

группах беременность была пролонгирована до доношенного срока (37 недель). Однако, в ретроспективной группе (гексопреналин) частота ПР составила 12,5% (7), тогда как в I группе данный показатель был достоверно ниже и составил лишь 7,1% (5) ($p < 0,05$).

Выводы

Наш опыт показал сравнимую эффективность, а так же хорошую переносимость и отсутствие побочных реакций при применении нифедипина или утрожестана в качестве монотерапии в профилактике и лечении угрожающих ПР. На основании выше изложенного можно сказать, что утрожестан (микронизированный прогестерон) является перспективным альтернативным препаратом для монотерапии угрожающих преждевременных родов или их профилактики. Эффективность его сравнима с нифедипином, препарат хорошо переносится и не вызывает побочных эффектов

Список литературы:

1. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.Л. Акушерство. – 2009. – М., Медицина.
2. Ванина Л.В. Беременность и роды при пороках сердца. Москва, 1971.
3. Ванина Л.В. Специализированная помощь беременным с заболеваниями сердца. //Акуш. и гин. – 1991. - №4. –С. 72-76.
4. Вахабова У. К., Турсунов Т. А. Самарканд вилоятида оналар улимини камайтириш ишларида терапевтларнинг урни //Вестник врача общей практики. -2007. -№1. -С. 46-48.
5. Вялов С., Ермолов А., Чорбинская С., Черниенко Е., Васина Т. и соавт. Митральная недостаточность. Москва, 2013
6. Денисов И.Н. Практическое руководство по акушерству. – М., - 2001. ГЕОТАР-мед.
7. Джаббарова Ю.К., Пахомова Ж.Е. Профилактика акушерских осложнений в женской консультации и поликлинике. Ташкент 2004.
8. Дуда В.И., и соавт. Практическое акушерство. Минск, 2012.

УДК 618.39

**Шамро В.А., Моисеенко М.В., Аскерова М.Г.
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ УГРОЗЫ
ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I И II ТРИМЕСТРАХ НА ЭТАПЕ
СТАЦИОНАРА**

Кафедра акушерства и гинекологии лечебно-профилактического
факультета

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Shamro V.A., Moiseenko M.V., Askerova M.G.

**THE ANALYSIS OF RISK FACTORS OF NON-EXTENDING
PREGNANCY AND EVALUATING THE EFFICIENCY OF THERAPY
THREATS THREAT TO PREGNANCY OF PREGNANCY IN THE I AND II
TRIMESTERS AT
THE STAGE OF THE HOSPITAL**

Department of obstetrics and gynecology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: v.shamro@mail.ru

Аннотация. Проведен сравнительный анализ факторов риска, которые способствуют развитию угрозы невынашивания беременности ранних сроков. В ходе исследования проведена оценка эффективности терапии угрозы прерывания беременности, проводимой в стационаре.

Annotation. The comparative analysis of risk factors that assist development of threat of unmaturing to pregnancy of early terms is conducted. During research an estimation is conducted of efficiency of therapy of threat of breaking to the pregnancy conducted in permanent establishment.

Ключевые слова: беременность, угроза прерывания беременности, эффективность терапии.

Keywords: threat of abortion, pregnancy, efficiency of the therapy.

Введение

Одна из значимых проблем практического акушерства одно из первых мест занимает невынашивание беременности, частота которого составляет 20 % от всех беременностей, т. е. практически прерывается каждая 5-я беременность. Тенденций к снижению не наблюдается, несмотря на высокоэффективные и многочисленные методы диагностики и лечения, разработанные в последние годы. Частота самопроизвольного прерывания беременности в России достаточно высокая – от 15 до 23 % всех зарегистрированных беременностей. Генез невынашивания беременности полиэтиологический, со сменой факторов по триместрам беременности, однако большие репродуктивные потери (до 50-60%) происходят в первом триместре [1,2].

По принятому в России определению, невынашивание беременности – это прерывание ее от момента зачатия до 37 полных недель (259 дней от последней менструации) [3].

По определению ВОЗ, привычным выкидышем принято считать наличие в анамнезе у женщины подряд трех и более самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 22 недель. Многие специалисты, занимающиеся проблемой невынашивания, в настоящее время приходят к выводу, что достаточно двух последовательных выкидышей, чтобы отнести супружескую

пару к категории привычного выкидыша с последующим обязательным обследованием, проведением комплекса мер по подготовке к беременности [5].

Среди причин невынашивания беременности выделяют генетические, инфекционные, тромбофилические, анатомические, эндокринные и иммунологические факторы, а также аномалии спермы («мужской фактор»). При исключении всех вышеперечисленных причин генез привычного выкидыша считают неясным (идиопатическим) [3].

Отрицательную роль играют курение, злоупотребление алкоголем, приём наркотических средств, низкий социально-экономический статус, недостаток массы тела, ожирение и стресс. У 15% пациенток с привычным невынашиванием диагностируют антифосфолипидный синдром (АФС) [4].

При прохождении прегравидарной подготовки всем женщинам с привычным невынашиванием беременности необходим постоянный приём препаратов прогестерона во вторую фазу каждого менструального цикла до зачатия и в дальнейшем на протяжении гестации для улучшения репродуктивных исходов. Прегравидарная подготовка у мужчин так же является неотъемлемым фактором благополучного протекания беременности. Негативное влияние «мужского фактора» на успешность зачатия и прогноз беременности чаще реализуется через неполноценность сперматозоидов [4].

Цель исследования – сравнительный анализ привычного и спорадического невынашивания беременности в I и II триместрах.

Для достижения поставленной цели были сформулированы задачи:

1. Выявить факторы риска угрозы прерывания беременности в I и II триместрах.
2. Оценить эффективность терапии угрозы невынашивания беременности в I и II триместрах на этапе акушерского стационара.
3. Оценить роль прегравидарной подготовки как фактора снижения невынашивания беременности.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в период с 01.10.2018 г. по 01.02.2019 г. на базе гинекологического стационара МАУ ГKB №40 г. Екатеринбург.

В гинекологическом отделении проведен анализ медицинской документации (медицинские карты, индивидуальные обменные карты беременных, журнал гистероскопии) и специальные разработанные анкеты 50 пациенток с привычным и спорадическим невынашиванием беременности I и II триместрах на сроках от 5-6 до 14-15 недель беременности.

Пациентки были разделены на две группы: первая исследовательская группа (n=23-46%) – это беременные с привычным невынашиванием беременности. Во второй группе (n=27-54%), были представлены пациентки, которые поступили в стационар с угрозой прерывания беременности первой или второй беременности

Анализ и статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Microsoft Excel 2007. Для оценки достоверности данных использовался метод Манна-Уитни и угловое преобразование Фишера.

В стационаре беременным проводилась стандартная терапия в объеме: стол №15, режим полупостельный, микронизированный прогестерон (Утрожестан) 100/200 мг *3 раза/сутки, интравагинально; фолиевая кислота 400/800 мкг *1 раз /сутки; Транексам 500 мг * 3 раз/сутки; MgSO₄ 25%-10,0 + NaCl 0,9%-250,0 – в/венно, капельно (на сроках 14-15 недель).

Проведя анализ медицинской документации было выявлено, что в предгравидарную подготовку у всех исследуемых было включено: прегравидарное консультирование, первичное обследование, рутинные профилактические рекомендации. В назначениях была проведена коррекция распространенных дефицитных состояний, при необходимости была проведена вакцинация против ветряной оспы, кори и краснухи.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст участниц исследования составил в I группе 33±4,8 года (от 20 до 43 лет), причем 70% составили женщины старше 30 лет. В группе II средний возраст составил 26±4,2 года (от 18 до 40), из них 29% женщин – старше 30 лет. Представительницы I группы оказались достоверно старше ($p < 0,05$) и среди них преобладают пациентки старше 30 лет.

Частота соматической патологии в I группе (78%) достоверно больше, чем во II (44%) ($p < 0,05$).

В I группе процент женщин с указанием на табакокурение составил 39%, а в II группе – 26% ($p < 0,05$).

В I группе 12 женщинам, что составило 52,2% ($p < 0,05$), была проведена прегравидарная подготовка, во II группе у 16 женщин проводилась прегравидарная подготовка, что составило 59,2% ($p < 0,05$). (рис.1)



Рис. 1. Частота прегравидарной подготовки у женщин

В исследуемых группах прегравидарную подготовку проходили: в I группе 8 мужчин, что составило 29,6%, а во II группе 7 мужчин 32,4% ($p < 0,05$). (рис.2)

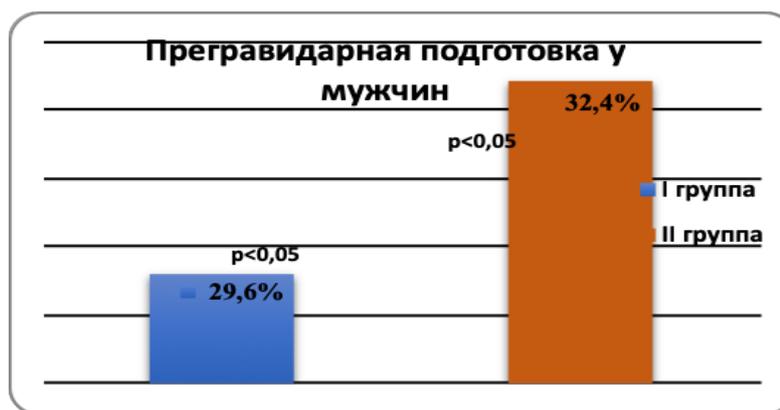


Рис. 1. Частота прегаивидарной подготовки у мужчин

Было установлено, что по окончании прохождения лечения в гинекологическом отделении только у 4 женщин была проведена вакуумаспирация. В I группе не удалось сохранить беременность у 3 женщин, что составило 12%; во II группе – у 1 женщины – 4%. 46 женщин были выписаны в удовлетворительном состоянии с прогрессирующей беременностью.

Выводы:

1. Женщины с привычным невынашиванием относятся к возрастной группе старше 30 лет и имеют больший удельный вес соматической патологии.

2. Курение является одним из факторов риска неблагоприятного исхода при угрозе прерывания беременности.

3. Прегаивидарная подготовка способствует сохранению беременности в I и II триместрах.

4. Сохраняющая терапия с включением микродозированного прогестерона, фолиевой кислоты, транексама эффективна при угрозе прерывания в I и II триместрах беременности.

Список литературы:

1. Сидельникова М.В., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности. – М. – 2010. – 534 с.

2. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2007. - №2 – С. 62-65

3. Юсупова А.Н., Ан А.В. Преждевременные роды – фактор риска материнской смертности / А.Н. Юсупова, А.В. Ан // Здравоохранение Российской Федерации. - 2010. - №5. - С.38-40

4. Прегаивидарная подготовка : клинический протокол / [авт.-разраб. В.Е. Радзинский и др.]. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016 - 80 с.

5. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / Г. М. Савельева. - М.: МИА. - 2006. - 720 с.