**НАУЧНО – ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ПРОЕКТ**

**Причины, особенности течения и ведения беременности при самопроизвольном прерывании**

**на ранних сроках**

Выполнила: Нибо Саида Казбековна

студентка 3 курса

специальность «Акушерское дело»

Руководитель работы М.М. Шумен,

преподаватель высшей категории

Краснодар

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА 1. САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ

1.1. Общие сведения, классификация самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках

1.2. Причины, факторы риска развития самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках

1.3. Клиника самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках

1.4.Диагностика самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках

1.5.Тактика ведения женщин при самопроизвольном прерывании беременности на ранних сроках

1.6. Профилактика самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ПРЕРЫВАНИИ НА РАННИХ СРОКАХ

2.1. Статистические данные по распространённости самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках

2.2. Особенности сестринского ухода за беременными из группы риска

2.2.1. Этапы сестринского ухода

2.2.2. Наблюдение из практики

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ПРИЛОЖЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

Самопроизвольный выкидыш - самое частое осложнение беременности. Частота его составляет от 10 до 20% всех клинически диагностированных беременностей. Около 80% выкидышей происходит до 12 недель беременности. В структуре спорадических ранних выкидышей одна треть беременностей прерывается до 8 недель по типу анэмбрионии (отсутствие эмбриона).  Сохранение репродуктивного здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства — приоритетная задача современной медицины во всем мире. Безусловно, она должна решаться комплексно с учетом социальных, экономических, демографических и медицинских проблем, стоящих перед обществом в целом и перед каждой страной в частности.

Известно, что 10 - 20% клинически диагностированных беременностей заканчиваются выкидышем. Несмотря на широкое внедрение УЗИ, клиническое ведение пациенток с выкидышем мало изменилось за последние 50 лет и обычно опирается на традицию, а не на принципы доказательной медицины. Большинство женщин с выкидышем направляется в стационар для оценки ситуации, до 88% из них подвергаются хирургическому опорожнению матки.

Выкидыш может быть связан с серьезными психологическими последствиями для пациенток, их партнеров и семей, поэтому женщинам после выкидыша необходимо предлагать психологическую поддержку и консультирование.

**Область исследования:** ведения беременности при самопроизвольном прерывании на ранних сроках

**Объект исследования:** особенности течения и ведения беременности при самопроизвольном прерывании на ранних сроках

**Предмет исследования**: статистические данные по абортам, результаты анкетирования беременных из группы риска.

**Гипотеза исследования:** сестринский уход и наблюдение, включающие комплекс лечебно – диагностических мероприятий, способствуют повышению благополучного течения беременности.

**Цель исследования** – выполнить анализ особенностей течения и ведения беременности при самопроизвольном прерывании на ранних сроках

**Задачи исследования**

1.Проанализировать медицинскую литературу по исследуемой проблеме.

2.Закрепить, углубить, систематизировать знания по особенностям течения и ведения беременности при самопроизвольном прерывании на ранних сроках

3. Выполнить анализ особенностей течения и ведения беременности при самопроизвольном прерывании на ранних сроках

4. Выполнить анализ информированности женщин о профилактике абортов.

5. Разработать памятку пациенткам о профилактике абортов.

**Методы исследования**:

- теоретический анализ литературных источников по теме исследования;

- метод научного исследования (анализ сведений из историй болезни);

- биографический (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);

- метод социологического опроса (анкетирование);

- методы анализа и интерпретации полученных данных.

ГЛАВА 1. САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ

1.1. Общие сведения, классификация самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках

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

В соответствии с определением ВОЗ, выкидышем является самопроизвольное изгнание или экстракция эмбриона (плода) массой до 500 г, что соответствует гестационному возрасту менее 22 недель беременности.

Терминология **(**Коды по [МКБ-10](exp:528484))

[O03](exp:528484:113082) Самопроизвольный выкидыш

[O02.1](exp:528484:146251) Несостоявшийся выкидыш

[O20.0](exp:528484:146392) Угрожающий выкидыш

Таблица 1. Номенклатура терминов Европейского общества репродукции

человека (ESHRE, 2005)

|  |  |
| --- | --- |
| Термин | Характеристика |
| Биохимическая беременность | Не визуализируется при сканировании |
| Пустой плодный мешок | Плодный мешок с отсутствием эмбриона и минимальным числом структур |
| Потеря беременности | Были УЗИ-признаки прогрессирующей беременности, при последующем исследовании сердечной деятельности плода не обнаружено |
| Ранние потери беременности | Пустой зародышевый мешок или с эмбрионом, у которого нет сердечной деятельности, сроком менее 12 недель |
| Неразвивающаяся беременность | Как "ранняя потеря беременности" |
| Поздний выкидыш | Отсутствие сердечной деятельности при сроке беременности более 12 недель |
| Беременность неизвестной локализации | При сканировании беременность не идентифицируется, ХГЧ-тест положительный |

**Таблица 2. Терминология, рекомендуемая для использования**

|  |  |
| --- | --- |
| **Рекомендуемый термин** | **Определение** |
| Самопроизвольный выкидыш | Потери беременности, происходящие до 22 недель с весом плода менее 500 г |
| Угрожающий выкидыш | Кровянистые выделения из матки до 22 недель беременности |
| Выкидыш в ходу | Выкидыш неизбежен, продукт зачатия находится в процессе изгнания из матки |
| Неполный выкидыш | Часть продуктов зачатия осталась в полости матки |
| Полный выкидыш | Выкидыш произошел полностью, нет необходимости в медицинском или хирургическом вмешательстве |
| Неразвивающаяся беременность | УЗИ подтвердило нежизнеспособность беременности, кровотечения нет |
| Инфицированный (септический) выкидыш | Выкидыш, осложненный инфекцией органов малого таза |
| Привычный выкидыш | 3 или более выкидышей подряд у одной и той же женщины |
| Беременность неизвестной (неясной) локализации | Отсутствие УЗИ-признаков маточной или внематочной беременности при положительном ХГЧ-тесте |
| Беременность неопределенной жизнеспособности | Средний внутренний диаметр плодного яйца менее 20 мм, желточный мешок или плод не видны или КТР эмбриона менее 6 мм без сердцебиения |
| Внематочная беременность | Локализация плодного яйца вне полости матки (например, в маточных трубах, шейке матки, яичниках, брюшной полости) |
| Анэмбриония | Имплантация оплодотворенной яйцеклетки в стенку матки произошла, но развития плода не начинается. В полости матки определяется плодное яйцо с или без желточного мешка, эмбриона нет |
| Гестационная трофобластическая болезнь | Патология трофобласта, также известна как пузырный занос (полный или частичный) | |

Самопроизвольный выкидыш - самое частое осложнение беременности. Частота его составляет от 10 до 20% всех клинически диагностированных беременностей. Около 80% выкидышей происходит до 12 недель беременности. В структуре спорадических ранних выкидышей одна треть беременностей прерывается до 8 недель по типу анэмбрионии (отсутствие эмбриона)

1.2. Причины, факторы риска развития самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках

Около 50% спорадических ранних выкидышей обусловлено хромосомными дефектами, на сроке 8 - 11 нед. - 41 - 50%, на сроке 16 - 19 нед. она снижается до 10 - 20%. Наиболее частыми типами хромосомной патологии при ранних самопроизвольных выкидышах бывают аутосомные трисомии - 52%, моносомии X - 19%, полиплоидии - 22%, другие формы составляют 7%. В 80% случаев выкидышей сначала происходит гибель, а затем экспульсия плодного яйца. Среди других причин спорадических ранних выкидышей выделяют анатомические, инфекционные, эндокринные, токсические, иммунологические и другие факторы. Необходимо стремиться выявить причины прерывания беременности, поскольку эти факторы могут привести к повторным (привычным) выкидышам]. Среди пар, у которых при тщательном обследовании установить причину привычного самопроизвольного аборта не удалось, в 65% случаев последующая беременность заканчивается успешно.

# Факторы, связанные с ранней потерей беременности

- Поздний возраст матери (в возрасте от 20 до 30 лет риск самопроизвольного выкидыша составляет 9 - 17%, в 35 лет - 20%, в 40 лет - 40%, в 45 лет - 80%)

- Употребление алкоголя (умеренное)

- Использование кофеина (дозозависимый эффект: 4 - 5 чашек кофе, или более 100 мг кофеина)

- Курение (более 10 сигарет в день)

- Употребление кокаина .

- Хронические заболевания матери: антифосфолипидный синдром, тромбофилии, синдром поликистозных яичников, заболевания щитовидной железы, некорригированный сахарный диабет, возможно, целиакия (энтеропатия, связанная с повреждением ворсинок тонкой кишки)

- Инфекции у матери: листериоз, сифилис, хламидии, токсоплазмоз; микоплазмы или уреаплазмы влагалища (противоречивые данные)

- Препараты: итраконазол (противогрибковое средство), метотрексат (цитостатик), нестероидные противовоспалительные препараты (нарушают процессы имплантации за счет угнетения синтеза простагландинов), ретиноиды (оказывают тератогенный эффект), пароксетин и венлафаксин (антидепрессанты с сильным противотревожным действием) .

- Ожирение.

- Предыдущая потеря беременности на раннем сроке (риск последующей потери беременности у женщин с одним самопроизвольным выкидышем в анамнезе риск составляет 18 - 20%, после двух выкидышей он достигает 30%, после трех выкидышей - 43%. Для сравнения: риск выкидыша у женщин, предыдущая беременность у которых закончилась успешно, составляет 5%) .

- Аномалии и органические заболевания половых органов: врожденные аномалии матки, миома матки, операции на шейке матки, внутриматочные синехии].

- Токсины и профессиональные вредности: ионизирующее излучение, пестициды, вдыхание анестезиологических газов.

# Другие факторы

- Лихорадка (гипертермия) (повышение температуры тела более 37,7 град. С приводит к увеличению частоты ранних самопроизвольных выкидышей).

- Непосредственная травма плодного яйца (риск при травме, включая инвазивные методики пренатальной диагностики (хорионбиопсия, амниоцентез, кордоцентез), составляет 1 - 5%).

- Дефицит фолиевой кислоты (повышается риск самопроизвольного выкидыша с 6 до 12 нед. беременности, что обусловлено большей частотой формирования аномального кариотипа плода).

# Факторы, которые ошибочно ассоциируют с ранней потерей беременности

- Авиаперелеты.

- Тупая травма живота.

- Использование контрацептивных средств до беременности (включая оральные контрацептивы, внутриматочные средства, имплантаты, спермициды).

- Физические упражнения (при условии, если женщины продолжают физические упражнения, которые делали до наступления беременности).

- Вакцинация против вируса папилломы человека (бивалентная вакцина).

- Сексуальная активность.

- Стресс.

- Предыдущие аборты по желанию женщины в первом триместре беременности.

1.3. Клиника самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках

Угрожающий выкидыш - тянущие боли внизу живота и поясничной области, скудные кровяные выделения из половых путей. Тонус матки повышен, шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт, тело матки соответствует сроку беременности. При ультразвуковом исследовании регистрируют сердцебиение плода.

Начавшийся выкидыш - боли и кровяные выделения из влагалища более выражены, цервикальный канал приоткрыт. Необходимо диагностировать следующие акушерские осложнения: отслойку хориона (плаценты), предлежание или низкое расположение хориона (плаценты), кровотечение из второго рога матки при пороках ее развития, гибель одного плодного яйца при многоплодной беременности.

Выкидыш в ходу - тело матки, как правило, меньше предполагаемого срока беременности, определяются регулярные схваткообразные сокращения миометрия, в более поздние сроки беременности возможно подтекание околоплодных вод. Внутренний и наружный зевы открыты, элементы плодного яйца находятся в цервикальном канале или во влагалище. Кровяные выделения могут быть различной интенсивности, чаще обильные.

Неполный выкидыш - беременность прервалась, но в полости матки имеются задержавшиеся элементы плодного яйца. Отсутствие полноценного сокращения матки и смыкания ее полости приводит к продолжающемуся кровотечению, что в некоторых случаях может вести к большой кровопотере и гиповолемическому шоку. Чаще встречается после 12 нед. беременности, в случае, когда выкидыш начинается с излития околоплодных вод. При бимануальном исследовании матка меньше предполагаемого срока беременности, кровяные выделения из цервикального канала обильные, при ультразвуковом исследовании в полости матки определяются остатки плодного яйца, во II триместре - плацентарной ткани.

Септический (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 исследовании - болезненная, мягкой консистенции матка, шейка матки расширена. Воспалительный процесс чаще всего вызван золотистым стафилококком, стрептококком, грамотрицательными микроорганизмами, грамположительными кокками. При отсутствии лечения возможна генерализация инфекции в виде сальпингита, локального или разлитого перитонита, септицемии.

Неразвивающаяся беременность - гибель эмбриона (до 9 недель) или плода на сроке до 22 недель беременности при отсутствии экспульсии продуктов зачатия из полости матки.

1.4.Диагностика самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках

Оценка состояния пациентки и диагноз ставится на основе анализа жалоб, анамнеза, физикального осмотра и дополнительных клинических исследований. Ультразвуковое сканирование должно быть выполнено как можно быстрее, если потребуется, то в экстренном порядке. Во всех случаях следует провести начальную оценку параметров гемодинамики

Жалобы на кровяные выделения из половых путей, боли внизу живота и поясничной области, возникшие на фоне задержки менструации.

Примерно четверть всех беременностей осложняются кровотечением до 22 недель, из них 12 - 57% заканчиваются выкидышем [[27]](https://sudact.ru/law/pismo-minzdrava-rossii-ot-07062016-n-15-4102-3482/prilozhenie/literatura/). В то время как обильные вагинальные кровотечения связаны с повышенным риском потери беременности, некоторые исследования показали, что мажущие кровянистые выделения или небольшое кровотечение не увеличивает риск выкидыша

Анамнез

- Характер менструального цикла и дата последней менструации.

- Предыдущие беременности, их исходы, особенно наличие выкидышей.

- Гинекологические заболевания и операции.

- Если применялись ВРТ, указать вид и дату.

- Заключение УЗИ (если было).

- Симптомы ранних сроков беременности.

- Наличие ассоциированных симптомов:

- вагинальное кровотечение (сроки, степень и тяжесть);

- боли (внизу живота / схваткообразные / боли в спине);

- синкопальные состояния при перемене положения тела;

- рвота;

- боль в плече.

- Выделение из половых путей продуктов зачатия (элементов плодного яйца).

# Физикальное обследование

- Базовые обследования (температура, ЧСС, частота дыхания, артериальное давление).

- Обследование живота (болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, вздутие, наличие свободной жидкости).

- Влагалищное исследование:

- Осмотр при помощи зеркал: источник и объем кровотечения, наличие продуктов зачатия в цервикальном канале (если есть возможность, удалить и отправить на гистологическое исследование).

- Бимануальное исследование: консистенция и длина шейки матки, состояние цервикального канала и внутреннего зева шейки матки, величина матки (в зависимости от даты последней менструации), состояние и болезненность придатков, сводов влагалища.

Ультразвуковое сканирование

Большинству женщин с осложнениями ранних сроков беременности требуется ультразвуковое сканирование . Трансвагинальное сканирование (ТВС), проводимое опытным специалистом, является "золотым стандартом. Если ТВС недоступно, может использоваться трансабдоминальное сканирование (ТАС), однако этот метод не так точен, как ТВС, для диагностики осложнений ранних сроков беременности [[15]](https://sudact.ru/law/pismo-minzdrava-rossii-ot-07062016-n-15-4102-3482/prilozhenie/literatura/).

Пациентке должны быть разъяснены порядок и показания для УЗИ. При проведении дезинфекции трансвагинальных УЗИ-датчиков должны строго соблюдаться действующие стандарты и осуществляться надлежащие меры инфекционного контроля за качеством дезинфекции.

# Жизнеспособная маточная беременность

**:**

Плодное яйцо расположено обычно, эмбрион визуализируется, четко определяется сердечная деятельность. Наличие сердечной деятельности ассоциируется с успешным завершением данной беременности в 85 - 97% - в зависимости от срока гестации [[22]](https://sudact.ru/law/pismo-minzdrava-rossii-ot-07062016-n-15-4102-3482/prilozhenie/literatura/). Последующие назначения лекарственных препаратов и дополнительных обследований могут потребоваться в следующих ситуациях: значительное вагинальное кровотечение, субхориальная гематома, а также у пациенток с выкидышами в анамнезе или после удаления внутриматочных контрацептивов.

# Беременность неопределенной жизнеспособности

1 вариант - плодное яйцо расположено обычно, средний внутренний диаметр плодного яйца  20 мм, эмбрион не визуализируется;

2 вариант - плодное яйцо расположено нормально, эмбрион  7 мм, сердцебиение плода не визуализируется. Этим пациенткам следует провести повторное сканирование через 7 дней и оценить в динамике, прогрессирует ли беременность (рост эмбриона, сердечная деятельность плода).

Ранние потери беременности

Трансвагинальное УЗИ должно являться стандартом обследования женщин на ранних сроках беременности. Трансабдоминальное УЗИ проводится при невозможности выполнить трансвагинальное УЗИ или для уточнения полученных данных .

Признаки ранних потерь беременности с задержкой продуктов зачатия в матке:

- при трансвагинальном исследовании средний внутренний диаметр плодного яйца > 20 мм, эмбрион не визуализируется, или при трансабдоминальном сканировании средний внутренний диаметр плодного яйца > 25 мм, эмбрион не визуализируется;

- эмбрион > 7 мм, сердцебиение отсутствует при трансвагинальном сканировании, или эмбрион > 8 мм, сердцебиение не визуализируется при трансабдоминальном УЗИ.

Тактика врача УЗИ ]:

- Если средний внутренний диаметр плодного яйца  25 мм и эмбрион не визуализируется, или если эмбрион  7 мм и нет сердцебиения, необходимо повторить УЗИ не ранее 7 дней от первоначального и оценить, есть ли динамика показателей.

NB! Вариабельность результатов измерений среднего внутреннего диаметра плодного яйца и эмбриона разными специалистами составляет 18%. В ряде случаев это может привести к ложно-положительному диагнозу неразвивающейся беременности. В сомнительных случаях, когда получены пограничные величины среднего внутреннего диаметра плодного яйца и размеров эмбриона, необходимо провести повторное сканирование через 7 - 10 дней. Диагноз неразвивающаяся беременность должен быть подтвержден двумя специалистами по функциональной диагностике, данные сохранены на бумажном и, желательно, электронном носителе.

Неполный выкидыш

При УЗИ в полости матки визуализируется ткань диаметром  15 мм.

# Полный выкидыш

При УЗИ толщина эндометрия < 15 мм, а ранее были обнаружены плодное яйцо или оставшиеся продукты зачатия.

# Беременность неизвестной локализации

Нет признаков маточной или внематочной беременности или остатков плодного яйца при наличии положительного теста на беременность или уровне ХГЧ выше 1000 МЕ/л].

Может быть три причины того, что локализация беременности при УЗИ не выявлена: маточная беременность очень ранних сроков, полный выкидыш или ранняя внематочная беременность. Диагноз может быть установлен при последующем контрольном исследовании.

Следует отметить, что при первом визите даже при трансвагинальном УЗИ с использованием всех критериев исследования, в 8 - 31% случаев невозможно установить маточная или внематочная беременность. В специализированных отделениях ультразвуковых методов исследования частота постановки диагноза "Беременность неизвестной локализации" меньше и составляет 8 - 10%.

В клиническом протоколе по ультразвуковой диагностике невынашивания в первом триместре и оценки жизнеспособности маточной беременности общества радиологов (Society of Radiologists, 2012) представлены критерии, которые считаются сомнительными для диагностики ранней потери беременности.Урежение сердцебиения плода (менее 100 ударов в минуту в 5 - 7 недель гестации) и субхориальная гематома не должны быть использованы для постановки диагноза нежизнеспособной маточной беременности. Эти результаты требуют оценки в динамике через 7 - 10 дней.

1.5.Тактика ведения женщин при самопроизвольном прерывании беременности на ранних сроках

Тактика ведения женщин с выкидышами в ранние сроки беременности зависит от наличия/отсутствия симптомов и того, к какой из клинических групп относится пациентка.

Выжидательная тактика

При возникновении умеренных болей и/или скудных кровянистых выделений, наличии сомнительных данных УЗИ о жизнеспособности беременности, многие пациентки выражают желание избрать "выжидательную" позицию в надежде, что беременность все-таки закончится благополучно, или свершится выкидыш без необходимости последующего медицинского вмешательства].

Выжидательная тактика при угрожающих и начавшихся выкидышах возможна в первом триместре беременности, когда нет клинически значимого (умеренного, обильного) маточного кровотечения, признаков инфекции, чрезмерного болевого синдрома, нарушений гемодинамики

Неразвивающаяся беременность - при сомнительных данных ультразвукового исследования и подозрении на неразвивающуюся беременность показано динамическое УЗИ и наблюдение за состоянием пациентки.

В случае возникновения кровотечения из половых путей в этих случаях наблюдение должно проводиться в условиях гинекологического стационара. Необходимо проинформировать пациентку о высокой частоте хромосомной патологии плода при спорадических ранних выкидышах, разъяснить обоснованность выжидательной тактики и нецелесообразность проведения избыточной лекарственной терапии при сомнительных данных УЗИ]. При выжидательной тактике при самопроизвольном выкидыше чаще происходит неполный аборт и чаще возникает необходимость последующего хирургического

Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности

При начавшемся выкидыше (схваткообразные боли, кровотечение при стабильной гемодинамике и отсутствии признаков инфекции), когда при УЗИ в полости матки обнаружено жизнеспособное плодное яйцо, показано назначение симптоматической терапии, направленной на купирование болевого синдрома и остановку кровотечения

Начавшийся выкидыш является показанием для госпитализации в гинекологическое отделение.

Схемы назначения гестагенов. Дидрогестерон

- Угрожающий выкидыш - 40 мг однократно, затем по 10 мг через каждые 8 часов до исчезновения симптомов.

- Привычный выкидыш - 10 мг 2 раза в день до 20-й недели беременности с последующим постепенным снижением.

Микронизированный прогестерон

- Привычный и угрожающий выкидыш - интравагиналъно, по 100 - 200 мг 2 раза в сутки до 12 недели гестации.

Согласно инструкциям, показаниями к назначению гестагенных препаратов в первом триместре беременности являются: профилактика привычного и угрожающего аборта вследствие недостаточности прогестерона.

Эффективность назначения гестагенов с лечебной целью при угрожающем и начавшемся спорадическом спонтанном выкидыше в настоящее время убедительно не доказана Однако в систематизированном обзоре 2012 года показано, что при использовании дидрогестерона риск самопроизвольного аборта снижается на 47% .

Неэффективно.

Назначение постельного режима при начавшемся выкидыше не повышает частоту благоприятных исходов беременности (уровень доказательности [В](https://sudact.ru/law/pismo-minzdrava-rossii-ot-07062016-n-15-4102-3482/prilozhenie/prilozhenie-1/stepen-dokazatelnosti/)).

В настоящее время отсутствуют убедительные доказательства эффективности и обоснованности применения препаратов магния при выкидыше в ранние сроки беременности.

При неэффективности проводимой медикаментозной терапии и/или отрицательной динамике по данным УЗИ следует пересмотреть тактику ведения, обсудив ее с пациенткой.

NB! Ультразвуковые признаки, свидетельствующие о неблагоприятном исходе маточной беременности:

- отсутствие сердцебиения эмбриона с копчиково-теменным размером более 7 мм;

- отсутствие эмбриона при размерах плодного яйца (измеренных в трех ортогональных плоскостях) более 25 мм при трансвагинальном сканировании.

Дополнительные признаки

- аномальный желточный мешок, который может быть больше гестационного срока, неправильной формы, смещен к периферии или кальцифицирован;

- частота сердечных сокращений эмбриона менее 100 в минуту при гестационном сроке 5 - 7 нед. беременности;

- большие размеры ретрохориальной гематомы - более 25% поверхности плодного яйца.

Медикаментозная терапия, направленная на прерывание беременности

"Медикаментозный кюретаж" является разумной альтернативой хирургическому опорожнению матки при выкидыше, хотя пока полностью не заменил его (уровень доказательства I-b). В настоящее время около 20% женщин предпочитают медикаментозный метод, аргументируя это возможностью избежать применения общей анестезии и сохранением чувства самоконтроля.

Хирургическое лечение служит методом выбора при неполном выкидыше и обусловленном им кровотечении, а также при инфицированном выкидыше. Оно позволяет удалить остатки хориальной или плацентарной ткани, остановить кровотечение, при инфицированном выкидыше эвакуировать ткани, пораженные воспалительным процессом. Хирургическое вмешательство также может быть предпочтительным в ситуациях, когда имеются сопутствующие заболевания (тяжелая анемия, продолжающееся кровотечение, расстройства гемодинамики и др.). Многие женщины предпочитают хирургическое вмешательство, потому что оно обеспечивает более быстрое завершение беременности.

Хирургическое лечение не проводят в случае полного самопроизвольного выкидыша (шейка матки закрыта, кровотечения нет, кровянистые выделения скудные, матка хорошо сократилась, плотная). Обязателен ультразвуковой контроль для исключения задержки в полости матки элементов плодного яйца.

Аспирационный кюретаж (с электрическим источником вакуума или мануальный вакуум-аспиратор) имеет преимущества перед инструментальным выскабливанием полости матки (уровень доказательности рекомендаций [В](https://sudact.ru/law/pismo-minzdrava-rossii-ot-07062016-n-15-4102-3482/prilozhenie/prilozhenie-1/stepen-dokazatelnosti/)), поскольку менее травматичен, может быть выполнен в амбулаторных условиях под местной парацервикальной анестезией (с добавлением или без седации). Инструментальное опорожнение матки более травматично, требует анестезиологического пособия и экономически более затратно.

Для предотвращения инфекционных осложнений после хирургического лечения ранней потери беременности рекомендуется предоперационное использование 100 мг доксициклина 1 раз внутрь (некоторые эксперты рекомендуют 200 мг доксициклина за 1 час до хирургического вмешательства по поводу выкидыша).

# Рекомендации по дальнейшему ведению

После выскабливания полости матки или вакуум-аспирации рекомендуют не пользоваться тампонами и воздерживаться от сексуальных контактов в течение 2 недель.

Наступление следующей беременности рекомендовано не ранее чем через 3 месяца, в связи с чем, необходима контрацепция на протяжении трех менструальных циклов.

Женщины, желающие использовать гормональную контрацепцию, могут начать ее использовать сразу же после завершения выкидыша. Внутриматочный контрацептив может быть введен сразу после хирургического лечения ранней потери беременности, если нет инфекционных осложнений выкидыша и противопоказаний к этому методу контрацепции (частота экспульсии внутриматочной спирали, введенной сразу после вакуум-аспирации в первом триместре, и спустя 2 - 6 недель после операции не имела существенных отличий - 5% против 2,7% при оценке через 6 месяцев).

1.6. Профилактика самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках

Методов специфической профилактики спорадического выкидыша не существует. Пациентки должны быть проинформированы о необходимости своевременного обращения к врачу во время беременности при появлении болей внизу живота и кровянистых выделений из половых путей.

Неэффективно назначать:

- постельный режим,

- половой покой,

- ХГЧ ,

- средства, релаксирующие матку

- эстрогены

- прогестерон (перорально, интравагинально, внутримышечно) - за исключением пациенток с привычным невынашиванием,

- моно- и поливитамины

Эффективно:

- профилактическое введение препаратов прогестерона (перорально, внутримышечно, вагинально) женщинам с привычным выкидышем в первом триместре.

Для профилактики дефектов нервной трубки и других пороков развития, которые частично приводят к ранним самопроизвольным выкидышам, рекомендован прием фолиевой кислоты за два-три менструальных цикла до зачатия и в первые 12 недель беременности в суточной дозе 400 мкг (0,4 мг). Если в анамнезе у женщины в течение предыдущих беременностей отмечены дефекты нервной трубки плода, профилактическая доза фолиевой кислоты должна быть увеличена до терапевтической 3-5 мг/сут.

Эффективно: применение прогестерона для поддержки лютеиновой фазы после применения ВРТ, так как позволяет повысить частоту прогрессирования беременности и живорождения. Способ введения прогестерона не имеет значения. При назначении гестагенной поддержки после ВРТ следует следовать инструкциям к препаратам и соблюдать общие принципы назначения лекарственных средств.

Неэффективно: использование эстрогенов и ХГЧ для поддержки лютеиновой фазы после применения ВРТ не улучшает исходы, при этом использование ХГЧ ассоциировано с увеличением частоты синдрома гиперстимуляции яичников.

Прогноз, как правило, благоприятный. После одного самопроизвольного выкидыша риск потери следующей беременности возрастает незначительно и достигает 18-20% по сравнению с 15% при отсутствии выкидышей в анамнезе. При наличии двух последовательных самопроизвольных прерываний беременности рекомендовано обследование до наступления желательной беременности для выявления причин невынашивания у данной супружеской пары.

Психологические аспекты невынашивания беременности на ранних сроках.

Врачи всех специальностей должны знать психологические последствия, связанные с выкидышем, и должны оказать психологическую поддержку и последующее наблюдение, а также обеспечить доступ к профессиональному психологическому консультированию.

Ранний выкидыш отрицательно воздействует на психическое состояние определенной части женщин, их супругов и других членов семьи. Для некоторых женщин психологическая травма оказывается достаточно серьезной и продолжительной, даже если выкидыш происходит в самом начале беременности. И этот факт не может быть не принят во внимание специалистами, оказывающими медицинскую помощь таким пациенткам.

Женщинам, перенесшим выкидыш, должна быть предоставлена возможность для получения дальнейшей помощи. В оказание помощи могут быть вовлечены не только врачи, занимавшиеся пациенткой на этапе выкидыша, но и работники службы первичной медицинской помощи (врачи общей практики, медсестры, акушерки, патронажный персонал), службы психологической поддержки и консультирования.

Планы давнейшего ведения должны быть ясно изложены пациентке в рекомендациях при выписке.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ АБОРТОВ

2.1. Статистические данные по распространённости

Предотвращение и профилактика самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках и их осложнений — одна из главных задач в сохранении репродуктивного здоровья женщины и залог рождения здорового потомства. Самопроизвольный выкидыш - самое частое осложнение беременности. Частота его составляет от 10 до 20% всех клинически диагностированных беременностей. Около 80% выкидышей происходит до 12 недель беременности. В структуре спорадических ранних выкидышей одна треть беременностей прерывается до 8 недель по типу анэмбрионии (отсутствие эмбриона).  Сохранение репродуктивного здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства — приоритетная задача современной медицины во всем мире. Безусловно, она должна решаться комплексно с учетом социальных, экономических, демографических и медицинских проблем, стоящих перед обществом в целом и перед каждой страной в частности.

Известно, что 10 - 20% клинически диагностированных беременностей заканчиваются выкидышем. Статистический учет случаев прерывания беременности не может быть абсолютно достоверным ни в одной стране мира. Прерывание беременности на ранних и очень ранних сроках беременности близко к естественным физиологическим процессам и часто происходит до факта регистрации беременности. В официальную статистику также может не попасть часть случаев криминальных абортов и абортов по медицинским показаниям в частных медицинских организациях с требованием анонимности. На показатели статистического учета случаев прерывания беременности в России может влиять то, что чаще всего при оценке динамики оперируют общим количеством абортов, включая в него как искусственное прерывание беременности (по желанию женщины, по медицинским или социальным показаниям), так и выкидыши при невынашивании беременности. Таким образом, под одной внешне схожей ситуацией – прекращением беременности объединяются две диаметрально противоположные группы женщин: с желаемой и с нежелательной беременностью. Соответственно, вектор воздействия, направленный на сохранение беременности, для этих 2 групп будет различным.

Из 4000 000 беременностей, наступающих ежегодно, родами заканчиваются только 33,6%. То есть из 10 беременностей более 6 прерываются абортами. Весь остальной репродуктивный потенциал расходуется совершенно неэффективно. В странах Западной Европы показатель выше 25 абортов на 100 родов уже считается высоким, тогда как в России этот показатель составляет 126,4 на 100 родов за 2016 год. Соответственно и осложнения после аборта остаются нашей глобальной проблемой.

2.2.Особенности сестринского ухода в профилактике самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках

Проблемы беременных до 22 недель и сестринский уход

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Угроза | | Начавшийся аборт | Аборт в ходу | Замершая беременность | Внематочная |
|  | |  | Полный | Не полный |  |
| 1.Боли в животе  2.Кровянистые выделения | | 1.Схваткаобразные боли в низу живота  2.Общая слабость  3.Обильные кровянистые выделения | 1.Редкие нерегулярные схватки  2.Общее недомогание 3.Тахикардия  4.Сильное кровотечение  5.Раскрытие шейки матки | 1.Частые выделения с кровь 2.Общая слабость, внутренняя дрожь 3.Повышение температуры 4.Тянущие и ноющие боли внизу живота 5.Обследование УЗИ констатирует факт остановки сердцебиения у ребенка | 1.Режущая боль в нижней части живота  2. Озноб и увеличение температуры  3. Низкое артериальное давление  4. Потеря сознания  5. Обильное кровотечение из половых путей |
| УХОД | | | | | |
| 1.Полный покой.  2.Не каких физических нагрузок.  3.Не каких сексуальных контактов.  4 Препарат (папаверин) | 1. Полный покой.  2.Не каких физических нагрузок.  3. В данном случае беременность можно сохранить только при своевременной диагностике. | | 1.Необходимо тщательно соблюдать личную гигиену  2. Запрещаются половые акты, в течение месяца.  3. Необходима консультация специалиста для подбора контрацептивов.  4. Через 10 дней после аборта рекомендуется пройти УЗИ. | 1.Необходимо тщательно соблюдать личную гигиену  2. Запрещаются половые акты, в течение месяца.  3. Необходима консультация специалиста для подбора контрацептивов.  4. Через 10 дней после аборта рекомендуется пройти УЗИ. | 1.Необходимо тщательно соблюдать личную гигиену  2.Запрещаются половые акты, в течение месяца.  3. Необходима консультация специалиста для подбора контрацептивов  4. Через 10 дней после аборта рекомендуется пройти УЗИ |

2.2.1. Этапы сестринского ухода

Сестринский уход за по профилактике самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках состоит из 5 этапов. 1 ЭТАП. Сестринское обследование. Сбор информации о состоянии здоровья пациентки. Используются субъективные и объективные методы, учитываются репродуктивные данные, психологический статус, семейное положение, данные лабораторных и диагностических исследований. Конечным результатом этого этапа является занесение базы данных в сестринскую историю болезни.

2 ЭТАП. Медсестра, выявляя проблемы, которые существуют или могут возникнуть (потенциальные) при проведении аборта, формирует сестринский диагноз. Примером потенциальных диагнозов могут служить проблемы в физической сфере со следующими сестринскими диагнозами: нарушение и дискомфорт при мочеиспускании; боли внизу живота, обусловленные проведенной операцией либо возникновением воспалительного процесса и проявляющиеся ограничением подвижности; кровотечение, обусловленное наличием остатков плодного яйца после проведения аборта, проявляющееся бледностью кожных покровов, слабостью; появление белей, обусловленное воспалительным процессом, возникшим после аборта, проявляющимся чувством дискомфорта.

3 ЭТАП. Медсестра ставит перед собой цели для предупреждения возникновения осложнений, формирует план действий.

Прежде всего, необходим щадящий режим, в частности, нервно-психический. Женщине должно быть обеспечено достаточное время для сна, дневного отдыха, ежедневного пребывания на свежем воздухе. Если она по каким-то причинам должна находиться дома, то необходимо предупредить родственников, что следует освободить ее от домашней работы и т. д.

Большое значение имеет соблюдение чистоты нательного и пастельного белья, одежды, гигиены тела. После проведения аборта женщине необходимо объяснить, что мыться надо, стоя под душем. Недопустимо в это время мыться в ванне, посещать баню, а также купаться в реке, море, непроточных водоемах. Кажется, что это мелочи, но медсестра должна объяснить, к чему может привести несоблюдение этих правил. Особенно тщательно надо проводить специальный туалет наружных половых органов, чтобы предупредить занос инфекции в половые пути. Так как восстановление внутренней поверхности стенки матки проходит за 3-4 недели, то в этот период противопоказана половая жизнь.

Диета, назначаемая женщинам в этот период должна содержать легко усваиваемые белки и углеводы, овощи, фрукты, комплексы витаминов для восполнения потерь энергетических ресурсов. Если же предупредить осложнения не удалось, то медсестра составляет план ухода, направленный на скорейшее выздоровление.

4 ЭТАП. Организация и осуществление сестринского процесса. Это непосредственное осуществление плана действий, т.е. сестринское вмешательство. Медсестра выполняет: зависимые функции – это все назначенные врачом манипуляции (инъекции, лекарства, физиопроцедуры), независимые функции – это уход за пациентками (создание покоя пациентке, холод на живот при кровотечении), взаимозависимые функции – это совместная деятельность сестры и врача, а также других специалистов.

5 ЭТАП. Оценка эффективности сестринского процесса может проводиться пациенткой после проведения выполненных манипуляций, оценивается эффективность проведенных действий, проводится работа над ошибками.

2.2.2.Наблюдения из практики

Наблюдение из практики 1

Беременная 22 лет жалуется на тянущую боль внизу живота, появившуюся несколько часов назад, после физической нагрузки.

В анамнезе: менструальная функция без особенностей, последняя менструация 4 месяца назад, данная беременность вторая, желанная. Предыдущая беременность закончилась самопроизвольным абортом в сроке 9-10 недель, год назад. Соматически здорова, гинекологически здорова.

Объективно: кожа, слизистая, обычной окраски. Пульс 76 в мин., ритмичный. АД -110/70, 110/70 мм рт. ст., со стороны внутренних органов без особенностей. Матка легко возбудима, безболезненна, дно на 1 поперечный палец ниже середины расстояния между пупком и лобком.

Осмотр в зеркалах: влагалище цианотично. Шейка коническая, чистая, наружный зев закрыт. Выделения слизистые.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сформирована, зев закрыт. Тело матки увеличено до 15-16 недель, матка в тонусе. Придатки не пальпируются.

Действительные проблемы женщины:

- боли, вызванные повышением тонуса маточной мускулатуры;

- беспокойство за исход беременности;

- дефицит знаний о своем состоянии.

Потенциальные проблемы:

- риск самопроизвольного выкидыша и его осложнений. Причина в отсутствии профилактического обследования и лечения по поводу первого выкидыша. Отсутствие планирования беременности и тяжелая физическая работа.

Состояние беременной можно расценить как удовлетворительное (кожные покровы обычной окраски, пульс 76 в мин., ритмичный, АД-110/70, 110/70 мм рт. ст.)

Диагноз: беременность 15-16 недель. Отягощенный акушерский анамнез. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. Из условий задачи следует, что у женщины 2-ая беременность, что подтверждается сроком задержки менструации и данными наружного и влагалищного исследования. Боли внизу живота, в области крестца, повышенная возбудимость миометрия, отсутствие структурных изменений шейки матки и слизистые выделения из половых путей подтверждают диагноз угрожающего выкидыша.

Учитывая наличие признаков угрожающего выкидыша у необходимо:

- успокоить женщину, постараться убедить ее в благополучном исходе беременности;

- госпитализировать , напомнить ей, что в целях сохранения беременности она должна исключить любую чрезмерную нагрузку.

- транспортировка осуществляется на носилках.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное исследование позволило закрепить, расширить, углубить и систематизировать знания по исследуемой проблеме.

**Выполнен анализ** особенностей течения и ведения беременности при самопроизвольном прерывании на ранних сроках.

**Результаты исследования подтвердили гипотезу** о том, что сестринский уход и наблюдение, включающие комплекс лечебно – диагностических мероприятий, способствуют повышению благополучного течения беременности.

**Результаты исследования** могут быть использованы в учебном процессе медицинского колледжа при изучении студентами ПМ. 02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах».

Основная задача сестринского персонала - помочь женщине адекватно оценить свое психологическое и физическое состояние и справиться с последствиями самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абашин, В.Г. Прерывание беременности в первом триместре препаратом мифегин Текст. / В.Г. Абашин, Т.В. Кузнецова, А.С. Петросян. // Акуш. и гин. -2000. № 6.-С. 40-41.

2. Абрамчснко, В.В. Медикаментозный аборт Текст. / В.В.Абрамченко, Е.Н. Гусева. СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2005. 116 с.

3. Абрамченко, В.В. Простагландины и антигестагены в акушерстве и гинекологии. Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. 208 с.

4. Агаджанян, А.Г. Эхогистерография в диагностике внутриматочной патологии Текст. / А.Г. Агаджанян // Материалы VIII Всероссийского форума «Мать и дитя». — М.,2006 — С. 311.

5. Агарков, Н.М. Аборт в юном возрасте Текст. / Н.М. Агарков, О.Г.Павлов // Актуальные вопросы медицинской науки: Сб. науч. тр., посвящ. 60-летию КГМУ. Курск. - 1997.-С. 437-438.

6. Адамян, Л.В. Антибиотикопрофилактика при абортах и "малых" гинекологических операциях Текст. / JI.B. Адамян // Проблемы репродукции- 2005. № 4.- С. 45-46.

7. Акулич, Т.И. Актуальные проблемы гинекологии Текст. / Т.И. Акулич, Г.Е.Книга. - Минск, 1981. - 220 с.

8. Альбицкий, В.Ю. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России Текст. / В.Ю. Альбицкий, А.Н. Юсупова, Е.И. Шарапова.— Казань, 2001-247 с

9. Андриеш, Л.П. Иммунореабилитация женщин в послеабортном периоде Текст. / Л.П. Андриеш, Г.А. Палади, О.Б. Шаларь, Г.Г. Пэдуре //

10. Современные проблемы аллергологии, клинической иммунологии ииммунофармакологии. — 1998. №3. — С. 326-327.

11. Балацкая, Н.В. Медикаментозное прерывание беременности в современной клинике Текст. / Н.В. Балацкая, З.А. Лушникова, Т.В. Багрий // Тихоокеанский медицинский журнал.— 2003. № 1. — С. 83-84.

Приложение 1

Ваш возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сколько у Вас было беременностей?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Какое количество из них закончились медицинским абортом?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  По какой причине был выполнен медицинский аборт?  по собственному желанию  по мед показаниям (каким?)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Какое количество из них закончились физиологическими родами?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Какое количество из них закончились кесаревым сечением?\_\_\_\_\_\_\_  Какое количество из них закончились самопроизвольным прерыванием беременности (выкидышем)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Какой интервал был между беременностями?  между 1 и 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  между 2 и 3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  между 3 и 4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  между 4 и 5\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  между 5 и 6\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Были ли у Ваших кровных родственниц самопроизвольные аборты?  Да  Нет  Не знаю  На момент беременности были ли Вы заражены венерическими заболеваниями? (сифилис, гонорея,  мягкий шанкр, хламидиоз и т.д.)  Да (какими?)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Нет  Не знаю 11. Работали ли Вы на вредном производстве? 1) Да   а) На каком?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   б) Как долго?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2) Нет 12. Испытываете ли Вы тяжелые физические нагрузки? 1) Да 2) Нет 13. Бывает ли у Вас сильное нервное напряжение?  1) Да, часто  2) Да, но достаточно редко  3) Нет 14. Курите ли Вы?  1) Да (стаж курения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2) Нет. 15. Принимаете ли вы алкоголь? 1) Да, 4-5 раз в год 2) Да, 2-3 раза в месяц 3) Да, более 3 раз в месяц 4) Нет 5) Свой вариант\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 2

**Критерии Общества Радиологов по ранней УЗИ-диагностике**

**невынашивания в первом триместре беременности**

|  |  |
| --- | --- |
| **Признаки неразвивающейся беременности** | **Сомнительные признаки неразвивающейся беременности** |
| KTP 7 мм или больше, сердцебиения нет, внутренний диаметр плодного яйца 25 мм или более, эмбриона нет | КТР менее 7 мм, нет сердцебиения, внутренний диаметр плодного яйца 16 - 24 мм, эмбриона нет |
| Отсутствие сердцебиения эмбриона через 2 недели или более после сканирования, которое выявило наличие плодного яйца без желточного мешка | Отсутствие сердцебиения эмбриона через 7 - 13 дней после УЗИ, которое выявило плодное яйцо без желточного мешка |
| Отсутствие сердцебиения эмбриона через 11 или более дней после того, как сканирование выявило плодное яйцо с желточным мешком | Отсутствие сердцебиения эмбриона через 7 - 10 дней после УЗИ, которое выявило плодное яйцо с желточным мешком |
|  | Отсутствие эмбриона в течение 6 и более недель после последней менструации при регулярном менструальном цикле |
|  | Пустой амнион (амнион визуализируется вблизи желточного мешка, эмбриона не видно) |
|  | Увеличенный желточный мешок (больше 7 мм) |
|  | Небольшое отличие размеров плодного яйца от размера эмбриона (разница между внутренним диаметром плодного яйца и копчико-теменным размером менее 5 мм) |

**Таблица 4. Ультразвуковые критерии диагностики осложнений ранних сроков беременности**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Категория пациенток** | **Определение** | **Ультразвуковые характеристики** |
| Анэмбриональная беременность | Беременность, при которой плодное яйцо развивается без эмбриона | Плодное яйцо > 13 мм без желточного мешка или > 18 мм без эмбриона, или пустой зародышевый мешок за 38 дней беременности (интервал роста не более одной недели).  Амниотическая полость без желточного мешка и эмбриона при гестационном сроке более 6 недель при регулярном менструальном цикле |
| Полный выкидыш | Матка полностью опорожнилась от продуктов зачатия | Пустая полость матки; эндометрий может быть утолщен |
| Внематочная беременность | Беременность вне полости матки; чаще всего в маточной трубе, но может также быть в шейке матки, добавочном роге, яичнике или брюшной полости | Пустая полость матки; могут быть увеличенные придатки матки или жидкость за маткой; признаки гравидарной гиперплазии эндометрия, обнаружение эктопически расположенного эмбриона является важным диагностическим, но редким признаком |
| Неразвивающаяся беременность | Беременность прекратила развитие, гибель эмбриона или плода; зев шейки матки закрыт, кровотечения нет | Эмбрион  7 мм без сердечной деятельности, или эмбрион < 7 мм (прирост не более одной недели) |
| Неполный выкидыш | Выкидыш произошел, но в полости матки остались продукты зачатия | Гетерогенные и/или гиперэхогенные полосы вдоль эндометрия или канала шейки матки (фрагменты плодного яйца или хориальной ткани) |
| Выкидыш в ходу | Зев матки раскрыт, вагинальное кровотечение, деформированное плодное яйцо в нижней части полости матки или цервикальном канале | Эмбрион виден; сердечная деятельность плода может быть или отсутствовать; признаки тоальной или субтотальной отслойки плодного яйца |
| Септический выкидыш | Неполный выкидыш, связанный с восходящей инфекцией матки, параметральной клетчатки, придатков матки или брюшины | Признаки полного или неполного выкидыша. Признаки ВЗОМТ, в т.ч. УЗ признаки параметрита, тубоовариальных образований, абсцесса малого таза |
| Угрожающий выкидыш | Кровотечение до 22 недель беременности, зев шейки матки закрыт; беременность жизнеспособна; выкидыш может не произойти | Признаки отслойки плодного яйца с формированием гематомы: ретроамниальной - более благоприятный вариант; ретрохориальной - менее благоприятный вариант |