задачи мероприятия и предлагают обсудить темы и содержание докладов. Подбирается литература.

4. Организация процесса подготовки докладов для конференции.

После распределения тем докладов, преподаватели вместе с обучающимися обсуждают содержание выступлений.

5. Проверка преподавателями материалов выступлений.

Преподаватели проверяют доклады и вносят коррективы.

6. Подготовка презентации.

Участники готовят слайды (в компьютерной программе Power Point), которые станут наглядным пособием к конференции.

7.Репетиции.

После подготовки докладов в актовом зале проводятся репетиции с использованием мультимедийной установки для демонстрации по ходу докладов, слайдов на экране. Вносятся коррективы.

8.Подготовка актового зала.

Преподаватель обеспечивает готовность актового зала к конференции.

Основные контрольные моменты:

1. Оборудование для презентации (компьютер, мультимедийная приставка, экран).

2. Форма одежды студентов (белый халат, белые медицинские брюки, бейдж, колпак (цвет соответственно отделению), белые тапочки).

3. Проведение конференции:

- преподаватель осуществляет руководящую и координирующую роль;
- ассистент проводит демонстрацию слайдов презентации по плану.

Рекомендации студентам по подготовке презентации и применению метода демонстрации слайдов в ходе проведения конференции:

При подготовке слайдов презентации необходимо соблюдать ряд условий:

1. В докладе следует выделить основные опорные моменты и по ним готовить слайды;

2. Показывать слайды следует постепенно, демонстрируемые слайды должны быть четко согласованы с содержанием доклада;

3. Предварительно следует прорепетировать доклады с показом слайдов;

4. Просмотр слайдов должен быть организован таким образом, чтобы слушатели могли хорошо видеть демонстрируемые моменты, а докладчик мог пользоваться слайдами в процессе своих сообщений на конференции.

Хронокарта конференции:

№ п/п	Структурные элементы	Время (мин.)	ответственный	Тема выступления
1.	Организационная часть занятия	2	Преподаватель, студенты	Проверка внешнего вида
2.	Сообщение темы и программы мероприятия	2	Преподаватель	Невынашивание беременности

3.	Доклад	2	Мирзоева Р. студентка 21 «а» группы	Определение, классификация.
4.	Доклад	3	Османова И. студентка 11 «а» группы	Этиология, факторы риска
5.	Доклад	2	Гаджиева А. студентка 21 «а» группы	Клинические проявления.
6.	Доклад	1	Абасов Ф. студент 2159 «м» группы	Диагностические критерии
7.	Доклад	2	Керимова З. студентка 21 «а» группы	Осложнения, дифдиагноз
8.	Доклад	4	Гаджикурбанова С. студентка 22 «ф» группы	Лечение
9	Доклад	2	Ханалиева М. студентка 21 «а» группы	Акушерская тактика на догоспитальном этапе.
10	Доклад	2	Саидова С. студентка 32 «ф» группы	Профилактика невынашивания
10	Анализ материалов исследования	3	Мирзоева Р. студентка 21 «а» группы-	Показатели выявления
11	Анализ материалов исследования	3	Керимова З. студентка 21 «а» группы	Распределение по возрасту, анализ репродуктивной функции
12	Анализ материалов исследования	4	Гаджикурбанова С. студентка 22 «ф» группы	Причины невынашивания беременности
13	Анализ материалов исследования	3	Саидова С. студентка 32 «ф» группы	Анамнез соматической патологии
14	Выводы	2	Османова И. студентка 11 «а» группы	Выводы
15	Выступление гостей	8	Преподаватели, практические врачи.	обсуждение

Вступительное слово преподавателя.

Здравствуйте, уважаемые коллеги и студенты!

Сегодня мы представим вашему вниманию научно-практическую конференцию: «Невынашивание беременности. Самопроизвольный выкидыш».

В числе других наиболее актуальных проблем одно из первых мест, занимает невынашивание беременности, поскольку, отрицательно влияет на уровень рождаемости и имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

Цель конференции – ознакомиться с этиологией, клиническими признаками самопроизвольного выкидыша, рассмотреть методы диагностики и принципы лечения и представить анализ материалов исследования по данной теме.

3. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

3.1 Определение, классификация

Выкидыш (самопроизвольный выкидыш) - самопроизвольное прерывание беременности (изгнание или экстракция эмбриона/плода) до 22 недель беременности. Определение включает также неразвивающуюся беременность.

Классификация выкидыша по сроку беременности:

- ранний (до 9 недель беременности);
- поздний (с 10 до 21 недель беременности).

Классификация выкидыша по стадии развития плодного яйца:

- преэмбриональный (до 4 недель беременности);
- эмбриональный (с 5 до 9 недель беременности);
- фетальный (с 10 до 21 недель беременности).

По клиническим проявлениям аборт делятся на:

1. Самопроизвольный аборт, определяют, как, раннее прерывание беременности до момента наступления жизнеспособности плода (22 неделя беременности).

Стадии самопроизвольного выкидыша могут включать в себя:

- угрожающий выкидыш;
- начавшийся выкидыш;
- выкидыш в ходу;
- неполный выкидыш;
- полный выкидыш.

Классификация самопроизвольных выкидышей, принятая ВОЗ, немного отличается от таковой, используемой в России, объединив начавшийся выкидыш и выкидыш в ходу в одну группу-неизбежный выкидыш (т.е. продолжение беременности невозможно).

Инфицированный выкидыш-прерывание беременности, сопровождающееся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровяными, иногда гноевидными выделениями из половых путей. При физикальном осмотре - тахикардия, тахипноэ, дефанс мышц передней брюшной стенки; при бимануальном влагалищном исследовании - болезненная, мягкой консистенции матка, цервикальный канал расширен. При отсутствии лечения возможна генерализация инфекции.

Неразвивающаяся беременность - гибель эмбриона или плода на сроке до 22 недель беременности при отсутствии экспульсии продуктов зачатия из полости матки. Диагноз устанавливается по данным УЗИ.

3.2 Этиология и факторы риска самопроизвольного выкидыша

Около 50% спорадических ранних выкидышей обусловлено хромосомными дефектами, в сроках 8-11 нед. - 41-50%, в сроках 16-19 нед. она снижается до 30%.

Наиболее частыми типами хромосомной патологии при ранних самопроизвольных выкидышах являются - аутосомные трисомии - 52%, моносомии X - 19%, полиплоидии - 22%, другие формы составляют - 7%.

В 80% выкидышей происходит вначале гибель, а затем экспульсия плодного яйца.

Среди других причин спорадических ранних выкидышей выделяют анатомические, эндокринные, инфекционные, иммунологические факторы, которые в большей мере являются причинами привычных выкидышей (**Клинические рекомендации «Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения»**).

В настоящее время выделено большое количество факторов риска развития самопроизвольного выкидыша, однако наиболее значимыми и доказанными являются:

1. Возраст матери: риск самопроизвольного выкидыша в возрасте от 20 до 30 лет составляет 9–17%, в возрасте 35 лет – 20%, в возрасте 40 лет – 40% и в возрасте 45 лет – 80%.

2. Наличие в анамнезе одного выкидыша повышает риск последующего самопроизвольного выкидыша до 20%, после двух выкидышей подряд до 28% и до 43% после трех или более выкидышей.

3. Курение более 10 сигарет в день ассоциируется с повышенным риском потери беременности. Механизм негативного действия табака до конца не известен, но возможно связан с его сосудосуживающим и антимераболическим действием.

4. Алкоголь: риск самопроизвольного выкидыша повышен у женщин, которые употребляют спиртные напитки более 3 раз в неделю в течение первых 12 недель беременности.

5. Использование нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) во время зачатия может быть связано с повышенным риском выкидыша. НПВС нарушают процессы имплантации за счет блока активности простагландинов в децидуальной ткани.

6. Повышение температуры тела выше 37,8⁰С и более может повысить риск прерывания беременности в ранние сроки, однако эти данные до конца не подтверждены.

7. Низкий уровень фолиевой кислоты в плазме (≤ 2.19 нг/мл (4.9 нмоль/л)) ассоциирован с повышенным риском самопроизвольного выкидыша в сроки от 6 до 12 недель беременности, но только при нормальном кариотипе у плода. Не существует никаких доказательств того, что применение витаминных добавок предотвращает развитие выкидыша.

8. Вес матери: индекс массы тела менее 18,5 или выше 25 ассоциируется с повышенным риском бесплодия и самопроизвольного выкидыша.

3.3 Клинические проявления и диагностика самопроизвольного выкидыша

Основными клиническими проявлениями прерывания беременности являются болевой синдром различной степени выраженности, кровянистые выделения из половых путей и гипертонус миометрия, характер которых зависит от срока беременности и причин прерывания беременности. Традиционно выделяют несколько стадий самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках.

Угрожающий выкидыш характеризуется незначительными или умеренными тянущими болями внизу живота и в области крестца, скудными кровянистыми выделениями. При этом размер тела матки соответствует сроку беременности, тонус матки повышен, шейка матки не изменена, наружный зев закрыт. Кровотечение часто бывает безболезненным, но может сопровождаться минимальными болями в надлобковой области. От 90 до 96% беременностей с незначительными кровянистыми выделениями в сроки 7–11 недель при сохранной сердечной деятельностью у плода сохраняются и не сопровождаются неблагоприятным прогнозом для последующего течения беременности. В систематическом обзоре была выявлена незначительная ассоциация между наличием кровотечения в первом триместре беременности и развитием неблагоприятных исходов в дальнейшем (невынашивание

беременности, преждевременные роды, преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка роста плода, кровотечение в родах). Прогноз ухудшается, когда кровотечение выражено или развивается во втором триместре беременности.

Для начавшегося выкидыша характерны более выраженные болевые ощущения и наличие кровянистых выделений из половых путей. Размер тела матки соответствует сроку беременности, так как плодное яйцо отслаивается на ограниченном участке, тонус матки повышен, шейка матки не изменена, наружный зев может быть приоткрыт.

При развитии выкидыша в ходу появляются схваткообразные боли внизу живота и выраженные кровянистые выделения, плодное яйцо, отслоившееся от стенок матки, пролобировывает в расширенный цервикальный канал. Выкидыш в ходу может завершиться полным или неполным выкидышем.

При неполном выкидыше в матке задерживаются части плодного яйца, затрудняя сокращение матки и способствуя продолжающемуся кровотечению, объем которого зависит от срока беременности.

При полном выкидыше (чаще развивается до 12 недель беременности) плодное яйцо полностью выходит из матки, матка сокращается и кровотечение прекращается.

Неразвивающаяся беременность – это отсутствие элиминации из полости матки погибшего эмбриона или плода в течение некоторого времени.

Инфицированный выкидыш – подразумевает развитие инфекционно-воспалительного процесса в результате накопления патогенных микроорганизмов. Инфицированный выкидыш, помимо описанной выше симптоматики, характеризуется появлением лихорадки, озноба, общего недомогания и болей внизу живота. Возбудителем инфекции, как правило, является стафилококки, грамотрицательные бактерии или некоторые грамположительные кокки. Инфекция может распространиться и приводить к развитию острого сальпингита, разлитого перитонита и сепсиса.

Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез:

- кровотечение из половых путей (всегда наружное) различной интенсивности;
- боли внизу живота различной интенсивности;
- задержка менструации;
- выделение фрагментов зародыша;
- возможно, повышение температуры тела.

Физикальное обследование: состояние может быть ухудшенным (слабость, бледность кожных покровов, тахикардия, одышка, снижение АД при сильном кровотечении), возможно повышение температуры тела.

Акушерское обследование:

1. Высота стояния дна матки – соответствует или не соответствует сроку беременности.

2. Осмотр шейки матки в зеркалах, вагинальный осмотр:

- кровотечение различной интенсивности;
- шейка матки закрыта или раскрыта;
- матка соответствует, меньше или больше срока беременности.

3.4 Осложнения самопроизвольного выкидыша

Геморрагический шок. Акушерские кровотечения опасны своей непредсказуемостью. В силу особенностей кровоснабжения беременной матки (интенсивность кровотока в ней составляет 700-800 мл в минуту) при нарушении механизмов гемостаза кровотечение сразу приобретает профузный характер. В такой ситуации следует четко определить направления работы: остановка кровотечения и восполнение ОЦК.

3.5 Дифференциальный диагноз

В случае выкидыша необходимо провести дифференциальную диагностику с внематочной беременностью, пузырным заносом, заболеваниями влагалища или шейки матки. При беременности могут наблюдаться кровянистые выделения из эктропиона, которые требуют осторожного осмотра и проведения кольпоскопии и/или биопсии для исключения заболеваний шейки матки. Кровянистые выделения при самопроизвольном аборте отличаются от таковых при ановуляторном цикле, не сопровождаются симптомами беременности и отрицательным тестом на β -субъединицу хорионического гонадотропина (β -ХГЧ). При пузырном заносе возможны характерные выделения в виде пузырьков, матка может быть больше срока предполагаемой беременности, а при ультразвуковом исследовании наблюдается определённая клиническая картина. При эктопической беременности возможны кровянистые выделения, болезненность, чувство давления на прямую кишку или мочевого пузыря, а также положительный тест на β -ХГЧ. Матка меньшего размера, чем должна быть на сроке предполагаемой беременности, утолщённая маточная труба и скопление крови в брюшной полости могут быть признаками внематочной беременности. Для уточнения диагноза может потребоваться лапароскопия или пункция брюшной полости через задний свод влагалища.

3.6 Лечение

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 недель не лечат, считая, что 80 % таких выкидышей- «естественный отбор» (генетические дефекты).

1. Немедикаментозные методы лечения

Пациентке с угрожающим выкидыше рекомендован лечебно-охранительный режим с целью сохранения беременности.

2. Медикаментозные методы лечения

Пациентке с угрожающим выкидыше рекомендовано назначить дидрогестерон или препараты прогестерона с целью сохранения беременности. Пациентке с угрожающим выкидыше при наличии показаний согласно инструкции к препарату рекомендовано назначить дротаверин по требованию при наличии жалоб с целью, уменьшения спазмов гладкой мускулатуры. Пациентке с угрожающим выкидыше при наличии обильных кровянистых выделений из влагалища рекомендовано назначить транексамовую кислоту по схеме согласно инструкции к препарату с целью остановки кровотечения.

При инфицированном выкидыше пациентке в условиях стационара рекомендовано назначить антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия с целью лечения инфекционно-воспалительного процесса.

При неразвивающейся беременности или неполном выкидыше в 1-м триместре (до 12 недель беременности) без признаков анемии, инфицирования, кровотечения, нестабильности гемодинамики с целью опорожнения полости матки рекомендовано назначить мизопростол или мифепристон. В 1-м триместре (до 12 недель беременности) при отсутствии кровотечения и признаков инфицирования возможны 3 пути ведения пациенток: выжидательная тактика в течение 7-14 дней, медикаментозное опорожнение полости матки и хирургическая тактика. Выжидательная тактика возможна в случае нахождения пациентки поблизости от медицинской организации, и информированного добровольного согласия на нее. Она не рекомендована пациенткам с кровотечением, коагулопатией, тяжелой анемией, признаками инфицирования, при нестабильной гемодинамике, а также при предыдущем негативном опыте, связанном с выжидательной тактикой ведения. При неразвивающейся беременности во 2-м триместре (после 12 недель беременности) при интактных плодных оболочках и

закрытой шейки матки с целью опорожнения полости матки рекомендовано назначить мифепристон, а затем мизопростол. При неразвивающейся беременности во 2-м триместре при излитии или подтекании околоплодных вод и расширенном цервикальном канале с целью опорожнения полости матки рекомендовано назначить мизопростол.

Пациентке после выкидыша во 2-м триместре беременности в день прерывания беременности (но не ранее, чем через 4 часа) рекомендовано назначить бромокриптин согласно инструкции к препарату или каберголин в дозе 1 мг однократно с целью предотвращения лактации. Пациенткам с медикаментозным прерыванием неразвивающейся беременности с целью купирования болевого синдрома и достижения противовоспалительного эффекта рекомендовано назначить нестероидные противовоспалительные препараты.

Пациенткам с неполным выкидышем или неразвивающейся беременностью, которым выполняется хирургическое лечение, рекомендована антибиотикопрофилактика с целью предотвращения инфекционно-воспалительных осложнений.

Для пациенток, у которых не выявлено хламидийной инфекции, назначается #метронидазол 1 г перорально в день прерывания беременности. Для пациенток, не обследованных на хламидийную инфекцию или с хламидийной инфекцией, назначается #азитромицин 1 г перорально в сочетании с #метронидазолом 1 г перорально в день прерывания беременности. Альтернативная схема для пациенток, не обследованных на хламидийную инфекцию или с хламидийной инфекцией: #доксциклин 100 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней, начиная со дня медикаментозного прерывания беременности в сочетании с 1 г #метронидазола перорально однократно в день прерывания беременности.

Пациенткам с резус (D) отрицательной принадлежностью крови, беременным от партнера с резус (D) положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови при отсутствии резус (D)-изоиммунизации рекомендовано назначить иммуноглобулин человека антирезус Rho [D] в течение 72 часов после первого приема #мизопростола или после хирургического лечения выкидыша, а также пациенткам с признаками отслойки хориона/плаценты или наличием кровяных выделений из матки. Рекомендовано назначить 5 МЕ окситоцина внутривенно или внутримышечно после хирургического удаления плодного яйца с целью уменьшения объема кровопотери.

Хирургические методы лечения

При неполном выкидыше и НБ рекомендована вакуум-аспирация содержимого полости матки с целью эвакуации остатков хориальной/плацентарной ткани и остановки кровотечения.

Выскабливание полости матки проводится только при невозможности вакуум-аспирации. Пациентке с ИВ рекомендована вакуум-аспирация содержимого полости матки или выскабливание полости матки с целью удаления тканей, пораженных воспалительным процессом. Для адекватного анестезиологического обеспечения при хирургическом лечении НБ, неполного выкидыша и ИВ рекомендовано применение методов общей анестезии (преимущественно—внутривенной анестезии).

3.7 Тактика фельдшера при оказании помощи женщине с кровотечением, вызванном самопроизвольным выкидышем

Советы позвонившему

- Уложить пациентку в постель.
- Не кормить и не поить (возможно, в стационаре возникнет необходимость в экстренном хирургическом вмешательстве под наркозом).
- Не оставлять пациентку без присмотра.
- Приложить к документам обменную карту беременной.

Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе

Действия на вызове. На вызове в обязательном порядке выясняют:

- каков срок беременности; заинтересована ли пациентка в данной беременности; где наблюдается; есть ли обменная карта;
- были ли кровянистые выделения из половых путей во время беременности, их степень, характер и цвет;
- какие лекарственные средства принимает пациентка;
- имеется ли регулярная родовая деятельность (во II и III триместрах беременности); чувствует ли пациентка шевеления плода; если нет, то как давно.

Осмотр и физикальное обследование

- Оценить количество, цвет кровянистых выделений, степень тяжести общего состояния больной. Определить ЧСС, ЧД и шоковый индекс Альговера, измерить АД и температуру тела.
- Оценить размер матки (высоту дна) при пальпации живота, определить ее тонус, болезненность, характер предлежащей части.

- Категорически противопоказаны влагалищное или ректальное исследование без развернутой операционной в связи с опасностью развития профузного маточного кровотечения!

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе нецелесообразны.

Показания к госпитализации.

Всех беременных с кровянистыми выделениями из половых путей, независимо от срока беременности, необходимо госпитализировать в стационар. Пациенток со сроком беременности до 23 нед госпитализируют в гинекологический стационар, от полной 23 нед - в акушерский.

Алгоритм оказания неотложной медицинской помощи при самопроизвольном аборте, приведен в таблице 1.

3.8 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, установить степень риска и при необходимости обеспечить оздоровление беременной. Установлено, что при наблюдении женщин в ранние сроки беременности и посещениях 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 обуславливает 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.

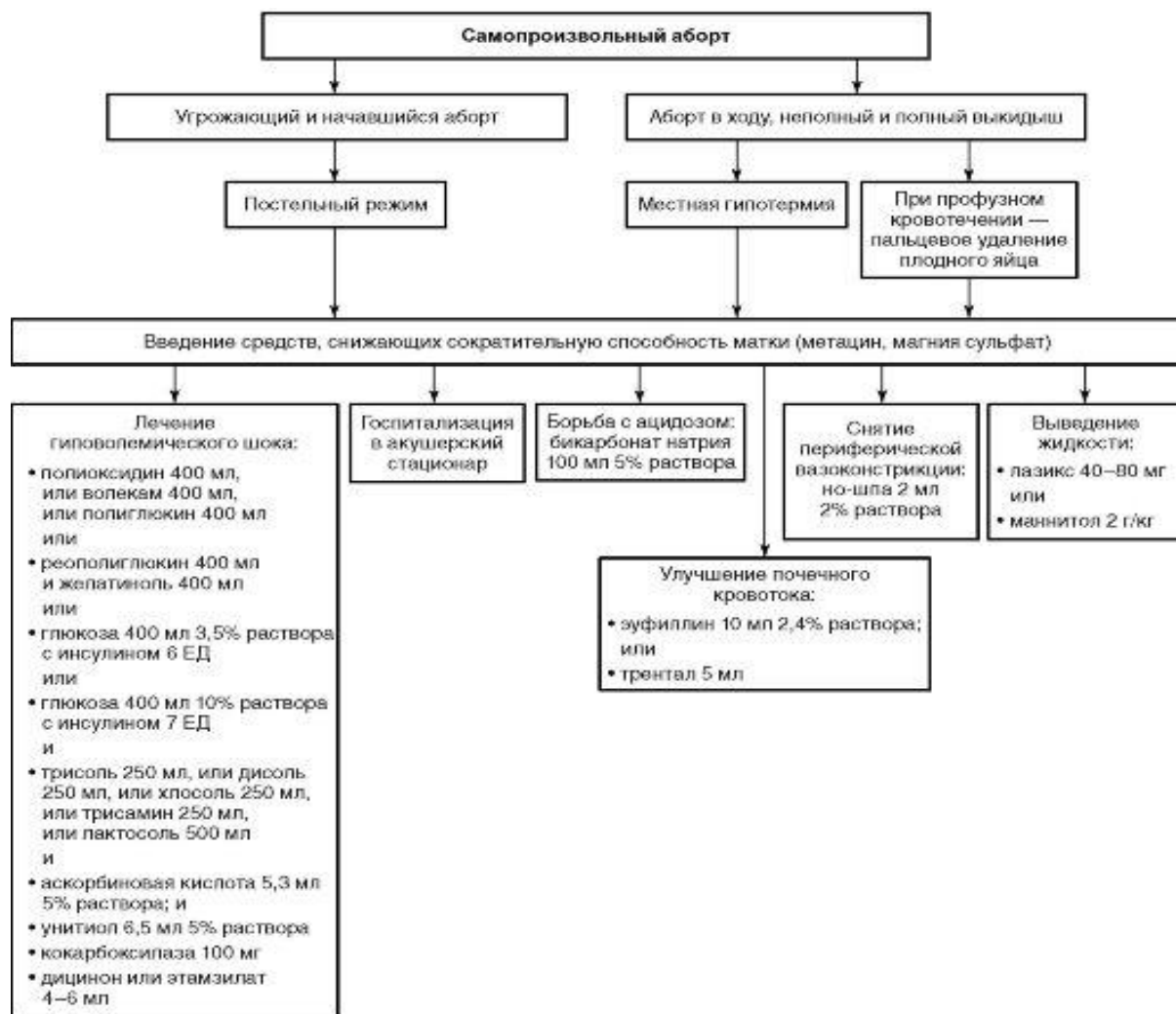


Рис. 1 - Алгоритм неотложной помощи при самопроизвольном аборте

4. Практическая часть

4.1. Показатели выявления самопроизвольных выкидышей

В ходе изучения материалов исследования были получены следующие данные:

В 2021 г. на учет по беременности встали 853 женщин, количество родов в этом же году составило -2806. Самопроизвольный выкидыш, в том числе неразвивающаяся беременность 131 случай, что в % соотношении составил: к числу, вставшим на учет 15,3 %; к общему числу родов 4,6 %.

В 2022 г. на учет по беременности встали 897 женщин, количество родов составило 2686. Самопроизвольный выкидыш -119 случаев, что в % соотношении составил: к числу, вставшим на учет 13,2 %; к общему числу родов 4,4 %.

В 2023 г. на учет по беременности было взято 942 женщины. Количество родов в этом же году-2482.97 случаев, включая и неразвивающуюся беременность в 2023 г. пришлось на самопроизвольный выкидыш, что в % соотношении составил: к числу, вставшим на учет 10,2 %; к общему числу родов 3,9 %.

Таблица 1 Показатели выявления самопроизвольных выкидышей

Показатель	год		
	2021	2022	2023
Встали на учет	853	897	942
Кол-во родов	2806	2686	2482
Самопроизвольный выкидыш	131	119	97
Неразвивающаяся беременность	59	51	48
% соотношение к числу, вставшим на учет	15,3	13,2	10,2
% соотношение к общему числу родов	4,6	4,4	3,9

4.2 Распределение по возрастной категории

Подавляющее большинство женщин находились в активном репродуктивном возрасте. В позднем репродуктивном возрасте в 2021 г. были 34 женщины, что в %-м соотношении составило 25,9 %; в 2022 г.-36 женщин, что в %-м соотношении составило 27,4 % и в 2023 г. 25 женщин, что в %-м соотношении составило -19 %.

Таблица 2. Распределение по возрастной категории

возраст	год					
	2021	%	2022	%	2023	%
18-24	29	22,1	33	27,8	20	20,7
25-29	27	20,6	13	11	21	21,6
30-34	28	21,4	27	22,6	14	14,4
35-39	41	31,3	37	31,0	31	32
Старше 40	6	4,6	9	7,6	11	11,3

4.3 Анализ репродуктивной функции

Анализ репродуктивной функции показал, что подавляющее большинство женщин - это первобеременные. В 2021г.из 131 случая, на долю первобеременных пришлось 92 случая, что в %-м соотношении составило 70,2 %;39 случая у повторобеременных, что в % соотношении =29.7 % в 2022 г.86 женщин из 119 –это первобеременные, что в %-м соотношении составило 72.2 %; на долю повторобеременных пришлось 27,7 %

из 97 случаев самопроизвольного выкидыша в 2023 г., на долю первобеременных пришлось 63 случая, что в %-м соотношении составило 64,9 %;35 % составило случаи у повторобеременных.

Таблица 3

Показатель	год					
	2021	%	2022	%	2023	%
первобеременные	92	70,2	86	72,2	63	65,0
повторобеременные	39	29,8	33	27,8	34	35,0

4.4 Причины самопроизвольного выкидыша

Таблица 4. Причины самопроизвольного выкидыша

2021 г.	Чис ло жен щин	%	2022 г.	Число женщин	%	2023 г.	Чис ло жен щин	%
Эндокрин. фактор	55	42,0	Эндокрин. фактор	48	40,3	Эндокринфак тор	39	40,2
ИЦН	3	2,2	ИЦН	4	3,3	ИЦН	4	4,1
ОРВИ	14	10,7	ОРВИ	12	10,0	ОРВИ	10	10,3
микоплазмоз	5	3,9	микоплаз моз	6	5,0	микоплазмоз	4	4,1
Rh(-) фактор	3	2,3	Rh(-) фактор	6	5,0	Rh(-) фактор	5	5,1
ЦМВИ, герпетическая инфекция	14	10,7	ЦМВИ, герпетиче ская инфекция	11	9,3	ЦМВИ, герпетическая инфекция	9	9,3
Мужской фактор	3	2,3	Мужской фактор	2	1,7	Мужской фактор	1	1,0
Миома матки	3	2,3	Миома матки	2	1,7	Миома матки	3	3,1
аденомиоз	9	6,9	аденомиоз	9	7,5	аденомиоз	3	3,1
АФС	4	3,0	АФС	2	1,7	АФС	2	2,2
токсоплазмоз	8	6,1	токсоплаз моз	11	9,3	токсоплазмоз	9	9,3
хламидиоз	4	3,0	хламидиоз	3	2,6	хламидиоз	4	4,1
Пороки развития матки	6	4,6	Пороки развития матки	3	2,6	Пороки развития матки	4	4,1

4.5 Анализ случаев невынашивания в зависимости от срока гестации

показал, что прерывание беременности в большинстве случаев происходит на ранних сроках беременности.

Таблица 5. беременности, на котором произошел самопроизвольный выкидыш

Срок беременности	Год					
	2021	%	2022	%	2023	%
ранний	99	75,6	93	78,2	68	70,1
поздний	32	24,4	26	21,8	29	29,9

4.6 Анамнез соматической патологии

При рассмотрении анамнеза соматической патологии, было отмечено, что в частоте самопроизвольных выкидышей и неразвивающейся беременности ведущее значение имеют заболевания мочеполовых органов- 35,1 % в 2021 г., что составило 46 случаев;

В 2022 г. у 38 женщин. что в % соотношении составило 32,0;

В 2023 г. патология мочеполовой системы обнаружена у 29 женщин, что соответствует 29,8 %.

ОРЗ было отмечено в 2021 г. у 37 беременных, что в % соотношении составило 28,3; в 2022 г. у 30 беременных, что составило 25,2 % и в 2023 г. ОРЗ наблюдалось у 21 беременной, что составило в % соотношении 21,7.

Проведенный анализ показал, что анемия в 2021 г. была у 29 женщин, что в % соотношении составило 22,1; в 2022 г. у 26 беременных, что составило 21,9 %; в 2023 г. анемия отмечена у 27 женщин, что в % соотношении составило 27,9.

В анамнезе соматической патологии сердечно-сосудистые заболевания в 2021 г. были отмечены у 8 беременных, что в % соотношении составило 6,1; в 2022 г. у 11 женщин, что составило 9,2 % и в 2023 г. патология сердечно-сосудистой системы наблюдалась у 7 беременных, что в % соотношении составило 7,2.

При рассмотрении анамнеза соматической патологии, было отмечено, что патология щитовидной железы в 2021 г. встретилась в 11 % случаев; в 2022 г. у 14 женщин, что в % соотношении составило 11,7 и в 2023 г. у 13 беременных, что составило 13,4 %.

Таблица 6 Анамнез соматической патологии

Экстрагенитальная патология	Год					
	2021	%	2022	%	2023	%
Патология мочеполовой системы	46	35,1	38	32,0	29	29,8
ОРЗ	37	28,3	30	25,2	21	21,7
анемия	29	22,1	26	21,9	27	27,9
Патология сердечно-сосудистой системы	8	6,1	11	9,2	7	7,2
Патология щитовидной железы	11	8,4	14	11,7	13	13,4

Выводы:

Был проведен анализ доступных литературных источников, интернет ресурсов и официальных документов, соответствующих теме конференции;

Рассмотрена актуальность самопроизвольного выкидыша;

Выявлены этиологические и предрасполагающие факторы развития самопроизвольного выкидыша;

Расширены знания клинических симптомов и диагностических мероприятий;

Изучена роль медицинской сестры, акушерки, фельдшера при оказании помощи женщине с кровотечением, вызванном самопроизвольным выкидышем.

В динамике отмечена тенденция к снижению числа самопроизвольного выкидыша.

Подавляющее большинство женщин находились в активном репродуктивном возрасте.

При анализе причин, приводящих к самопроизвольному выкидышу, выяснили, что ведущее значение отводится эндокринному фактору.

Анализ репродуктивной функции показал, что подавляющее большинство женщин - это первобеременные.

Анализ случаев невынашивания в зависимости от срока гестации показал, что прерывание беременности в большинстве случаев происходит на ранних сроках беременности.

Рассмотрение анамнеза соматической патологии выявило, что в частоте самопроизвольных выкидышей ведущее значение имеют заболевания мочеполовых органов.

Заключение

Актуальность проблемы самопроизвольных абортов связана и с многочисленными негативными последствиями этой патологии для репродуктивного здоровья женщины. Так, любое наблюдение спонтанного аборта может быть исходным проявлением тяжелых нарушений детородной функции, которые в дальнейшем могут найти отражение в повторных выкидышах, внематочных беременностях, вторичном бесплодии, в развитии воспалительных заболеваний матки и придатков, в перинатальной заболеваемости и смертности. Профилактика потерь желанной беременности является резервом сохранения репродуктивного здоровья женщины, что особенно актуально в условиях низкой рождаемости и отрицательного прироста населения.

Актуальность проблемы невынашивания беременности определяется ее полиэтиологичностью и вследствие этого отсутствием универсальных алгоритмов по предотвращению повторных неблагоприятных исходов. Как показывает анализ многочисленных исследований, безальтернативный путь снижения акушерских и перинатальных осложнений у таких женщин – прегравидарная подготовка.

Необходимо проводить обследование на инфекции, передаваемые половым путем при первой явке в женскую консультацию для постановки на учет по беременности. У женщин с угрожающим и/или начавшимся выкидышем, невынашиванием беременности следует учитывать медико-социальные характеристики с целью своевременного проведения профилактических мероприятий. Профилактика потерь желанной беременности является резервом сохранения репродуктивного здоровья женщины, что особенно актуально в условиях низкой рождаемости и отрицательного прироста населения.

Список литературы

Основная литература

1. Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 1008с. Доступ из ЭБС «Консультант врача».
2. Неразвивающаяся беременность [Электронный ресурс] / под ред. В. Е. Радзинского - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 176с. Доступ из ЭБС «Консультант врача».

Дополнительная литература

1. Невынашивание беременности Г. Сухих, В. Сидельникова 2020.-536с. Медицинфо
2. Невынашивание беременности Т. Шепелева, М. Скворцова, Н. Подзолкова, М.ГЭОТАР-Медиа2019-136с.
3. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием, В. Сидельникова. МЕДПрессинформ 2023-224с
4. Невынашивание беременности, Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2020. - 534 с.
5. Привычное невынашивание беременности: причины, версии и контрарсии, лечение под ред. Г.Дж. А. Карпа; пер. с англ.; под ред. В.Е. Радзинского. М. ГЭОТАР-Медиа 2017г.- 592с
6. Клинические рекомендации –Самопроизвольный выкидыш, Министерство здравоохранения РФ 2021 г.
7. Актуальные вопросы профилактической деятельности акушерки в формировании репродуктивного здоровья женщины / Л.М. Гречанинова, Н.И. Литвинова, Т.П. Журавлева, А.Л. Шумова // Профилактическая медицина. – 2018. – Т. 19, № 2/3. – С. 20 .
8. Басарова Н.А. Роль медицинской сестры в профилактике заболеваний, передающихся половым путем / Н.А. Басарова, Д.К. Сариева // Актуальные научные исследования в современном мире. – 2020. – № 9-5(65). – С. 25-34. –

Электронная копия доступна на сайте электрон. б-ки eLibrary.

URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=44259708>

9. Бейшенбиева Г.Д. Особенности организации сестринского дела в охране репродуктивного здоровья женщин // Известия ВУЗов (Кыргызстан). – 2018. – № 5/6. – С. 215-217.

10. Белоброва О.В. Профилактика заболеваний у молодежи и подростков на доврачебном этапе / О.В. Белоброва, А.Б. Петрова // Медицинская сестра. – 2022. – № 5. – С. 30-35

11. Богданова Н.Б. Роль медицинской сестры общеобразовательных учреждений в профилактике нарушений репродуктивного здоровья девушек / Н.Б. Богданова, Е.В. Лемякина // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 4-1. – С. 97-98.

12. Дадабоева Г.Б. Роль медсестер в охране материнства и детства / Г.Б. Дадабоева, Н. Жабборова // Мировая наука. – 2019. – № 5(26). – С. 271-274. – Электронная копия доступна на сайте электрон. б-ки eLibrary.

URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=39152385>

13. Кирова Т.И. Деятельность медицинской сестры в улучшении сохранения репродуктивного здоровья населения / Т.И. Кирова, Л.Д. Матвиенко, Н.Н. Шутова // Инновационные проекты и программы в психологии, педагогике и образовании : сб. ст. Междунар. науч.-практ. конф. (Саратов, 15 октября 2021 г.). – Уфа, 2021. – С. 54-56.

14. Манакина Е.С. Модель профилактики в акушерской практике // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2017. – № 1. – С. 44-50. – Электронная копия доступна на сайте электрон. б-ки eLibrary. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29277068>

15. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья детей и подростков / Е.В. Уварова, Д.И. Тарусин, В.Р. Кучма [и др.] // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2018. – № 2. – С. 45-62. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=35572467>

Приложения

Приложение 1

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества диагностики и лечения	Да/Нет
1.	При беременности неопределенной (неясной) локализации назначено повторное исследование уровня хорионического гонадотропина человека (свободная β -субъединица) в сыворотке крови через 48 часов	Да/Нет
2.	Назначено ультразвуковое исследование матки и придатков (до 9 недель беременности) или ультразвуковое исследование плода (после 10 недель беременности)	Да/Нет
3.	При подозрении на неразвивающуюся беременность назначено повторное ультразвуковое исследование матки и придатков через 7-10 дней	Да/Нет
4.	Назначено ультразвуковое исследование матки и придатков через 7-14 дней после выкидыша	Да/Нет
5.	Выполнено морфологическое исследование тканей хориона/плаценты при вакуум-аспирации содержимого полости матки	Да/Нет
6.	При инфицированном выкидыше назначена антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия	Да/Нет
7.	Выполнено введение иммуноглобулин человека антирезус Rho[D]** в течение 72 часов после первого приема #мизопростола** или хирургического лечения, пациенткам с признаками отслойки хориона/плаценты или наличием кровяных выделений из матки, при резус (D) отрицательной принадлежности крови пациентки, беременной от партнера с резус (D) положительной принадлежностью крови при отсутствии резус(D)-изоиммунизации	Да/Нет
8.	Выполнена антибиотикопрофилактика при хирургическом лечении неразвивающейся беременности или неполного выкидыша	Да/Нет
9.	Выполнена вакуум-аспирация содержимого полости матки при неполном выкидыше, неразвивающейся беременности и инфицированном выкидыше	Да/Нет

Алгоритм обследования супружеской пары с привычным невынашиванием беременности (2 выкидыша и более).

После обращения женщины или супружеской пары в женскую консультацию по поводу привычного невынашивания беременности проводится комплексное исследование состояния репродуктивного и соматического здоровья женщины, изучение характера трудовой деятельности, особенностей образа жизни и психологического климата в семье.

Опираясь на анамнестические данные, акушер-гинеколог женской консультации выделяет факторы риска невынашивания беременности у супружеской пары.

В дальнейшем, с целью выявления основных причинных факторов, приводящих к привычному выкидышу, супружескую пару направляют на специализированный прием по невынашиванию в Центр планирования семьи и репродукции. Акушер-гинеколог и психолог центра в контакте с акушером-гинекологом женской консультации разрабатывают комплексную программу по реабилитации супружеской пары, включающую мероприятия по устранению основных причин невынашивания беременности и нормализации психоэмоциональной сферы супружеской пары.

После реализации программы по реабилитации акушер-гинеколог женской консультации проводит предгравидарную подготовку супругов.

Приложение 3

Информация для пациента

Ранние потери – наиболее частое осложнение беременности, оно встречается в 15-20% случаев от числа всех наступивших беременностей. В настоящее время методы обследования настолько чувствительны и точны, что позволяют установить факт беременности на очень раннем сроке, до появления плодного яйца в полости матки или за ее пределами. При появлении во время беременности таких симптомов, как интенсивная боль внизу живота, в пояснице, в плече или кровотечения из половых путей необходимо срочно обратиться к врачу. Врач проведет обследование, включающее анализы крови и ультразвуковое исследование для того, чтобы установить локализацию плодного яйца (в полости матки или вне ее) и жизнеспособность эмбриона. Иногда для того, чтобы поставить правильный диагноз требуется наблюдение, так как четко установить локализацию или жизнеспособность эмбриона при первом осмотре не представляется возможным. В этом случае врач может предложить Вам госпитализацию (при подозрении на внематочную беременность или при сильном кровотечении) или наблюдение в домашних условиях при отсутствии обильных кровяных выделений. Согласно рекомендациям врача в ряде случаев необходимо несколько раз сдавать анализ крови на β -ХГЧ с интервалом в 48 часов, чтобы выяснить, развивается ли беременность. После того, как плодное яйцо будет обнаружено в полости матки, Вам могут предложить повторное УЗИ для оценки жизнеспособности эмбриона. Врач может рекомендовать Вам прием препаратов, способствующих вынашиванию беременности, но если беременность сохранить все же не удалось, то в большинстве случаев причиной являются нарушения в развитии плода (изменения числа хромосом или аномалии в развитии плода). Обычно такая ситуация не повторяется в будущем, однако, если это у Вас уже не первая потеря беременности, Вам предложат пройти специальное обследование для выявления факторов риска и причин потерь беременности. При неразвивающейся беременности или неполном выкидыше существует несколько вариантов эвакуировать погибшее плодное яйцо из полости матки. Одна тактика называется выжидательной, когда Вы ждете полного выкидыша 7-14 дней, после чего выполняется УЗИ. Если в процессе ожидания начинается сильное кровотечение, Вы должны немедленно обратиться в медицинскую организацию, причем предусмотреть возможность сделать это круглосуточно. Другая тактика состоит в медикаментозном прерывании погибшей беременности. В этом случае после проведения обследования врач выдаст Вам таблетки, под действием которых ускорятся

процесс выкидыша и минимизируется кровопотеря. При этом Вас могут беспокоить боли (можно выпить обезболивающий препарат) и возможно повышение температуры тела до субфебрильных цифр. И, наконец, третий метод – хирургический. Он является предпочтительным, если у Вас низкий гемоглобин, большая потеря крови, воспалительный процесс или нет возможности быстро и круглосуточно обратиться в медицинскую организацию, например, в виду его удаленности от места Вашего проживания. На период проведения процедуры Вас госпитализируют (в стационар или в стационар одного дня) и используя один из методов обезболивания хирург опорожнит полость матки одним из способов – вакуум прибором или специальными хирургическими инструментами. Вы можете обсудить тот или иной метод прерывания неразвивающейся беременности с врачом после установления факта ранней потери беременности. После хирургического лечения может понадобиться назначение антибактериального препарата и обезболивания. После прерывания беременности не рекомендуется заниматься сексом в течение 2 недель, далее необходимо использовать методы контрацепции в течение нескольких месяцев. Вы можете задать все интересующие Вас вопросы о планировании следующей беременности врачу акушеру-гинекологу.

Методика медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности

1. Схема применения #мизопростола.

Описано два метода медикаментозного опорожнения полости матки при неразвивающейся беременности с использованием #мизопростола с или без предварительного использования #мифепристона. Эффективность методов варьирует от 13% до 96

2. Схема применения мифепристона с мизопростолом. Подтверждена эффективность использования перорального приема #мифепристона 200 мг за 24 часа до вагинального назначения мизопростола 800 мкг. Подобная альтернативная схема продемонстрировала большую эффективность по сравнению с монотерапией мизопростолом. Схема применения мизопростола при неразвивающейся беременности и неполном выкидыше. Начальная доза мизопростола составляет 800 мкг вагинально. Если нет ответа на первую дозу, может вводиться еще одна повторная доза, но не ранее чем через 3 часа после первой дозы и не позднее 7 дней (оптимально - через 48 часов). Мизопростол может вызывать лихорадку в течение 24 часов после введения, что не должно быть истолковано, как признак инфекции. В течение двух-шести часов после введения мизопростола, как правило, возникают сильные схватки и кровотечение.

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Республики Дагестан «Дербентский медицинский колледж имени Г. А. Илизарова»

**Отчет о научно- практической конференции на тему:
«Невынашивание беременности. Самопроизвольный выкидыш».**

31.05.2024 года в Дербентском медицинском колледже им Г. А. Илизарова состоялась научно- практическая конференция на тему: «Невынашивание беременности. Самопроизвольный выкидыш».

В конференции принимали участие студенты члены кружка акушерства и гинекологии следующих групп: 21 «а», 22 «ф», 2159 «м», 11 «а» под руководством Омаровой Р.Г.

Теоретическая часть конференции, состояла из текстового информационного материала и наглядного материала, представленного в виде слайдовой презентации. В ней были освещены классификация, клинические проявления и диагностические критерии, лечение и профилактика.

Практическая часть, была составлена на основе изучения материалов исследования на базе женской консультации ГБУ РД «Дербентская ЦГБ».

Студентами - членами кружка акушерства и гинекологии были изучены и проработаны материалы конференции. Теоретический и практический материал, способствовал формированию у студентов четких знаний, умений, а впоследствии и профессионализма по данной теме.

По результатам конференции были сделаны следующие выводы:

Был проведен анализ доступных литературных источников, интернет ресурсов и официальных документов, соответствующих теме конференции;

Рассмотрена актуальность самопроизвольного выкидыша;

Выявлены этиологические и предрасполагающие факторы развития самопроизвольного выкидыша;

Расширены знания клинических симптомов и диагностических мероприятий;

Изучена роль медицинской сестры, акушерки, фельдшера при оказании помощи женщине с кровотечением, вызванном самопроизвольным выкидышем.

В динамике отмечена тенденция к снижению числа самопроизвольного выкидыша.

Подавляющее большинство женщин находились в активном репродуктивном возрасте.

При анализе причин, приводящих к самопроизвольному выкидышу, выяснили, что ведущее значение отводится эндокринному фактору.

Анализ репродуктивной функции показал, что подавляющее большинство женщин - это первобеременные.

Анализ случаев невынашивания в зависимости от срока гестации показал, что прерывание беременности в большинстве случаев происходит на ранних сроках беременности.

Рассмотрение анамнеза соматической патологии выявило, что в частоте самопроизвольных выкидышей ведущее значение имеют заболевания мочеполовых органов.

Председатель цикла: Асланбеков Р. М. _____

Подписано в печать 24.07.2024 г. Формат 60×84¹/₁₆.
Гарнитура «Таймс». Бумага офсетная. Печать ризографная.
Усл. п. л. 2,3. Уч.-изд. 1,5. Тираж 100 экз.



Отпечатано в типографии АЛЕФ
367002, РД, г. Махачкала, ул. М. Гаджиева 64
Тел.: +7 (8722) 935-690, 599-690, +7 (988) 2000-164
www.alefgraf.ru, e-mail: alefgraf@mail.ru