

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ
НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 31.02.02 Акушерское дело
3 курса группы 03051624
Алдабаевой Веры Сергеевны

Научный руководитель
Преподаватель
Т.П. Бабынина

Рецензент
Старшая акушерка
ОГБУЗ «Белгородская областная
клиническая
больница Святителя Иоасафа»
Немцева О.Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	5
1.1. Классификация невынашивания беременности.....	5
1.2. Причины невынашивания беременности.....	6
1.3. Роль гормональных нарушений в невынашивание беременности.....	9
1.4. Невынашивание беременности при воздействии неблагоприятных экзогенных факторов	10
1.5. Ведущие клинические проявления невынашивания беременности.....	12
1.6. Диагностика невынашивания беременности.....	15
1.7. Лечение невынашивания беременности.....	17
1.8. Профилактика невынашивания беременности.....	19
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	21
2.1.Общая характеристика Перинатального центра ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа по данным годовых отчетов за 2017 год.....	21
2.2. Материалы и методы исследования.....	23
2.3.Анализ анкет женщин находящихся на стационарном лечении в Перинатальном центре ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».....	24
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	33
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ и ЛИТЕРАТУРЫ.....	35
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	37

ВВЕДЕНИЕ

Невынашивание беременности является одной из самых главных проблем нынешнего акушерства. Считается невынашиванием беременности ее прерывание с момента зачатия до 37 недель.

Актуальность темы – заключается в высоком проценте преждевременного прерывания беременности. По данным различных авторов первичный выкидыш составляет от 5 – 25 % . Несмотря на снижение уровня невынашивания беременности вследствие проведения комплекса мероприятий по данным 2018 года в Российской Федерации каждый 6 ребенок рождается недоношенным, что приводит к увеличению материальных затрат на лечение данных детей и в перспективе ухудшает качество жизни народонаселения. [1, с. 3].

Часто встречаемые причины невынашивания беременности являются: поражение рецепторного аппарата эндометрия, клинически проявляющиеся в виде неполноценной лютеиновой фазы; пороки развития матки; внутриматочные синехии и другие аутономные нарушения. Такие авторы как: Макаренко М.Ю., Айломанов Э.К., и другие в своих работах исследовали невынашивание беременности и изучали генетические факторы предрасположенности к привычному невынашиванию беременности на ранних сроках, а особое значение передают патологии последа. Несмотря на большие продвижения вперед в области изучения проблемы о невынашивании беременности, она остается полностью не изученной. [2, с. 295].

Оценить роль акушерки в профилактике невынашивания беременности попросту невозможно, так как она очень велика. Вся основная работа с беременными женщинами возлагается на акушеров женской консультации. Всю догоспитальную работу проводят именно акушерки , что является важнейшим фактором по предотвращению прерывания беременности. В следствие, проведенной мной исследовательской работы я считаю, что на

первом месте стоит необходимость выявления рекомендаций по совершенствованию профилактики невынашиванию беременности.

Цель дипломной работы: изучить все проблемы невынашивания беременности, провести анализ данных Перинатального центра ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».

Задача:

1. Выявить основные факторы риска невынашивание беременности.
2. На основе анализа научной литературы определить необходимость мероприятий, направленных на профилактику невынашивания беременности и экспериментально доказать эффективность этих мероприятий для работы акушерки в этой области.

Объект исследования: проблема невынашивания беременности.

Предмет исследования: тактика акушерки в профилактике невынашивания беременности.

Практическая значимость заключается в выявлении проблем невынашивания, целью чего является предотвращение преждевременного прерывания беременности.

Методы исследования:

- Анализ научно-методической литературы;
- Анализ отчетной работы Перинатального центра ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»;
- Метод анкетирования;

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ.

1.1. Классификация невынашивания беременности

Невынашивание – самопроизвольное прерывание беременности в различные сроки от зачатия до 37 недель, считается с 1-го дня последней менструации до 259 дней.

Самопроизвольное прерывание беременности на сроке от 22 до 27 недель беременности в Российской Федерации относят в отдельную категорию, которая не входит в преждевременные роды. Новорожденные, которые, родились с массой тела от 500 до 999 г, подлежат в органах ЗАГСа регистрации в случаях, если они прожили более 168 часов после рождения (7 суток). Это объясняет различную статистику российских и зарубежных авторов.

Выделяют привычное невынашивание беременности. Согласно определению ВОЗ, привычный выкидыш – наличие в анамнезе у женщины подряд 3 и более самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 22 недель. [4, с. 384].

Потеря второй беременности составляет процент риска от 13-17%, тогда как после 2 предшествующих самопроизвольных прерываний риск потери желанной беременности возрастает более чем в 2 раза и тогда составляет 36 – 38%, вероятность 3-го самопроизвольного выкидыша достигает 40-45%. [3, с. 39].

Установлено влияние возраста матери на риск ранних самопроизвольных выкидышей. У женщин в возрасте 20-29 лет риск спонтанного выкидыша составляет 10%, а в 45 лет и старше – 50%. Следует,

что возраст матери служит фактором, способствующим увеличению частоты хромосомных нарушений у плода.

Выделяют:

- Ранние выкидыши (до 12 недель беременности)
- Поздние выкидыши (12 – 22 недели)
- Прерывание беременности на сроках 22-27 недель
- Преждевременные роды (с 28 недели)

Принятой ВОЗ, классификации, принято подразделять на:

- Самопроизвольный выкидыш – потеря беременности на сроке до 22 недель.
- Преждевременные роды – прерывание беременности на сроке с 22 до 37 полных недель беременности с массой плода более 500 грамм. (1, 3 с.).

1.2.Причины невынашивания беременности.

В настоящее время существует множество причин, которые приводят к самопроизвольному выкидышу, причем 10-11% из них охарактеризованы наличием хромосомных аномалий у развивающегося плода. Это связано с тем, что на определенном этапе его внутриутробного развития (в сроке до 22 недель) появляются аномалии развития, которые несовместимы с жизнью и это ведет к возникновению «замершей беременности» или самопроизвольному прерыванию беременности. [5, с. 225].

Основными причинами невынашивания беременности являются – инфекционные, генетические, иммунологические и анатомические заболевания. Хроническое невынашивание в настоящее время большинством авторов рассматривается как комбинированный ответ на влияние нескольких факторов, которые действуют одновременно или же последовательно, смешиваясь воедино.

Генетические – из всех случаев невынашивая беременности всего-лишь 5% связаны с данными факторами. В среднем около половины прерываний беременности на ранних сроках объясняется тем, что зародыш имеет хромосомные аномалии. Один из самых распространенных видов хромосомной аномалии – аутосомная трисомия (наличие трех хромосом вместо пары). Что дает нам наблюдение в отсутствие эмбрионального плода (анэмбриония). Бывают случаи, когда мы можем наблюдать эбрион, но с многочисленными пороками его развития. В основном риск данной патологии связан с возрастом женщины.

Невынашивание беременности связанное с генетическими нарушениями, является проявлением естественного отбора, цель которого обеспечить появление на свет жизнеспособного сильного потомства. При помощи метода определение кариотипа плода, мы достоверно проводим диагностику нарушения хромосом. Кариотип плода можно определить с помощью забора клеток плода или плаценты через прокол брюшной стенки под контролем УЗИ. В зависимости от срока беременности проводят : биопсию хориона или плацентоцентез.[6, с. 213].

Инфекционные – много вопросов в настоящее время вызывает роль инфекционных факторов как первичного выкидыша.

Известно, что при первичном инфицировании на ранних сроках беременности возможны повреждения эмбриона, несовместимые с жизнью, что сопровождается самопроизвольным выкидышем. В первом случае инфицирование протекает без различных симптомов, а в иных имеет множество выраженных симптомов. В это время патогенные микроорганизмы попадают из организма матери в организм плода. Опасный источник инфекции для плода чаще встречается в шейке матки или же во влагалище. Неспецифическое воспалительное заболевание (хронический или острый эндоцервицит) развивается именно в этих местах, что приводит и к воспалительным заболеваниям эндометрии. Плодная оболочка инфицируется, а значит, может спровоцировать самопроизвольное прерывание беременности.

Иммунологические – в настоящее время известно, что около 16- 20% всех последующих потерь беременности так же связано с иммунологическими нарушениями. Выделяют аутоиммунные и аллоиммунные нарушения, ведущие к привычному невынашиванию беременности. При аутоиммунных процессах развивается агрессия иммунной системы, т.е. иммунный ответ направлен против собственных антигенов. В этой ситуации плод страдает вторично в результате повреждения материнских тканей. А вот при аллоиммунных нарушениях иммунный ответ беременной направлен против антигенов плода, полученных от отца и потенциально являющейся чужеродным для организма матери.

К аутоиммунным нарушениям наиболее часто обнаруживаемым у больных с привычным выкидышем, относят наличие в крови беременной антитиреодных, антифосфолипидных, антинуклеарных аутоантител. У 30% женщин с привычным невынашиванием беременности, вне беременности выявляют аутоантитела к тироглобулину. При этом риск повторного самопроизвольного выкидыша возрастает до 25%.

Анатомические. К основным причинам привычного невынашивания беременности относят врожденные пороки матки (двурогая, седловидная, однорогая матка, полное удвоение матки, частная или полная внутриматочная перегородка), также приобретенные анатомические дефекты матки. Частота анатомических пороков у женщин с повторным прерыванием беременности наблюдается в 13-16%.

Частота пороков развития матки, при которых возможно невынашивание беременности по отношению ко всем порокам развития матки такова: двурогая матка – 40%, седловидная матка – 18%, внутриматочная перегородка – 21%, полное удвоение матки – 15%, однорогая матка – 6%.

При анатомической патологии матки отмечают поздние прерывание беременности и преждевременные роды. Также пороки матки нередко комбинируются с пороками развития мочевыводящих путей.

Истмикоцервикальная недостаточность является одной из чистых причин прерывания беременности во 2 и 3 триместре, ее частота достигает 14-20%.

Характер пороков развития матки зависит от того, на каком этапе эмбриогенеза оказал действие тератогенный фактор или были реализованы наследственные признаки. При анатомической патологии матки чаще отмечают поздние прерывания беременности и преждевременные роды, однако при имплантации внутриматочной перегородке или вблизи миоматозного узла возможны ранние прерывания беременности. Пороки развития матки нередко комбинируются пороками развития мочевыводящих путей, так как эти системы характеризуются общностью онтогенеза.

1.3. Роль гормональных нарушений в развитии невынашивания беременности.

Одной из главных причин прерывания беременности в первом триместре служит гормональные нарушения в организме беременной женщины. Наиболее значимыми из них являются: неполноценная лютеиновая фаза и гиперандрогения различного генеза, что означает повышенное содержание мужского гормона в женском организме. Отметим, что при выраженных эндокринных нарушениях, наблюдается бесплодие. При невынашивании беременности характерны стертые формы гормональных нарушений. [7, с. 65].

Механизм прерывания беременности при неполноценной лютеиновой фазе менструального цикла связан как с недостаточным уровнем прогестерона, так и с изменениями, которые происходят в эндометрии при нарушении процессов секреторной трансформации, обусловленной недостаточностью продукцией прогестерона. В эндометрии наблюдается недоразвитие желез, стромы сосудов, недостаточное накопление гликогена и других веществ, необходимых для развития плодного яйца. Эти изменения создают неблагоприятные условия для развития трофобласта и питания зародыша, что

обуславливает прерывание беременности в первом триместре либо развитие плацентарной недостаточности при прогрессировании беременности.

С другой точки зрения неполное развитие плодного яйца не стимулирует нормальный уровень продукции прогестерона. Если в крови идет снижение прогестерона, то это ведет к угрозе прерывания беременности с развитием кровотечения. Такое состояние поправляется путем назначения Утрожестна или дюфастона с 6-8 недель беременности до 13 недель. После чего идет снижение дозы препарата к 16 неделям, так как к этому сроку гестации возникающая плацента начинает вырабатывать прогестерон. Прогестерон – гормон желтого тела яичника, способствующий пролонгированию беременности и нормальному ее течению.

1.4. Невынашивание беременности при воздействии неблагоприятных экзогенных факторов.

Огромное значение имеет влияние окружающей среды на беременную женщину. Положительные эмоции оказывают, благоприятное воздействие на беременную женщину, а отрицательные могут привести к ослаблению нервной системы у будущей матери и в целом на ее организм . [9, с. 163]. Что может повлиять на нарушение некоторых органов и систем организма у беременной женщины. А при длительном воздействии отрицательных эмоций , могут возникнуть структурные изменения в органах. Состояние матери и плода влияют друг на друга. Через многочисленные сигналы, исходящие от плода, организм матери чувствует его и старается поддержать необходимые условия для успешного развития плода. У большинства женщин в период беременности наблюдается: сонливость, головокружение, повышенная раздражительность, изменение вкуса и обоняния, токсикоз.

Но эти расстройства, как правило, бывают на ранних стадиях беременности, а потом со временем исчезают.

Плод тоже подвержен влиянию внешней среды. Первые 2 месяца беременности являются самыми незащищенными, но самыми важными в жизни плода. Именно в этот период у плода появляются его основные органы и системы. И прямо в это время организм плода наиболее всего зависит от организма матери, который является внешней средой для него. В число внешних факторов, влияющих на беременность женщины, можно отнести: курение, алкоголь, наркотики, экологический фактор.

Курение – оказывает разрушительное влияние на развитие плода. При выкуривании одной сигареты происходит спазм сосудов плаценты, после чего плод некоторое время находится в состоянии кислородного голодания. Концентрация токсичных веществ у плода значительно превышает концентрацию в крови матери. [10, с. 115]. Отсюда и начинается внутриутробная задержка развития плода. Дети, родившиеся у курящей женщины, склонны к повышенной раздражительности, порывистому характеру уже с раннего возраста. Они наиболее восприимчивы ко многим заболеваниям дыхательных путей. Повышен риск получить сахарный диабет либо ожирение. Уровень интелекта у таких детей ниже среднего.

Алкоголь – бьет по важным органам и системам: печень, мозг, сосудистая система, железы внутренней секреции. В организм плода попадает очень значительная часть до 70- 80%. А так как у плода еще не развиты системы нейтрализующие алкоголь, то его негативное влияние сильное и продолжительное. В последствии могут сформироваться различные уродства, которые могут быть совместимы с жизнью плода либо нет.

Наркотики – в большинстве случаев способствуют рождению малышей с очень низкой массой тела (то есть недоношенные), с нарушением дыхания, с расстройствами нервной системы и различными пороками развития. Впервые 3 месяца есть риск возникновения аномалий скелетно-мышечной системы и различных внутренних органов, в более поздние сроки – задержка в росте. К тому же у плода может возникнуть наркотическая зависимость.

Экологический фактор – оказывает немалое влияние на протекание беременности. Каждый год в мире предприятиями производится несколько сотен тысяч тонн химических веществ. Они содержатся везде и в разных количествах: бытовой химии, продуктах, одежде. Но даже в малых количествах способны вызвать врожденные дефекты у плода. Воздействуя на организм матери, они через кровь передаются плоду, отрицательно сказываясь на его дальнейшем развитии. [11, с. 223]. Но если от химических веществ как-то можно защититься, то от загрязненной окружающей среды практически нельзя. Основным источником загрязнения это промышленные предприятия. Именно в таких загрязненных зонах регистрируется превышение показателя сердечно - сосудистых и других заболеваний в 4, 5 раз, в сравнении с чистыми районами.

Можно сделать вывод, что внешняя среда имеет значимую роль для беременной женщины. И не стоит недооценивать влияние внешней среды на протекание беременности.

1.5. Ведущие клинические признаки невынашивания беременности

Клиническая картина по невынашивания беременности зависит от стадии выкидыша и срока беременности. При угрозе прерывания беременности поступают жалобы в области низа живота и на периодичность напряжение матки. Разделяют 5 стадий течения раннего выкидыша:

Угрожающий выкидыш - патология, возникшая во время беременности. Проявляется она на сроках 10-12 недель. Проявление на поздних сроках начинающихся от 22 недель подобных симптомов называют преждевременными родами.

При возникновении риска отделения плодного яйца речь идет об угрожающем выкидыше. При появлении симптомов нужно срочно предпринять меры по сохранению беременности, так как идет речь о потере жизни ребенка.

Данные меры проводятся только в стационаре. Прогноз зависит от состояния женщины, её организма и эффективности лечебной тактики.

Проявления этого состояния делятся на два вида: первые из них женщина отмечает самостоятельно, вторые обнаруживает врач. Главным симптомом угрозы прерывания беременности являются тянущие боли в нижней части живота. Если женщина на маленькой сроке беременности, то она может ощущать ломоту в области поясницы. Многие путают это состояние с предменструальным синдромом. Во втором триместре беременности боль может влечь за собой произвольные сокращения матки. Это характеризуется обычными выделениями из влагалища без примесей крови. При обнаружении кровотечения, речь уже пойдет о второй стадии патологии – начавшемся выкидыше. (13- 376 с.).

Начавшийся выкидыш - состояние у женщины при котором происходит самопроизвольное прерывание беременности. До 12 недель выкидыш считают ранним, от 12 до 20 недель – поздним. Это состояние характеризуется достаточно ощутимыми болями внизу живота, что говорит о том, что матка начала сокращаться. После чего начинают появляться кровенные выделения. Все эти симптомы – повод к незамедлительному обращению к врачу. При помощи УЗИ врач дает оценку состоянию плода и дальнейшему развитию беременности.

Своевременная терапия по сохранению беременности может остановить начавшийся выкидыш. Но данные меры будут продуктивны, если отсутствует отслойка плодного яйца, если отслойка все таки есть, производят чистку матки.

Выкидыш в ходу – этот выкидыш отличается от предыдущих стадий тем, что спасти жизнь плода в конечном итоге невозможно. Беременную женщину нужно как можно быстрее доставить в медицинское учреждение, для устранения признаков сильного кровотечения, и при необходимости убрать остатки плодного яйца.

Наступление третьей стадии характеризуется появлением следующих симптомов:

- сильная схваткообразная боль в нижней части живота;
- кровотечение средней или сильной степени тяжести;
- ощущение сдавливания прямой кишки, сопровождающееся позывами к испражнению.

В это время плодное яйцо частично или полностью отделилось от стенок матки, но находится в ее полости, или же в канале шейки матки. В результате этого возникает сильное сокращение маточных стенок.

Основным методом диагностики, при появлении этой стадии является гинекологический осмотр с помощью зеркал. При проведении обследования определяют степень раскрытия зева шейки матки, наличие плодного яйца или его частей в своде влагалища или канале шейки. С целью определения состояния внутреннего слоя матки при возможности остатка плодного яйца, показано проведение УЗИ.

При проведении ручного обследования врач может диагностировать повышение тонуса матки и ее размер. После завершения стадии выкидыша происходит наступление одной из двух следующих стадий: полный или неполный выкидыш. [12, с. 436].

Неполный выкидыш – это патологическое состояние беременности, во время которого плодное яйцо отслоилось от полости матки и ребенок при этом погиб, однако происходит его задержка в организме женщины. Симптомами и признаками неполного аборта являются: боли в низу живота с возникающими периодическими спазмами и тянущими ощущениями, отдающие в промежность и поясницу, увеличение матки, кровянистые выделения из половых путей, повышение температуры тела, а при инструментальном исследовании в полости матки определяется плодное яйцо без сердцебиения и движения плода.

Полный выкидыш – это патологическое состояние беременности при котором матка полностью освобождается от плодного яйца, произвольно сокращается, цервикальный канал закрывается, кровотечение прекращается.

При полном или неполном произвольном выкидыше показано выскабливание стенок полости матки. Учитывая, что оболочка не полностью отходит, есть риск возобновления кровотечений и развития инфекций.

Процесс возможно остановить в самом начале раскрытия шейки матки с помощью медикаментов, расслабляющих мускулатура, а также гормональных препаратов. Если все же не удалось сохранить беременность, то планировать беременность необходимо не ранее, чем через год, дождавшись нормализации менструального цикла. (Приложение 1.).

1.6. Диагностика невынашивания беременности.

Женщины с затрудненным акушерским анамнезом требуют точного обследования еще до наступления беременности для установления причины невынашивания.

Все супружеские пары после второго невынашивания подлежат обследованию, также желающие женщины в возрасте от 35 лет - после первой беременности.

Анамнез – включает в себя установления возраста супружеской пары, социально - бытовые условия, наличие вредных привычек, имеющиеся наследственные заболевания. В гинекологическом анамнезе выясняют наличие воспалительных образований половых органов, вирусные инфекции, особенности течения менструальной и репродуктивной функций и др. гинекологические заболевания и оперативные вмешательства. [8, с. 63].

Особое внимание в сборе анамнеза уделяется детородной функции: начало половой жизни, наличие диагноза бесплодия до наступления беременности, как быстро наступила беременность, срок прерывания беременности, возможное наличие инфекционных осложнений после прерывания беременности.

Исследование кариотипа родителей показано супружеским парам с невынашиванием беременности в анамнезе при рождении ребенка с пороками развития, а также при привычном невынашивании беременности на ранних сроках.

Также определяется состояние внутренних и наружных половых органов, овуляторный процесс по данным базальной температуры и менструального цикла, определяется оволосения по женскому либо мужскому типу. Обнаружение существенных пороков, опухолей, рубцов на матке. При этом виде диагностики проводят:

- УЗИ-оценку внутренних органов и эндометрия. Определяют состояние яичников, наличие кист миомы матки. Состояние эндометрия: гиперплазия эндометрия, полипы, хронический эндометрит. (приложение 2).
- Бакпосев, анализ мочи по Нечипоренко и общий, анализ крови общий, обследование на ИППП.
- Гистеросальпинграфия проводят на 17-23 день менструального цикла, это позволяет исключить анатомические пороки матки, внутриматочные синехии.
- Гормональное исследование проводят на 6-7 день менструального цикла, при нормальных менструациях. Определяется содержание пролактина, ФСГ, кортизона, прогестерона.
- При различии групп крови партнеров, проводят анализ на иммунные антитела, при резус конфликте – наличие антител.
- Обследование мужчины включает в себя, сбор полного наследственного анамнеза, анализ развернутая спермограммы и наличие соматических заболеваний. [13, с. 376].

Последующим этапом является назначение комплекса мероприятий по сохранению беременности и предотвращению преждевременных родов.

1.7. Лечение невынашивания беременности.

Лечение невынашивания беременности зависит от выявленных причин. Например, при неполноценной лютеиновой фазе назначаются спазмолитические (Но-шпа) и растительные седативные препараты (настои или настойки корневища валерианы), «Магне В₆», гормональные средства (Дюфастон, хорионический гонадотропин). В случае сенсibilизации к прогестерону применяются (Дюфастон, глюкокортикоиды), иммуноглобулиновые препараты, проводятся иммунотерапия с помощью введения лимфоцитов супруга. Профилактика или лечение плацентарной недостаточности осуществляется с помощью Пирацетама, Актовегина, Инфезола. При наличии инфекционных возбудителей или преждевременном излитии околоплодных вод назначаются токолитические препараты, противогрибковые и антибактериальные средства, антибиотики и т.д. [14, с. 351].

Если существует угроза невынашивания беременности, также назначается строгий покой, по медицинским показаниям проводится лечение по схемам сульфатом магния, сульфатом гексопреналина, сульфатом сальбутамола, сульфатом тербуталина, фенотеролом, нестероидными противовоспалительными препаратами (Индометацин), блокаторами кальциевых каналов (Нифедипин), половыми гормонами, и т.д. Для расслабления матки также используют такие немедикаментозные средства, как маточная электрорелаксация и иглорефлексотерапия.

При аллергических заболеваниях, непереносимости лекарственных средств, гестозах беременности, антифосфолипидном синдроме, нарастании признаков хронического течения синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания, для профилактики дистресс-синдрома проводится плазмаферез (до 3 сеансов). Суть его заключается в удалении из всего объема циркулирующей крови организма 600 – 1000 мл плазмы за один

сеанс и замене ее белковыми и реологическими растворами. Это позволяет удалять часть токсинов, антигенов, снизить повышенную свертываемость крови, улучшить ее циркуляцию, снизить дозировки лекарственных средств в случае их плохой переносимости.

Для лечения беременных, у которых отмечаются угрожающие преждевременные роды, необходимо шире использовать немедикаментозные и физиотерапевтические средства воздействия на мускулатуру матки. Электрорелаксация матки с помощью воздействия на ее нервно-мышечный аппарат переменного синусоидального тока с частотой в диапазоне от 50 до 500 Гц и силой тока до 10 мА по амплитудному значению является высокоэффективным средством подавления сократительной активности матки. Электроды располагают на передней брюшной стенке (прокладка 8x10 см) на 2 см ниже пупка и на пояснично – крестцовой области (прокладка 15x22 см). Прокладки смачивают водопроводной водой. Электрорелаксацию проводят с помощью аппарата "Амплипульс-4". Параметры воздействия: частота модуляций 100 Гц, глубина модуляций 100 % длительность процедуры 30 мин. Курс лечения состоит из 1-3 процедур. Этот метод терапии высокоэффективен и безопасен для матери и плода.

Гистеросальпингография. Изучают форму полости матки, выявить наличие субмукозных, миомаиозных узлов, перегородки, а также определить проходимость маточных труб. Исследование проводят во второй фазе менструального цикла (18-20 день).

При угрожающих преждевременных родах успешно применяют иглоукалывание как самостоятельный метод в сочетании с лекарственными средствами (иглоукалывание проводит врач, получивший специальную подготовку). [16, 245 с.].

Гистероскопия. Осматривают полость матки, определяют характер внутриматочной патологии и при наличии необходимого оборудования (резектоскопа) проводят удаление синехий, субмукозного узла миомы, полипа эндометрия. При удалении внутриматочной перегородки предпочтение отдают

гистерорезектоскопии с лапароскопической ассистенцией, что позволяет снизить риск перфорации стенки матки

Таким образом, нужно иметь в виду, что лечение невынашивания беременности в каждом отдельном случае требует индивидуального специфического подхода, также как и профилактика этой патологии.

1.8. Профилактика невынашивания беременности.

Женщинам, в анамнезе у которых были 2 и более выкидышей или преждевременные роды, необходимо рекомендовать обследование до наступления следующей беременности для выявления причин, коррекции нарушений и предупреждения последующих осложнений. Методы профилактики зависят от причин, лежащих в основе привычного невынашивания беременности.

Профилактика как правило заключается в полном обследовании женщины и ее партнера, с целью обнаружения основной причины, восстановления и подготовки к последующей беременности.

Главными принципами профилактики является:

- Выявление женщин, входящих в группу риска развития привычного невынашивания беременности.
- Полное целенаправленное исследование анамнеза супружеской пары до наступления беременности и рациональная их подготовка.
- Определение гормонального статуса у женщины.
- Лечение выявленных инфекционных заболеваний и гормональное восстановление эндокринных нарушений.

При подготовке к беременности целесообразно снижение контакта с компьютером, телефоном, телевизором, соблюдение правильного образа жизни, питание, свежий воздух, отказ от сверхурочного труда.

Вся основная работа по профилактике невынашивания беременности ложится на плечи акушерок. Они осуществляют индивидуальную работу с пациентками. Именно акушерка разъясняет значимость соблюдения профилактических мер и лечения заболеваний сопутствующих невынашиванию беременности, соблюдения диет, режима труда и отдыха, а также систематического наблюдения в женской консультации. Акушерки знакомят с ее заболеваниями и разъясняют особенности течения этого заболевания, воспитывают в ней сознательное выполнение назначенного лечения для быстрого и полного выздоровления. [15, с. 462].

Наиболее распространенными санитарно просветительными мероприятиями являются индивидуальные или групповые занятия на приеме у врача; занятия в «школе материнства», где широко используются наглядные, печатные средства.

Вся сущность профилактики осложнений при привычном невынашивании заключается в том, что акушерка смогла создать беременной такие социально-гинекологические условия, что давали бы возможность сохранить здоровье самой беременной и ее ребенка.

В настоящее время более 70% беременных становятся на учет с привычным невынашиванием беременности, что позволяет выявлять факторы риска невынашивания беременности.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

2.1. Общая характеристика Перинатального центра ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа – ведущее лечебно-профилактическое учреждение Белгородской области.

21 мая 1954 года областной Совет народных депутатов своим распоряжением № 219 утвердил открытие на базе Белгородской городской больницы областной больницы на 250 коек. Тогда в ней трудились 75 врачей и 125 медицинских работников среднего звена.

Сегодня областная клиническая больница Святителя Иоасафа - ведущее многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение региона. В её состав входят: консультативная поликлиника на 600 посещений в смену, 23 специализированных отделения круглосуточного стационара на 1053 койки, перинатальный центр на 485 койки, центр медицинской реабилитации, диагностические и параклинические подразделения, отделение санитарной авиации, инженерные службы жизнеобеспечения больницы.

Перинатальный центр функционирует на 485 коек, из них 110 коек для беременных и рожениц, 110 для новорожденных, 150 коек патологии беременности, 55 коек отделения патологии новорожденных и 60 гинекологических и показывает рисунок 3.

Основными направлениями деятельности являются:

- Оказывает консультативно-диагностическую, лечебную и реабилитационную помощь преимущественно наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на

основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий.

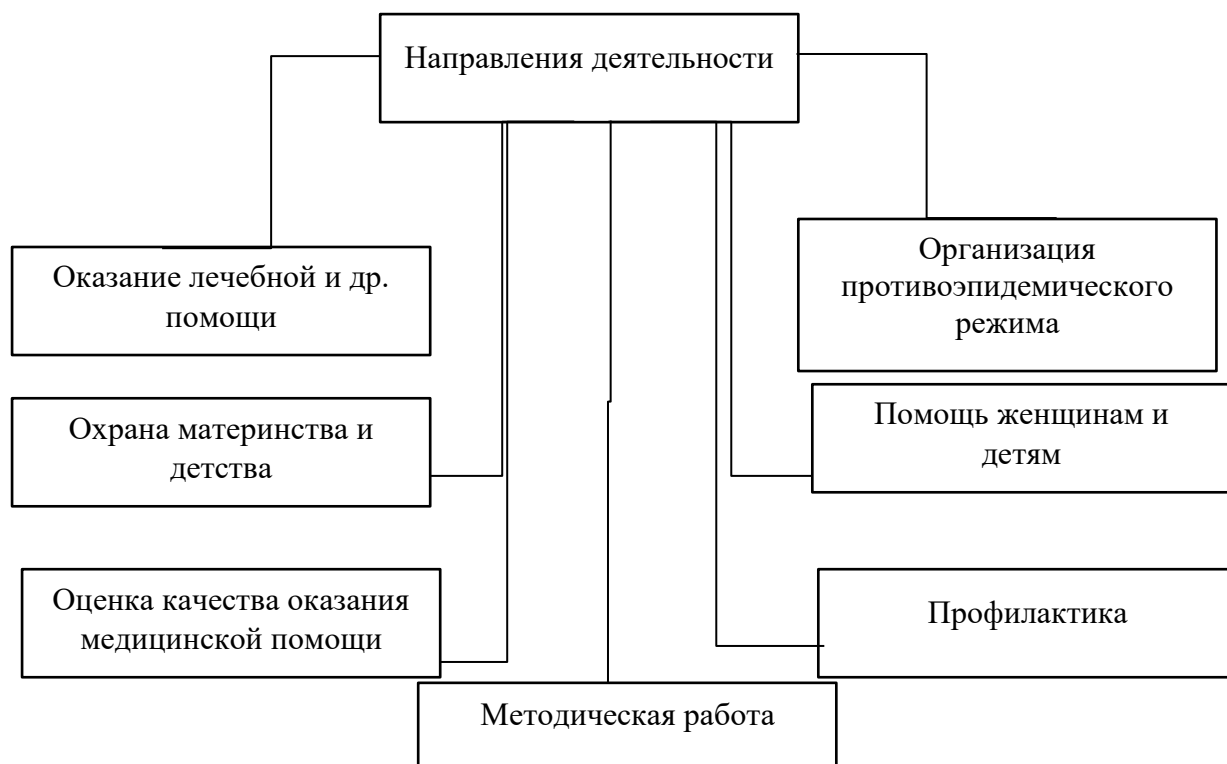


Рис. 1. Направления деятельности Перинатального Центра

– Проводит клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам и детям раннего возраста, сбор и систематизацию данных о результатах выхаживания новорожденных детей с различной патологией.

– Организует и обеспечивает в структурных отделениях Центра противоэпидемический режим и качество лечебно-диагностического процесса на основе стандартизированных видов медицинской помощи.

– Оказывает анестезиолого-реанимационную помощь, организует выездные формы помощи женщинам и детям.

– Апробирует и внедряет в деятельность учреждений охраны материнства и детства современные медицинские технологии профилактики, диагностики и лечения, направленные на снижение материнских, перинатальных потерь и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин.

– Осуществляет профилактику отдаленных последствий перинатальной патологии (ретинопатии недоношенных, тугоухости с детства, детского церебрального паралича и др.).

– Обеспечивает систему реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологическую и социально-правовую помощь женщинам и детям раннего возраста.

– Проводит организационно-методическую работу по повышению профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам перинатальной помощи, организует и проводит конференции, совещания по актуальным вопросам охраны здоровья матери и ребенка.

2.2. Материалы и методы исследования

В качестве материалов исследования стали анкетирование и материалы полученные в процессе работы на базе Перинатального центра, период с 20.04.18 по 17.05.18. (21 календарный день), изучались пациентки, гинекологического отделения в возрасте с 18 лет до 45 лет .

Испытуемым была предложена анкета, состоящая из 17 вопросов, преимущественно закрытой формы. Респонденты могли выбрать несколько вариантов ответа. Бланки анкеты и авторучки выдавались испытуемым. (Приложение 2).

Было проведено исследования анализ беременности пациенток с абортным исходом.

Таблица 2

Анализ беременностей с абортным исходом

	2017 год	2016 год	2015 год
Всего абортов	263	276	320

1. По медицинским показаниям	141	182	278
из них			
-ВПП плода	55	99	72
-неразвивающихся	86	83	206
2.Самопроизвольные	121	91	38
3.Неуточненные	1	3	4
из них			
-до 12 нед.	107	150	166
-13-21 нед.	156	126	154
Сделано аборт до 14 лет	-	-	3
из них			
-до 12 нед.	-		1
-13-21 нед.	-		1
-22-27 нед.	-		1
Сделано аборт в 15-19 лет	4	3	5

Анализ показал, что за период исследования уменьшилось общее количество аборт, на 57 человек, из них - это аборты по медицинским показаниям.

2.3. Анализ анкет женщин находящихся на стационарном лечении в перинатальном центре ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».

Был проведен анализ опроса среди 36 женщин Перинатального Центра. Анкета отражена в Приложении 3.

После анализа результатов анкетирования стало видно, что на вопрос социального положения 65% пациенток ответили, что они замужем, 25% - живут в гражданском браке а 10% пациенток – не замужем (Рис. 2).

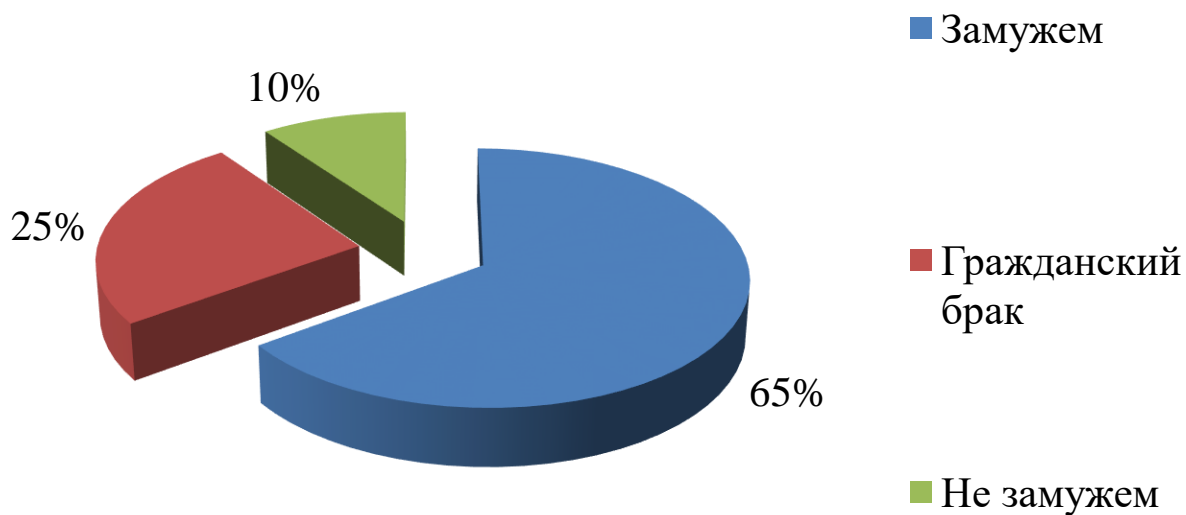


Рис. 2. Социальное положение пациенток

У 80% пациенток – нет вредных привычек (Рис. 3).

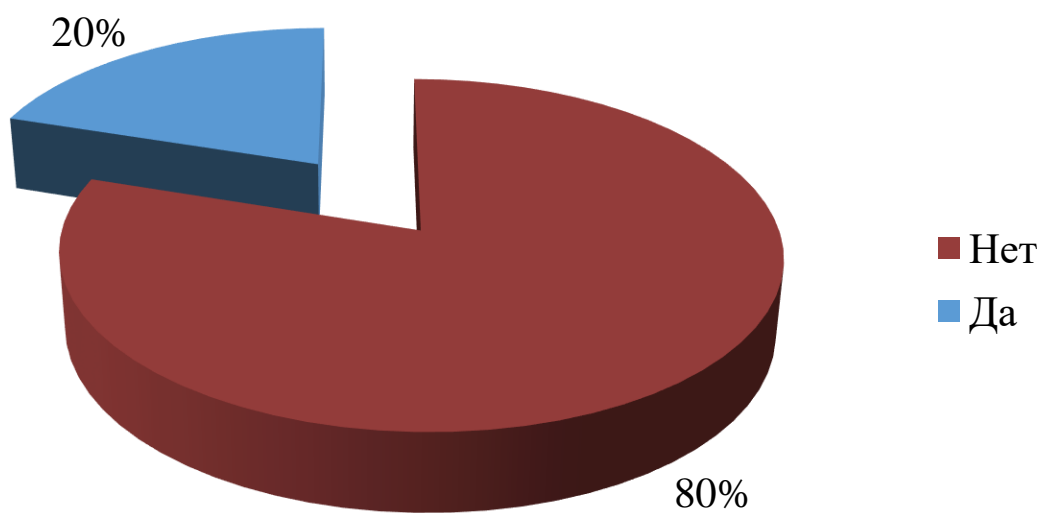


Рис. 3. Наличие вредных привычек

Из тех 20%, кто имеет вредные привычки 72% - курят, 22% - употребляют алкоголь и 6% употребляют наркотические средства (Рис. 4).

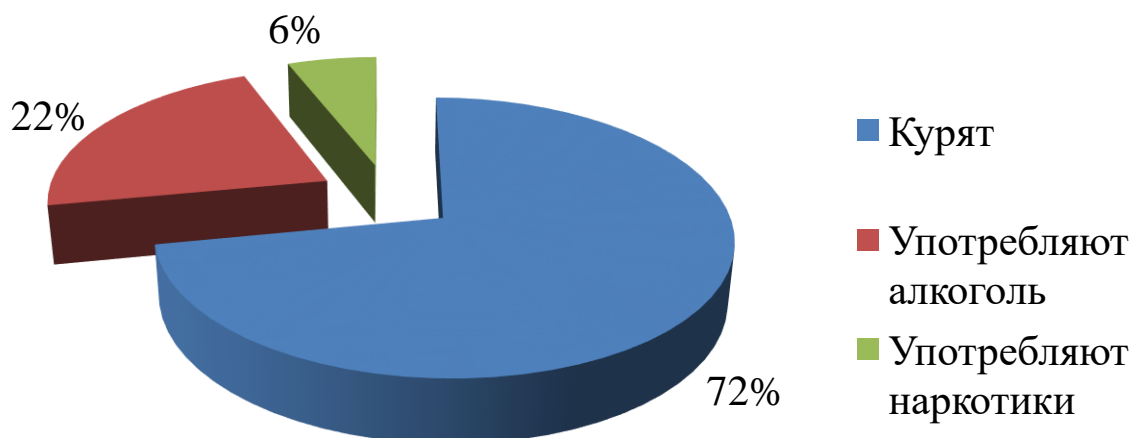


Рис. 4. Вредные привычки

30% женщин первородящие

30% женщин беременны во 2 раз

40% женщины беременны в 3 и более раз (Рис. 5).

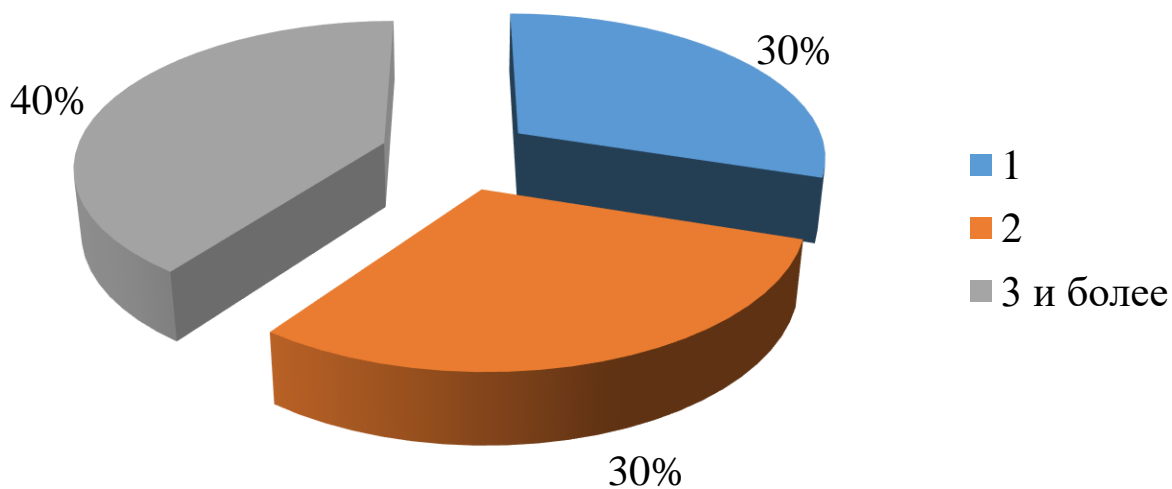


Рис. 5. Беременность по счету

В период беременности 30% женщин перенести инфекционное воспаление вульвы.

5% перенесли заболевание трихомоноз

65% женщин не переносили инфекционные заболевания (Рис. 6).

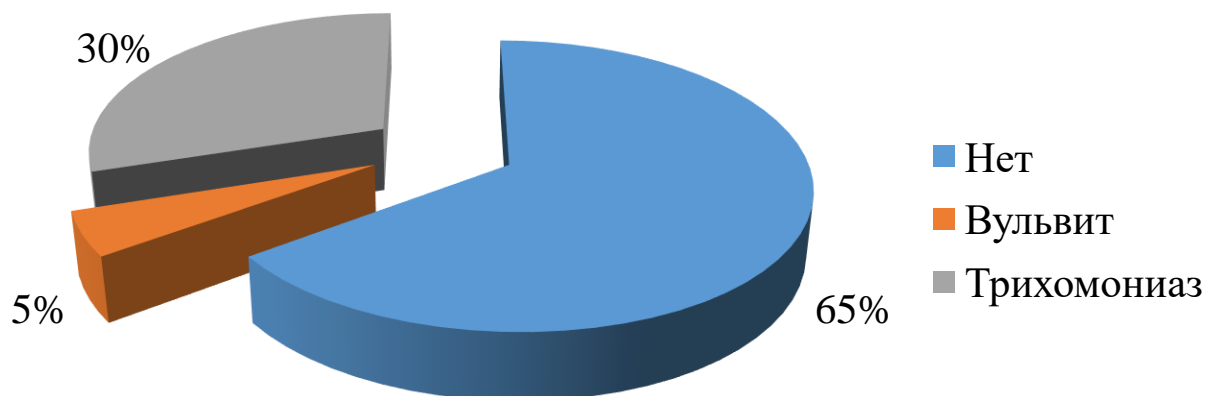


Рис. 6. Инфекционные заболевания

У 55% пациенток, есть хроническое заболевание – пиелонефрит (Рис. 7).

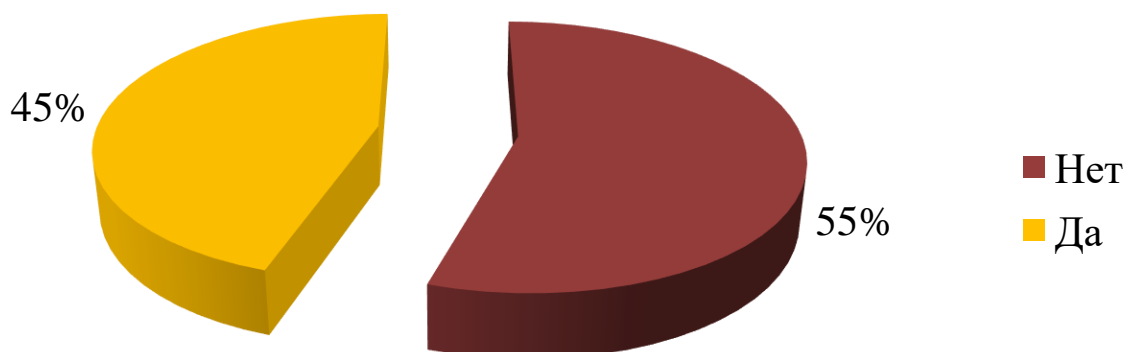


Рис. 7. Наличие хронического заболевания: пиелонефрит

Хронический тонзиллит есть у 75% пациенток (Рис. 8).

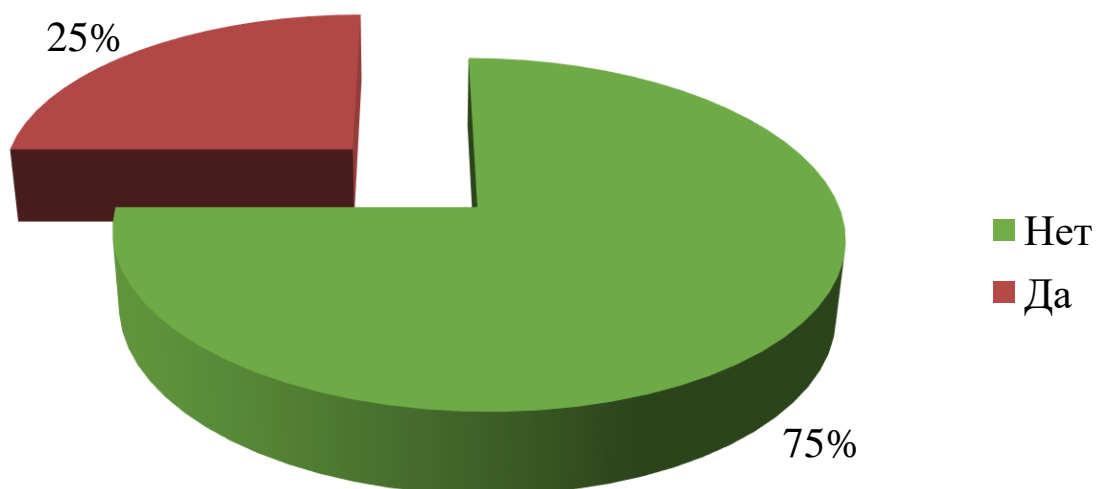


Рис. 8. Наличие хронического заболевания: тонзиллит

У 45% есть вазомоторный ринит (Рис. 9).

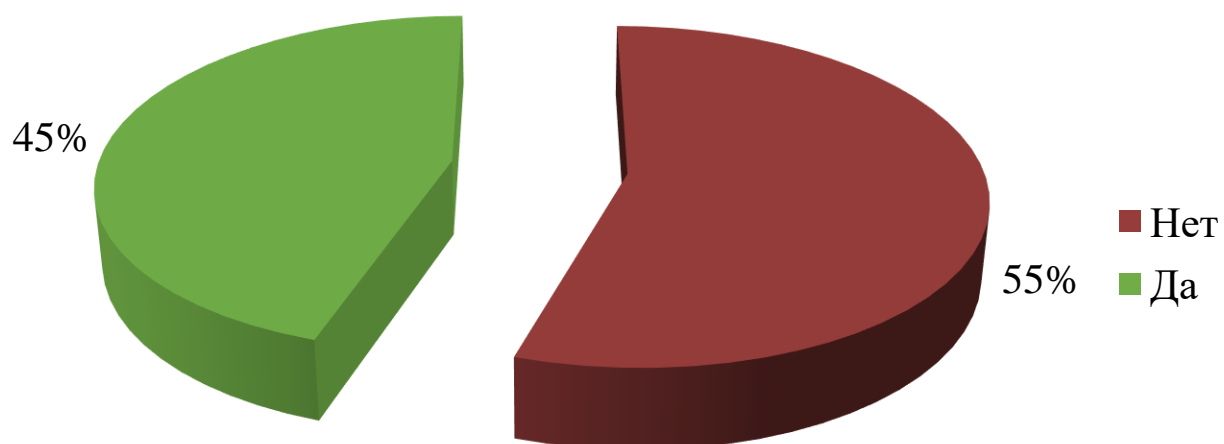


Рис. 9. Наличие хронического заболевания: ринит

Железодефицитная анемия наблюдается у 35% пациенток (Рис. 10).

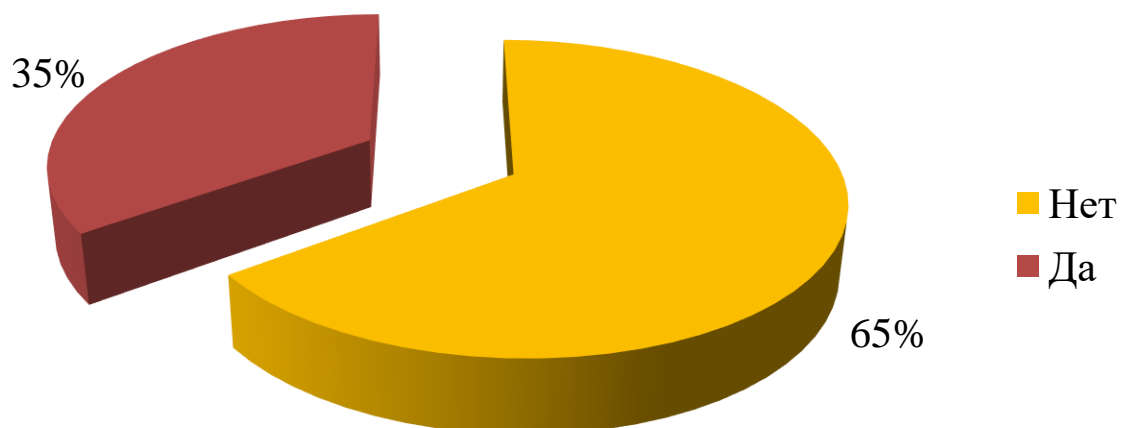


Рис. 10. Наличие хронического заболевания: анемия

У 25% пациенток регулярная менструация установилась до 12 лет.

У 35% пациенток регулярная менструация установилась с 17 лет.

У 40% пациенток регулярная менструация установилась с 12 – 16 лет

(Рис. 11).

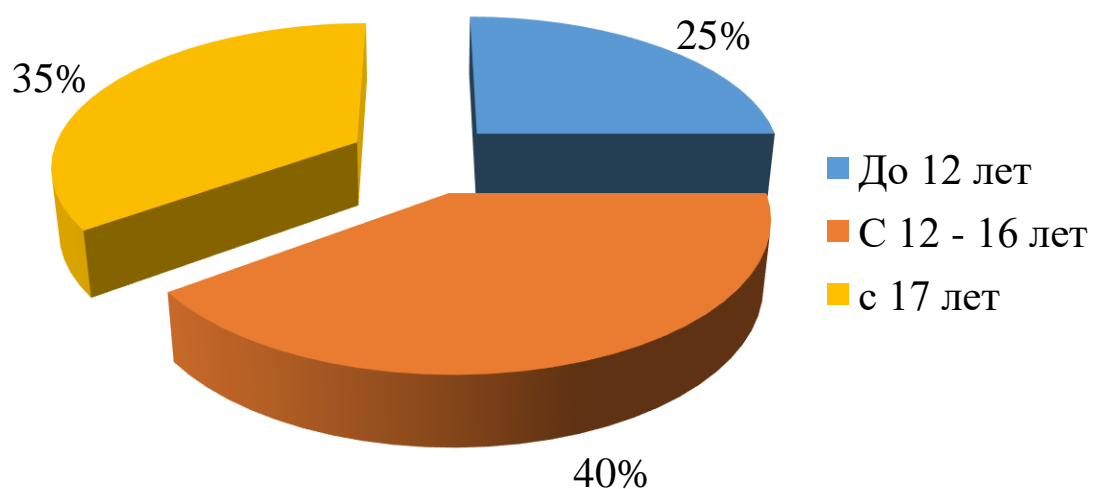


Рис. 11. Возраст становления регулярной менструации

У 80% женщин проходит регулярная менструация.

У 20% женщин проходит нерегулярная менструация (Рис. 12).

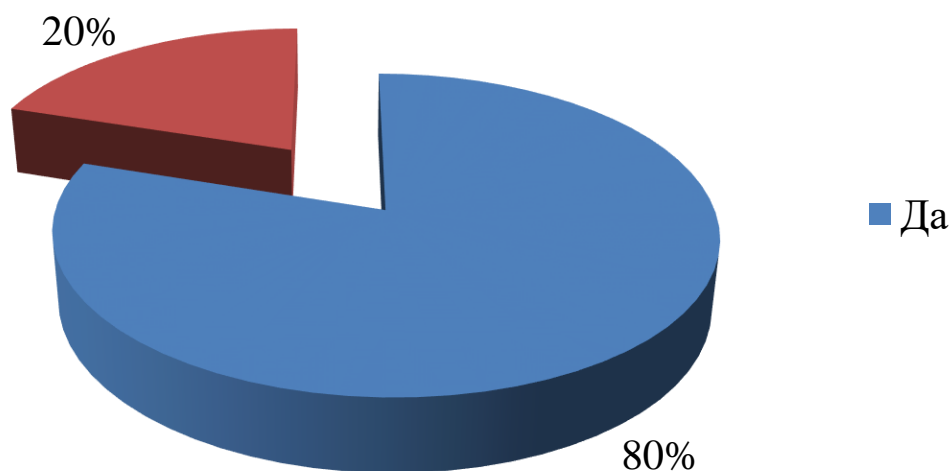


Рис. 12. Регулярная менструация

70% женщин начали жить половой жизнью до 18 лет, 30% после 18 лет (Рис. 13).

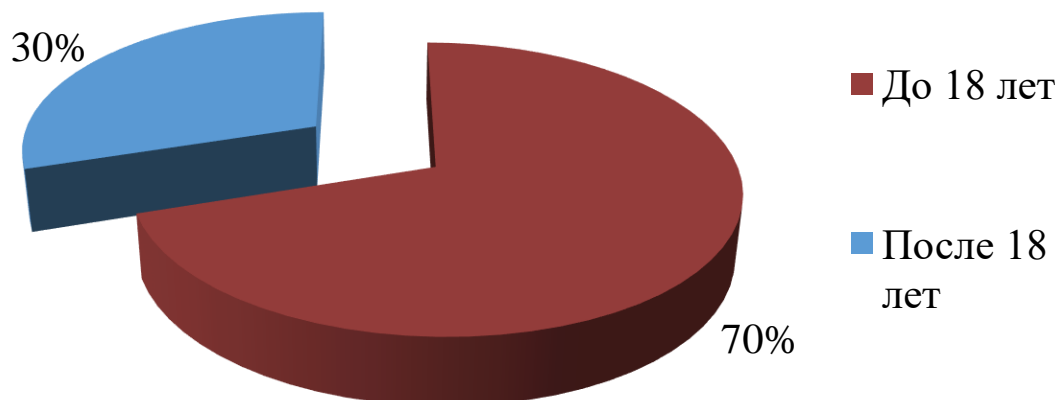


Рис. 13. Возраст начала половой жизни

Выводы по результатам исследования:

1. В исследуемой группе большая часть женщин относились к возрастной группе от 18 лет до 35 лет, женщин более 35 было всего 6 человек. Первородящих женщин 30%, а повторнородящих 70%. До 12 недель встали на учет 87% пациенток.
2. Из показателей диаграмм видно, что женщины страдали гинекологическими заболеваниями, и некая часть страдали инфекционными заболеваниями: воспаление вульвы, пиелонефрит, тонзилит, вазомоторный ринит, анемия. 85% пациенткам были рекомендованы медикаментозные препараты.
3. 45% пациенток находились на лечении с угрозой прерывания беременности с предыдущей беременностью и 55% находились ранее на стационарном лечении с угрозой прерывания настоящей беременности.
4. Причин невынашивания беременности следующие: генетические, анатомические, иммунологические, инфекционные заболевания. Наиболее часто встречаемые причины – иммунологические, составляют -15-20%.
5. Профессиональная деятельность акушерки заключалась в том, чтобы отследить патологию по клиническим признакам и сообщить об этом врачу. В его отсутствие обеспечить транспортировку и госпитализацию в стационар. Исполнять назначения врача. Осуществлять курацию до и после операции, а также принимать участие в реабилитационный и профилактический периоды.
6. Профилактические мероприятия по снижению риска невынашивания беременности таковы:
 - Выявление женщин входящих в группу риска развития привычного невынашивания.
 - Полное целенаправленное исследование анамнеза супружеской пары до наступления беременности и рациональная их подготовка.
 - Определение гормонального статуса у женщины.

– Лечение выявленных инфекционных заболеваний и гормональное восстановление эндокринных нарушений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Невынашивание беременности – сложная проблема, с которой человечество сталкивается на протяжении всего своего существования. В последние десятилетия на изменение структуры заболеваемости, в том числе гинекологической, влияют экологические и социальные факторы, раннее начало половой жизни, увеличение детородного возраста. В некоторых случаях к потере беременности приводят патологические состояния, которые можно выявить и скорректировать до ее наступления, обеспечив супружеской паре в будущем возможность физиологического течения беременности и рождения здорового ребенка.

В данной выпускной работе проведен анализ анкет беременных, по данным перинатального центра ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа». В процессе проведения исследования выявили, что большее количество женщин с угрозой прерывания беременности находятся в возрастной категории от 18 до 35 лет и всего 6 женщин старше 35 лет.

Также, стало известно, что 45% пациенток находились на лечении с угрозой прерывания беременности с предыдущей беременностью и 55% находились ранее на стационарном лечении с угрозой прерывания настоящей беременности.

Основная работа с женщинами по профилактике возникновения привычного невынашивания беременности ложится на плечи акушерок женских консультаций. Акушеркой осуществляется индивидуальная работа с беременными женщинами в женских консультациях, и на территории закрепленного района. Акушеркой разъясняется необходимость соблюдения правил профилактики и лечения невынашивания беременности на различных стадиях заболевания, диеты, режима труда и отдыха, также систематического медицинского наблюдения в женской консультации.

Наиболее распространенными методами санитарного просвещения являются индивидуальные и групповые беседы на приеме у врача (в основном

с беременными); занятия в «Школе материнства», где акушеркой разъясняются современные методы профилактики невынашивания беременности. При проведении данной работы широко используются наглядные, печатные и другие средства (брошюры, санитарные бюллетени, плакаты, выставки и др.)

Сущность профилактики осложнений беременности при невынашивании беременности заключается в том, чтобы акушерка создала беременной такие социально-гигиенические условия, которые давали бы возможность сохранить её здоровье и благоприятно развиваться плоду.

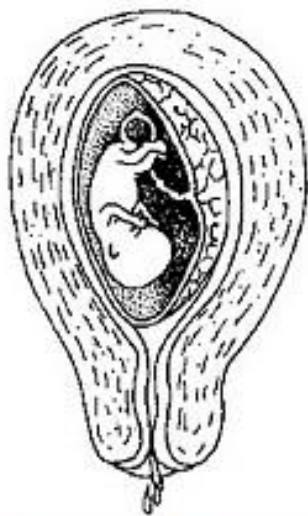
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Учебное пособие для студентов специальности: «Лечебное дело» на тему «невынашивание беременности» , 2014 3 с.
2. Савельева, Г.М. Акушерство: учебник. – 2015 295 с.
3. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск под редакцией [Текст]/ В.И. Кулакова ст.-39.
4. Айламазян, Э. К. Акушерство: учебник для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Лечебное дело» по разделу дисциплины «Акушерство и гинекология» [Текст]/ Э. К. Айламазян. - 9-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 384 с.
5. Бакшеев, Н. С. Клинические лекции по акушерству [Текст] / Н. С. Бакшеев. - Киев: Здоровье, 2016. - 225 с.
6. Стрижаков, А. В. Акушерство и гинекология [Текст]/ А. В. Стрижаков. - М., 2015. - 213 с.
7. 16. Невынашивание беременности: этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение: учебное пособие [Текст]/ Кошелева Н.Г., Аржанова О.Н., Плужникова Т.А. [и др.]; Ред. Э.К. Айламазян. — СПб.: Нева-Люкс, 2014. — 65 с.
8. Павлова, Н.Г. Антенатальная диагностика, профилактика и лечение функциональных нарушений развития ЦНС плода: Автореф. дис. д-ра мед. наук.- СПб., 2016. — 63 с.
9. Акушерство и гинекология: для клинических ординаторов: [Текст]: Учебно-методический комплекс / С. П. Пахомов [и др.]. - Белгород, 2017. - 163 с.
10. Гинекология. [Текст]/ Национальное руководство В.И. Кулаков, Г.М. Савельева – 2017 - 115 с.
11. Озерская, И.А. Эхография в гинекологии. [Текст]/ И.А. Озерская – М.: МЕДИКА, 2016 – 223 с.

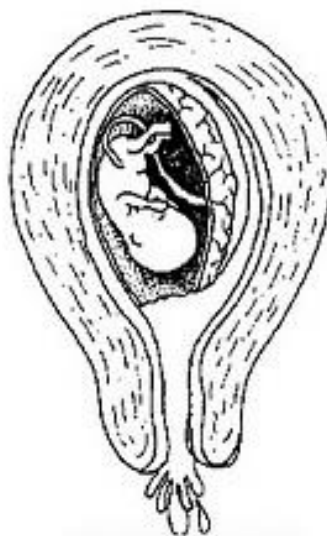
12. Сильвия, К. Гинекология [Текст]/ Под ред. акад. РАМН Э.К. Айламазяна, пер. с англ. – М.:МЕДпресс-информ, 2014. – 436 с.
13. Практическая гинекология. Клинические лекции [Текст]/ Под ред. акад. РАМН В.И. Кулакова, проф. В.Н. Прилепской. – 3-е изд. доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 376 с.
14. Невынашивание беременности, инфекция, врожденный иммунитет [Текст]/ О.А. Макаров, Л.В. Коваленко, И.В. Бахарева Москва «ГЭОТАР Медиа» 2014 г. – 351 с.
15. Инфекции в акушерстве и гинекологии [Текст]/ О.В. Макарова, В.Е. Алешкина. Москва, Медпресс информ, 2015, 462 с.
16. Савельева, Г.М. [Текст]/ Акушерство: учебник. – 2015. 245 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

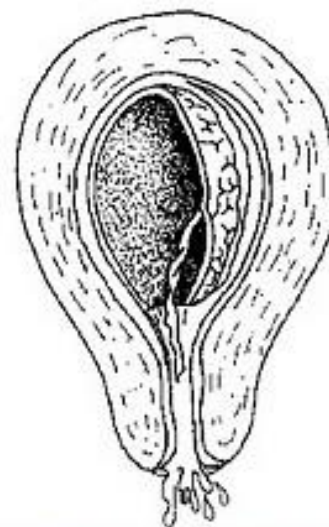
Стадии аборта.



Угрожающий аборт



Начавшийся аборт



Неполный аборт

Анкета

Уважаемая пациентка, медицинский колледж НИУ БелГУ просит Вас принять участие в проводимом исследовании. Мы гарантируем Вам анонимность. Собранные данные будут использованы в обобщенном виде.

Ответьте, пожалуйста, на вопросы, указанные в анкете.

Заранее благодарим Вас за помощь!

1. Ваш возраст _____
2. Ваше социальное положение:
 - Замужем,
 - Гражданский брак,
 - Одинокая
3. Имеете ли Вы вредные привычки: да; нет
 - Курите
 - Употребляете алкоголь
 - Употребляете наркотики
4. Какая у вас беременность по счету.
 - 1
 - 2
 - 3 и более
5. Переносили ли Вы инфекционные заболевания в настоящей беременности(если да то какие)
 - _____
 - Нет
6. Имеются ли у Вас хронические заболевания:
 - 1) пиелонефрит
 - Да
 - Нет
 - 2) хронический тонзиллит
 - Да
 - Нет
 - 3) вазомоторный ринит
 - Да
 - Нет
 - 4) железодефицитная анемия
 - Да
 - Нет
7. С какого возраста у Вас установилась регулярная менструация
 - До 12 лет
 - С 12-16 лет
 - С 17 лет
8. Регулярный ли у Вас менструальный цикл
 - Да

- Нет
9. Со сколько лет Вы живете половой жизнью
- До 18 лет
 - С 18 лет
10. Были ли у Вас гинекологические заболевания (если да, то какие).
- Нет
 - _____
11. Посещали ли вы перед настоящей беременностью «школу материнства»
- Да
 - Нет
12. С какого срока Вы наблюдались в женской консультации при настоящей беременности
- До 12 недель
 - С 12 недель
 - Не наблюдались
13. Назначались ли вам какие либо медикаментозные препараты во время беременности
- Да
 - Нет
14. Заканчивались ли у вас предыдущие беременности выкидышем
- Да
 - Нет
15. Находились ли Вы на лечении с угрозой прерывания беременности с предыдущей беременностью
- Да
 - Нет
16. Находились ли Вы ранее на стационарном лечении с угрозой прерывания настоящей беременности
- Да
 - Нет
17. Какие пожелания у Вас к медицинскому персоналу _____