

Прерывание беременности

Право женщины на репродуктивный выбор

- Репродуктивное право женщины в России закреплено в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5487-1 (с изменениями Федерального Закона от 23.07.2008 г. №160 – ФЗ).
- Статья 36 «Искусственное прерывание беременности» гласит:
«Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям – до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины – независимо от срока беременности».
- Право женщины на проведение бесплатного аборта закреплено также в «Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи».

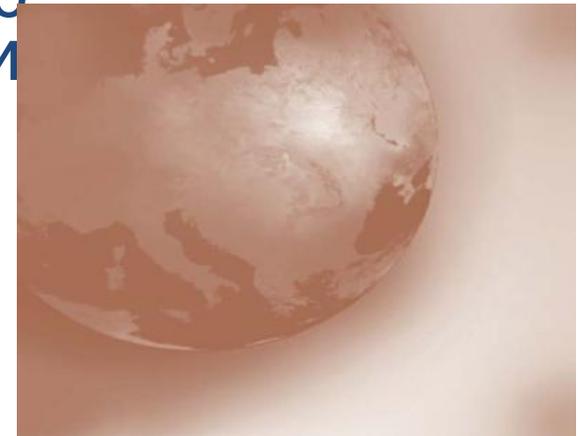


АБОРТ

- **Аборт** — искусственное или естественное прерывание беременности сроком до 22 недель

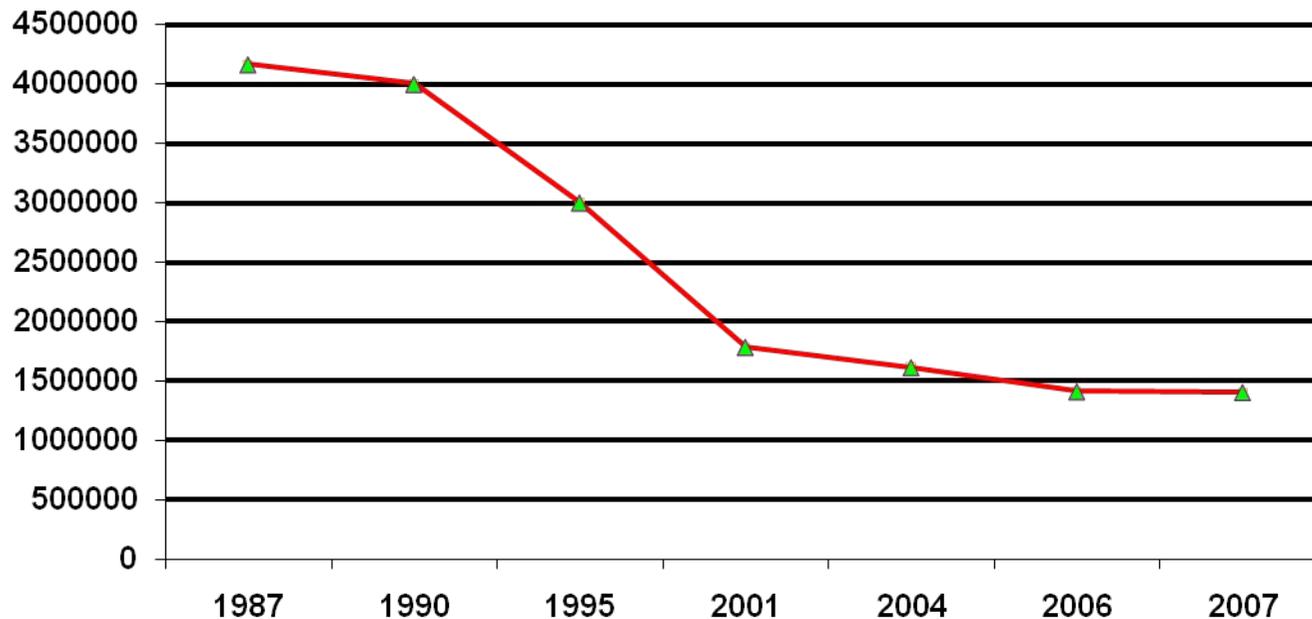
АБОРТЫ В МИРЕ

- Из 210 млн. ежегодно возникающих беременностей примерно 46 млн.(22%) заканчиваются искусственным абортом, из них 78% в развивающихся и 22% в развитых странах.
- Около 20 млн. производимых аборт, признаёт ВОЗ, выполняется в небезопасных условиях.
- Примерно 13% обусловленных беременностью смертей приходится на смерть от аборта, что составляет примерно 67 тыс. смертей ежегодно.
- Проведение аборт способствует развитию серьёзных осложнений для здоровья женщины в том числе последующего бесплодия.



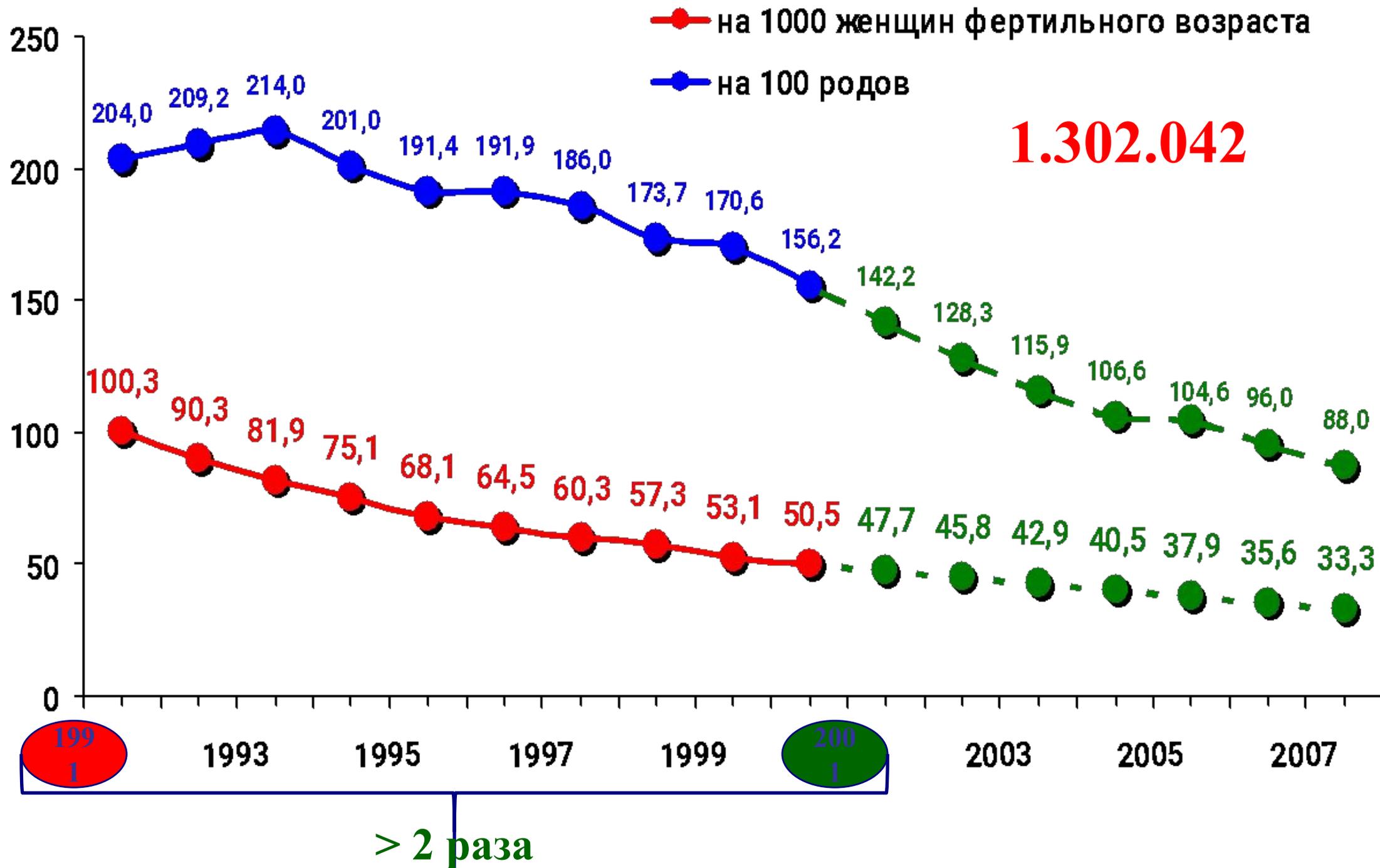
АБОРТЫ В РФ

- РФ относится, к сожалению, к странам с высокой частотой аборт – 33,3 на 1000 женщин фертильного возраста (2007 г.).
- Если в мире 22% беременностей завершаются абортами, то в РФ этот показатель составляет 45,8%.
- В структуре причин материнской смертности аборт продолжает занимать ведущее место 17,9% (2004 г) .
- В РФ (по официальной статистике) наметилась тенденция к снижению числа аборт.

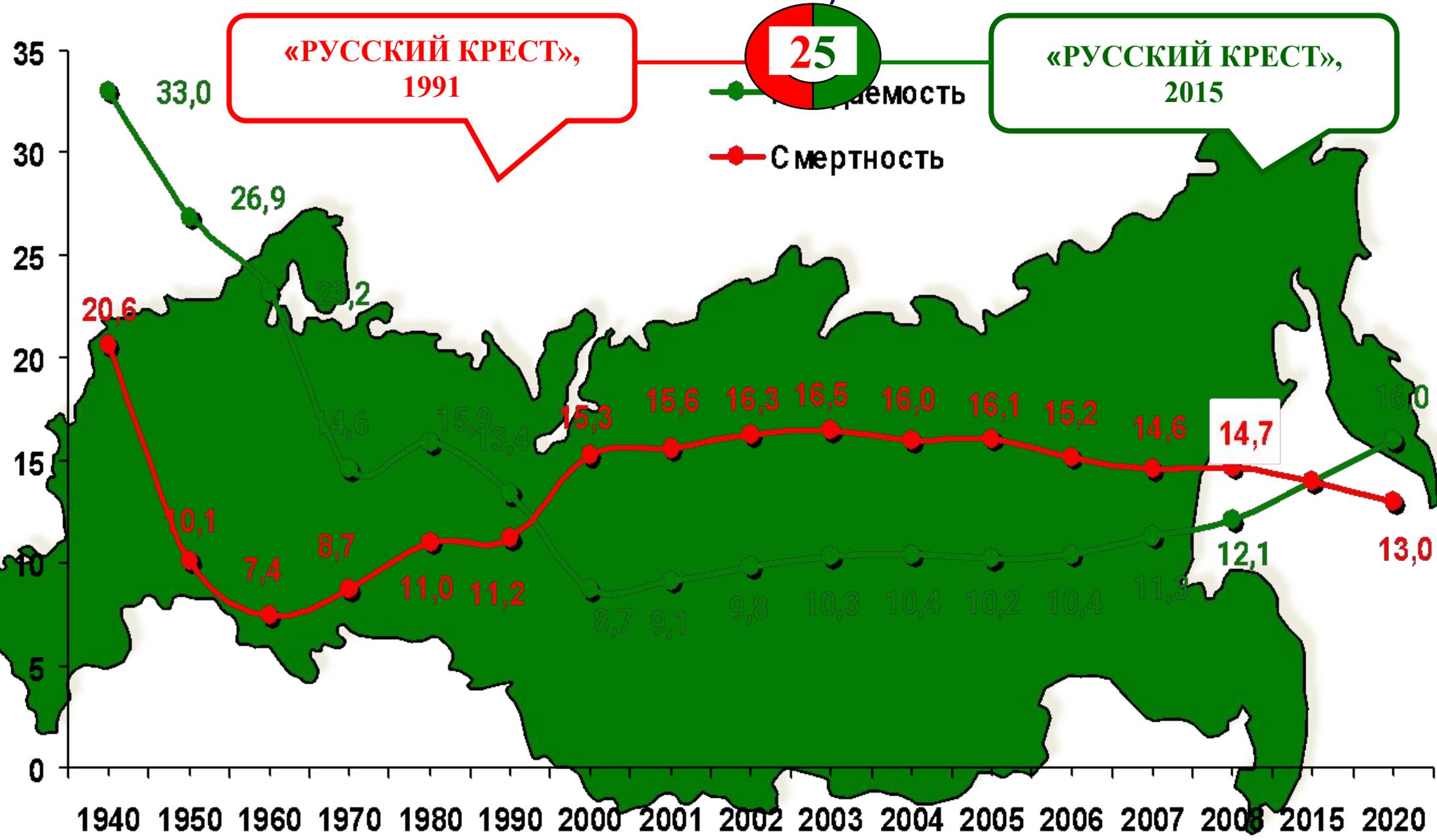


(по данным Минздрасоцразвития РФ)

Аборты в Российской Федерации, 2007

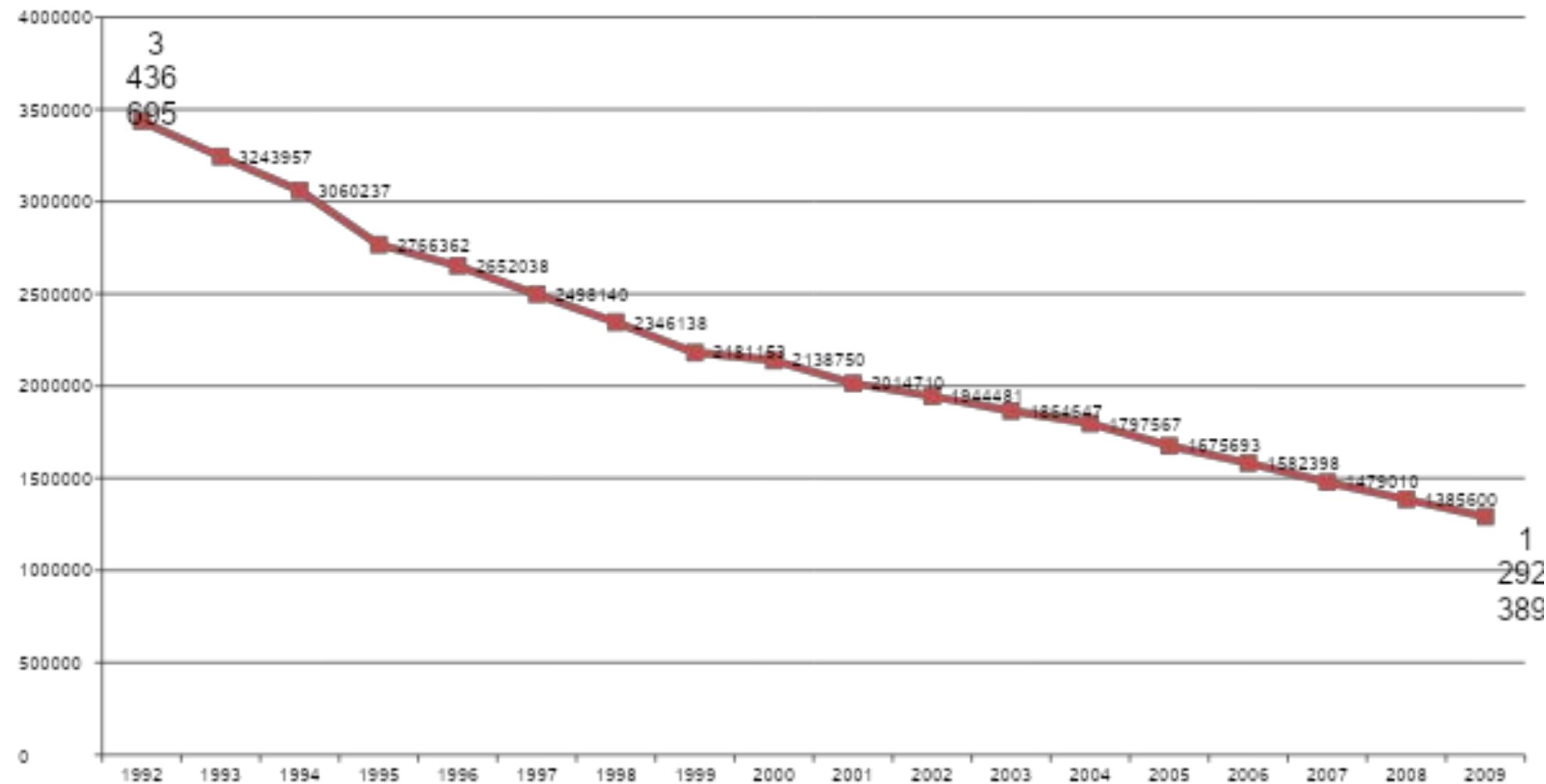


Показатели естественного движения населения России (на 1000 человек)



Позитивные тенденции последнего времени

Аборты, Россия, 1992-2009 гг.

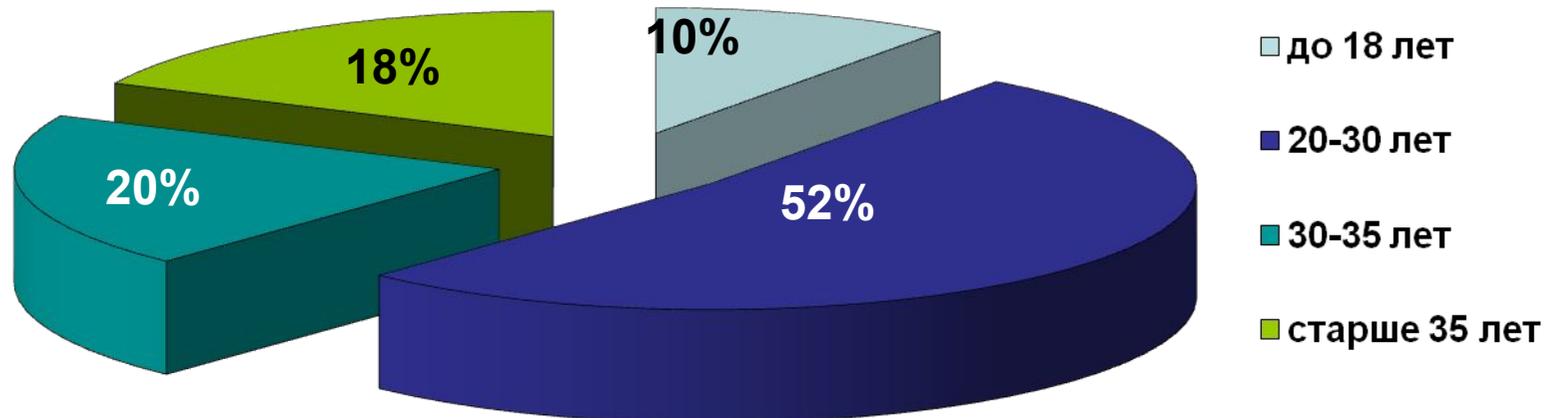


АБОРТЫ В РФ

Структура аборт

- В структуре причин материнской смертности аборт продолжает занимать ведущее место: **17,9% (2004 г)** .
- Велика роль аборта как причины гинекологической заболеваемости и бесплодия.

Возрастная структура абортов



КОНТРАЦЕПЦИЯ – АЛЬТЕРНАТИВА АБОРТУ

- Не смотря на доступность контрацепции, проблема наступления нежелательной беременности остаётся актуальной, и женщины вынуждены идти на аборт.
- Учитывая эти обстоятельства, практически все страны мира приняли законы, разрешающие при определённых условиях искусственное прерывание беременности.
- Если мы не можем предотвратить все нежелательные беременности и аборт неизбежен, то задача врача сделать процедуру аборта максимально безопасной для сохранения репродуктивного здоровья женщины.

Рассмотрим типы абортов

- 1. Вакуумный аборт или мини-аборт делается на сроке до 5 недель. Метод выбирается не всегда, хотя и эффективен.
- 2. Медикаментозный аборт. Принимая специальные препараты, прописанные врачом, вы максимально безболезненно можете прервать Беременность. Этот вид аборта делается на сроке до 8 недель без хирургического вмешательства. Для своего временного диапазона является самым прогрессивным методом.
- 3. Классический (или инструментальный аборт) делается на сроке до 12 недель и представляет собой настоящую мини-операцию. Риск хирургического вмешательства повышает вероятность возникновения осложнений.
- 4. Искусственные [роды](#) – это аборт на сроке свыше 12 недель. Его применяет в исключительных случаях, когда есть серьезные опасения за жизнь матери или доказаны серьезнейшие патологии плода. В этих случаях возможны два варианта: малое кесарево сечение, при котором разрезается брюшная стенка вместе со стенкой матки, и интраамниальное введение жидкостей, которое приводит к гибели плода и выкидышу.

Технологии аборта

1. Хирургические методы аборта.

- Вакуум аспирация или «мини-аборт».
- Выскабливание стенок полости матки или кюретаж (наиболее распространено в РФ!)

ВОЗ считает данный метод аборта небезопасным!

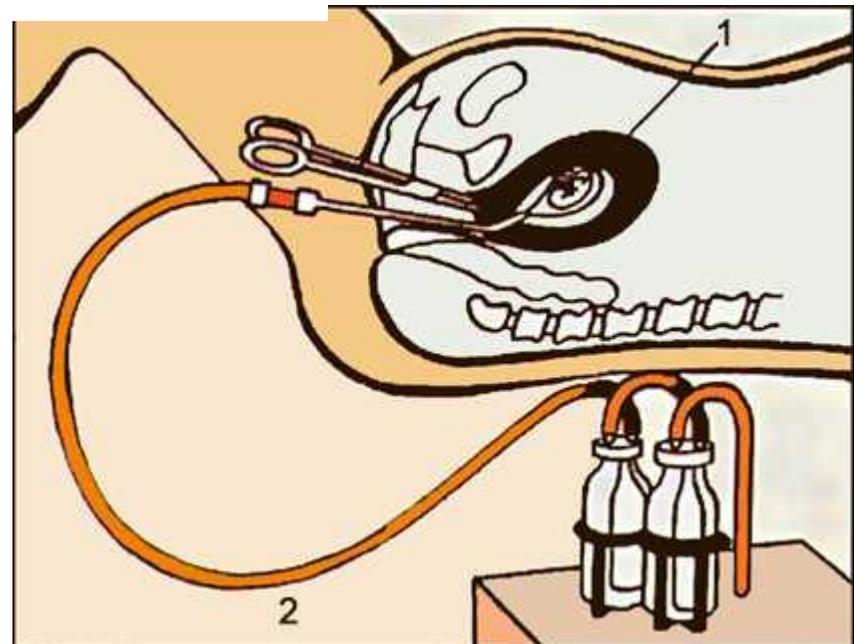
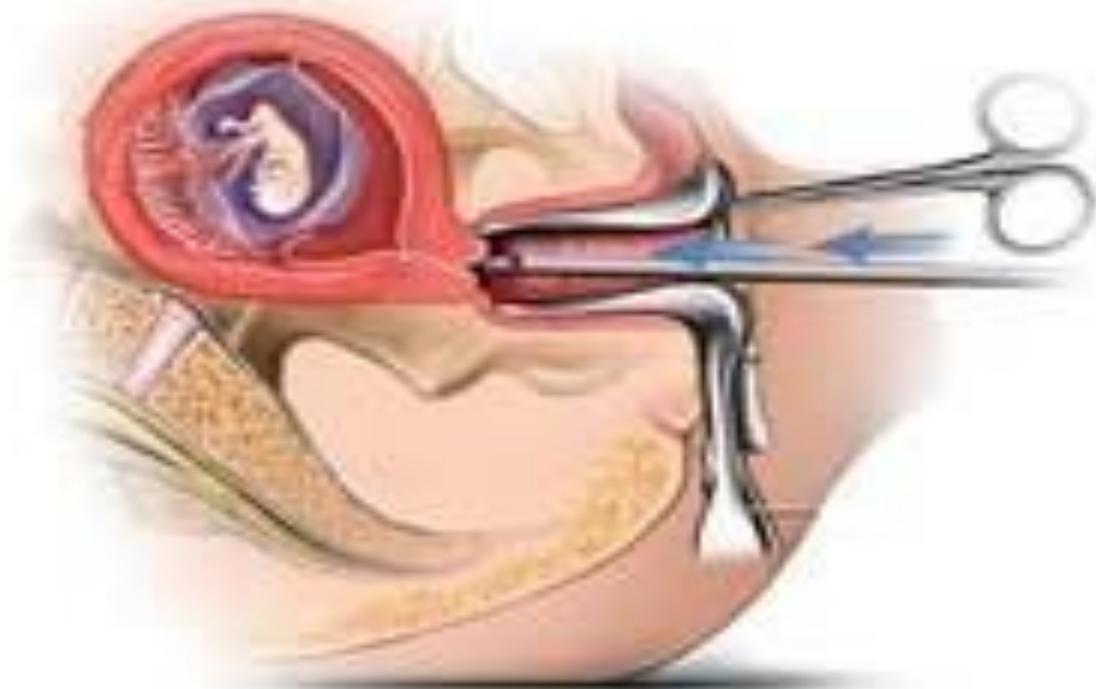
2. Медикаментозный аборт.

Изгнание продуктов зачатия с помощью фармакологических препаратов.

Вакуум-аспирация

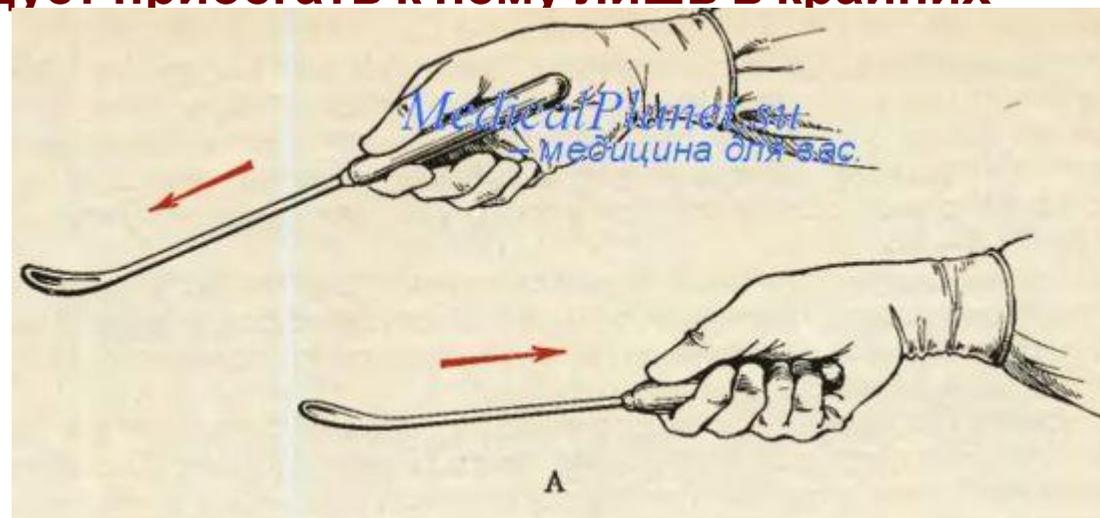
- Вакуумная аспирация, наряду с медикаментозным абортom, считается безопасным методом проведения аборта по оценке ВОЗ и рекомендуется в качестве основного метода проведения аборта при сроке беременности до 12 недель.
- При мануальной (то есть ручной) вакуумной аспирации в полость матки вводится шприц с гибкой пластиковой трубкой ([канюлей](#)) на конце. Через эту трубку высасывается плодное яйцо с находящимся внутри него плодом.
- При электрической вакуумной аспирации плодное яйцо высасывается при помощи электрического вакуумного отсоса.
- Вакуумная аспирация приводит к полному аборту в 95-100 % случаев.
- По данным ВОЗ, частота серьёзных осложнений, подлежащих лечению в условиях стационара, после вакуумной аспирации составляет 0,1 %.



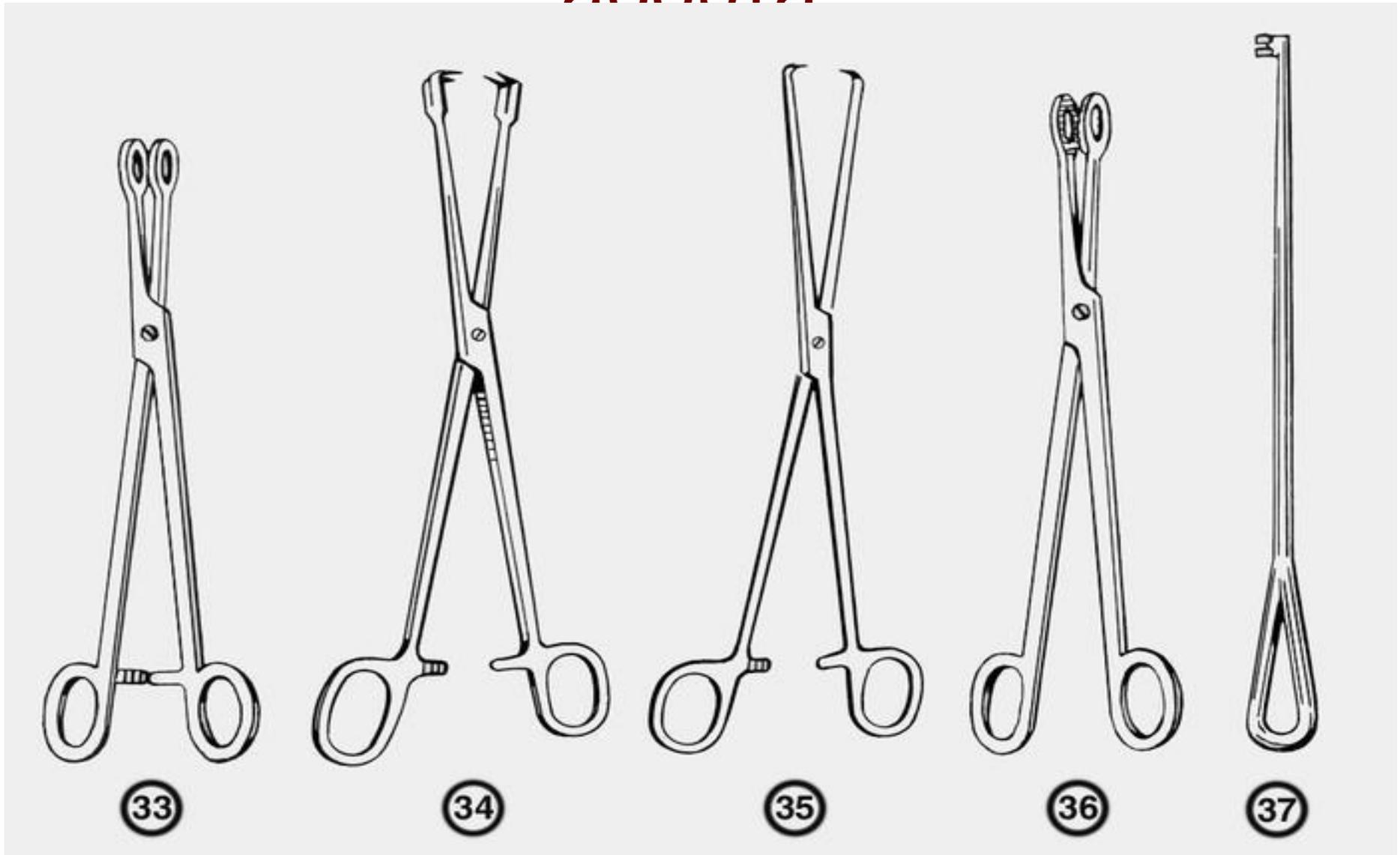


Дилатация и кюретаж

- Дилатация и кюретаж (также острый кюретаж, в обиходе «выскабливание») — это хирургическая процедура, при которой врач сначала расширяет канал шейки матки (дилатация), а затем выскабливает стенки матки при помощи кюретки (кюретаж). Расширение шейки матки может проводиться с помощью специальных хирургических расширителей или путём приёма специальных препаратов (в этом случае сильно сокращается риск травмирования тканей и развития впоследствии цервикальной недостаточности).
- В России дилатация и кюретаж — самый известный и широко распространённый метод проведения аборта. Тем не менее, Всемирная Организация Здравоохранения относит его к менее безопасным методам, и рекомендует прибегать к нему лишь в крайних



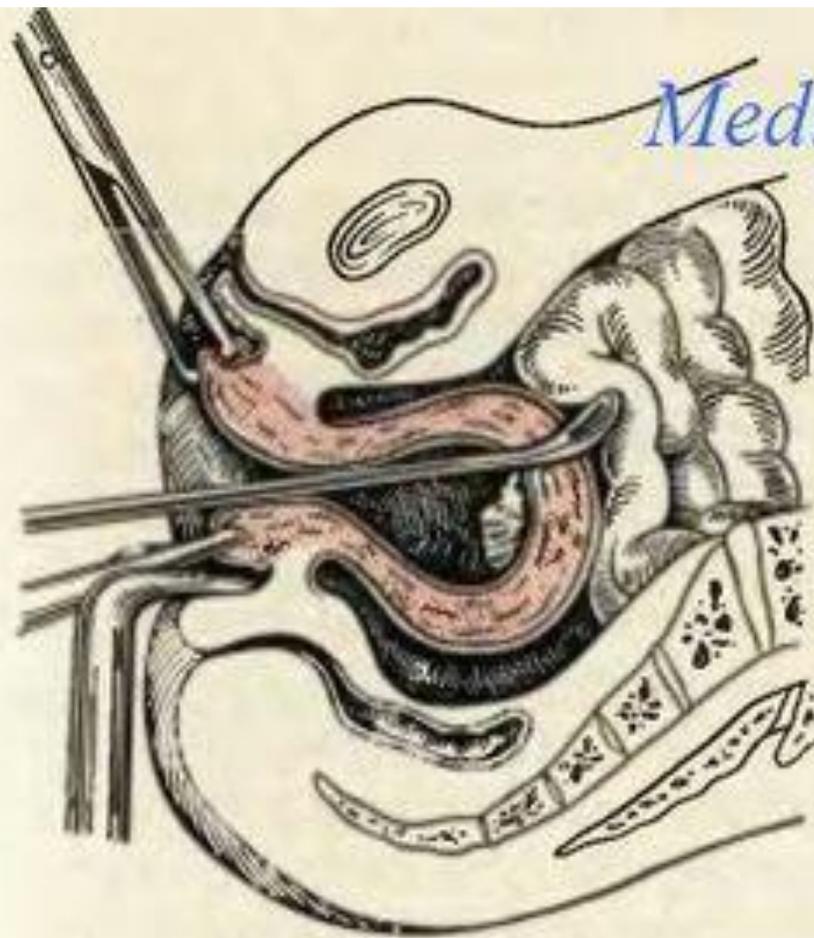
Инструменты для хирургического аборта



Осложнения хирургического аборта:

- **Риск, связанный с собственно хирургическим вмешательством и анестезией**
- **Механическое повреждение эндометрия и миометрия**
- **Повреждение «запирательного» аппарата цервикального канала**
- **Опасность восходящей инфекции**
- **Опасность заражения (гепатитами В и С, ВИЧ)**
- **Отдалённые последствия:**
 - хронические воспалительные процессы органов малого таза,
 - нарушения функции яичников,
 - бесплодие.

MedicalPlanet.ru
— медицина для вас.

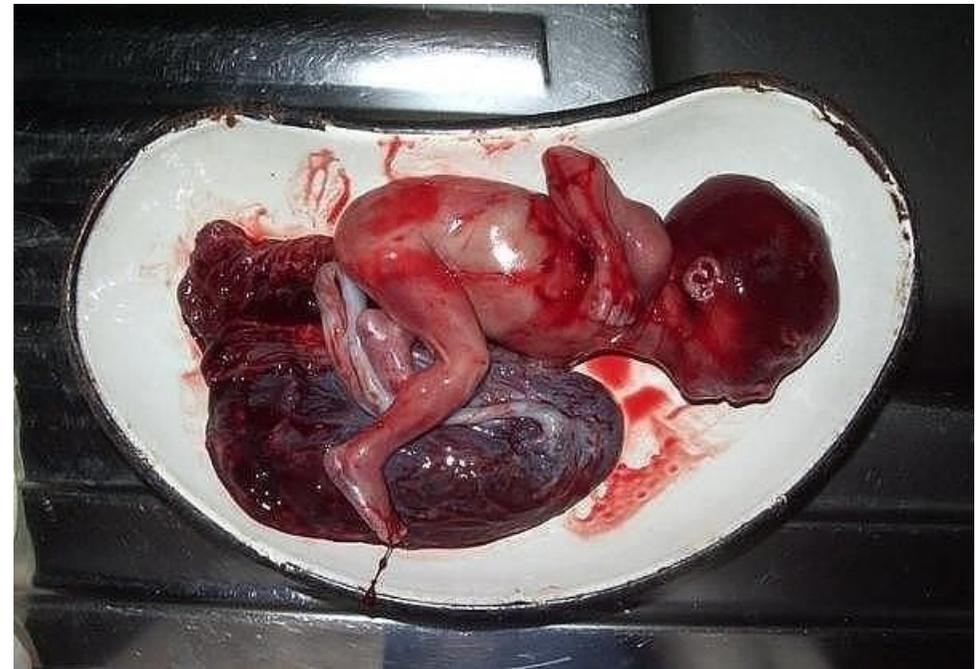


В



Г

АБОРТ



БЕЗОПАСНЫЙ АБОРТ

Безопасный аборт – прерывание беременности:

- не противоречит законодательству
- выполнено квалифицированными медицинскими работниками в медицинских учреждениях
- используется адекватное оборудование, правильная методика и санитарно-гигиенические стандарты

ВОЗ, 2003

- **Медикаментозный аборт** рассматривается как безопасный метод прерывания нежелательной беременности, являющийся альтернативой хирургическому вмешательству.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ БЕЗОПАСНОГО АБОРТА, (ВОЗ, 2000)

Полные недели, прошедшие с первого дня последнего менструального цикла

4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22

Предпочитаемые методы

Аспирация (мануальная/электровacuумная)									(проводиться специально подготовленным персоналом)									
							●	●	●	●	●							
Мифепристон и мизопростол (или гемепрост)									Мифепристон и повторные дозы мизопроста или гемепроста									
							в стадии изучения											
Расширение шейки матки и выскабливание									Гипертонические растворы									

Этапы развития медикаментозно-индуцируемых методов прерывания беременности

1975-80 гг. – синтетические аналоги ПГ
P_gF₂α, гемепрост, сульпростон

1982-90 гг. – синтетические стероидные
препараты – антипрогестины
RU-486 (мифепристон)

1993-2010 гг.– антипрогестины + ПГ
мифепристон + мизопростол (Миролют®)



БИОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ МИФЕПРИСТОНА

- Блокада рецепторов прогестерона децидуальной ткани и миометрия приводит к отслойке плодного яйца;
- Увеличение сократительной активности матки вследствие увеличения чувствительности миометрия к эндогенным и экзогенным простагландинам
- Размягчение и расширение шейки матки
- Блокада рецепторов прогестерона *мифепристоном* носит временный и обратимый характер, в связи с чем не наблюдается неблагоприятных последствий в дальнейшем, в отношении:
 - 1) менструального цикла
 - 2) репродуктивной функции

МИРОЛЮТ®

- *МНН мизопростол*
- Фарм. группа: *простагландин E1*
- Форма выпуска: *таблетки 200 мкг №4.*
- Зарегистрирован и выведен на рынок в 2006 г.
- Показание: *медикаментозное прерывание беременности в сочетании с мифепристоном.*

- Цена: 211, 22 руб (без НДС).

(цена зарегистрирована, т.к. мизопростол входит в список ЖНВЛС)

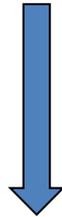
Дорегистрационные клинические исследования Миролюта® проведены в НЦАГиП РАМН в 2005 г.



ПРОСТАГЛАНДИНЫ

Механизм действия Миролюта®

- Индукция сокращения гладких мышечных волокон миометрия
- Индукция дилатации шейки матки



**Раскрытие шейки и
экспульсия содержимого полости матки**

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ

- Метод прерывания нежелательной беременности сроком до 6 нед. (в РФ) с помощью сочетанного применения лекарственных средств: мифепристона и мизопростола по схеме (*протоколы медикаментозного аборта различаются в разных странах*).

В РФ 2009 г. Росздравнадзором утверждена

Медицинская технология:

«Медикаментозный аборт на ранних сроках беременности».

Показания для медикаментозного аборта

- **Желание женщины**
- **Маточная беременность раннего срока (до 6 нед.), подтвержденная данными УЗИ.**

Медикаментозное прерывание беременности является методом выбора у следующих групп женщин:

- **Женщины, у которых могут возникнуть трудности при проведении хирургического прерывания беременности (например, при пороках развития матки)**
- **Подростки и первобеременные (10-11%)**

Условия, при которых возможно проведение медикаментозного аборта.

- Срок беременности – до 6 недель или аменорея не более 42 дней с 1-го дня последней менструации
- Локализация плодного яйца в полости матки, подтвержденная данными УЗИ
- Информированное согласие пациентки

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ для медикаментозного аборта

- Внематочная беременность или подозрение на нее
- Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность
- Длительная кортикостероидная терапия
- Заболевания крови, угрожаемые по кровотечению
- Почечная и печеночная недостаточность
- Аллергические реакции на мифепристон или мизопростол
- Миома матки больших размеров

Организация медицинской помощи.

В соответствии с законодательством РФ искусственное прерывание беременности (в том числе и медикаментозный аборт) может быть осуществлено **на базе амбулаторных и стационарных отделений ЛПУ** акушерско-гинекологического профиля государственной или частной формы собственности.

В амбулаторных условиях искусственное прерывание беременности разрешено проводить у женщин без отягощенного соматического и акушерского анамнеза при сроке беременности **до 12 недель (медикаментозный аборт до 6 нед. беременности)**.

В этих случаях за данным амбулаторным лечебным учреждением должен быть **закреплён гинекологический стационар** (договор между амб. ЛПУ и стационаром), в который м. б. госпитализирована пациентка в случае возникновения необходимости оказания экстренной медицинской помощи в связи с возникшими осложнениями.

Прерывание беременности может производиться только **врачом акушером-гинекологом**. Врач должен пройти **обучение технологии медикаментозного прерывания беременности**.

Прерывание беременности у подростков **до 15 лет требует согласия родителей** (ст. 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан).

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- **Гинекологический осмотр**
- **УЗИ органов малого таза**
- **мазок на степень чистоты влагалища**
- **анализ крови на ВИЧ, RW, гепатиты**
- **анализ крови на группу крови и RH-фактор**
- **анализ крови на β - ХГ**
- **гемостазиограмма**
- **клинический анализ крови**

ВОЗМОЖНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ И МЕРЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

- чувство дискомфорта, слабость, головная боль, тошнота, головокружение, повышение температуры тела, диарея-
симптоматическое лечение
- Рвота – повторный прием дозы, если рвота произошла менее чем через 1,5 часа; реглан (церукал)
- Аллергические реакции – антигистаминные препараты
- Болевой синдром – анальгетики (анальгин, парацетамол)
- Кровотечение – медикаментозная кровоостанавливающая терапия (транексам, дицинон)
- Неполный аборт, задержка плодного яйца – вакуум-аспирация

УЗ-картина до и через 14 дней после приема мифепристона и «Миролюта®»

До приема



14 дней после



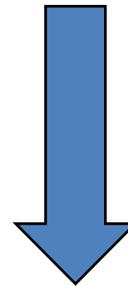
МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ

неэффективность

*Частота неэффективности
медикаментозного аборта 2-5%*

- Прогрессирующая беременность
- Остатки плодного яйца
- Кровотечение

**Продолжающаяся беременность
или неполный аборт**



Вакуум-аспирация

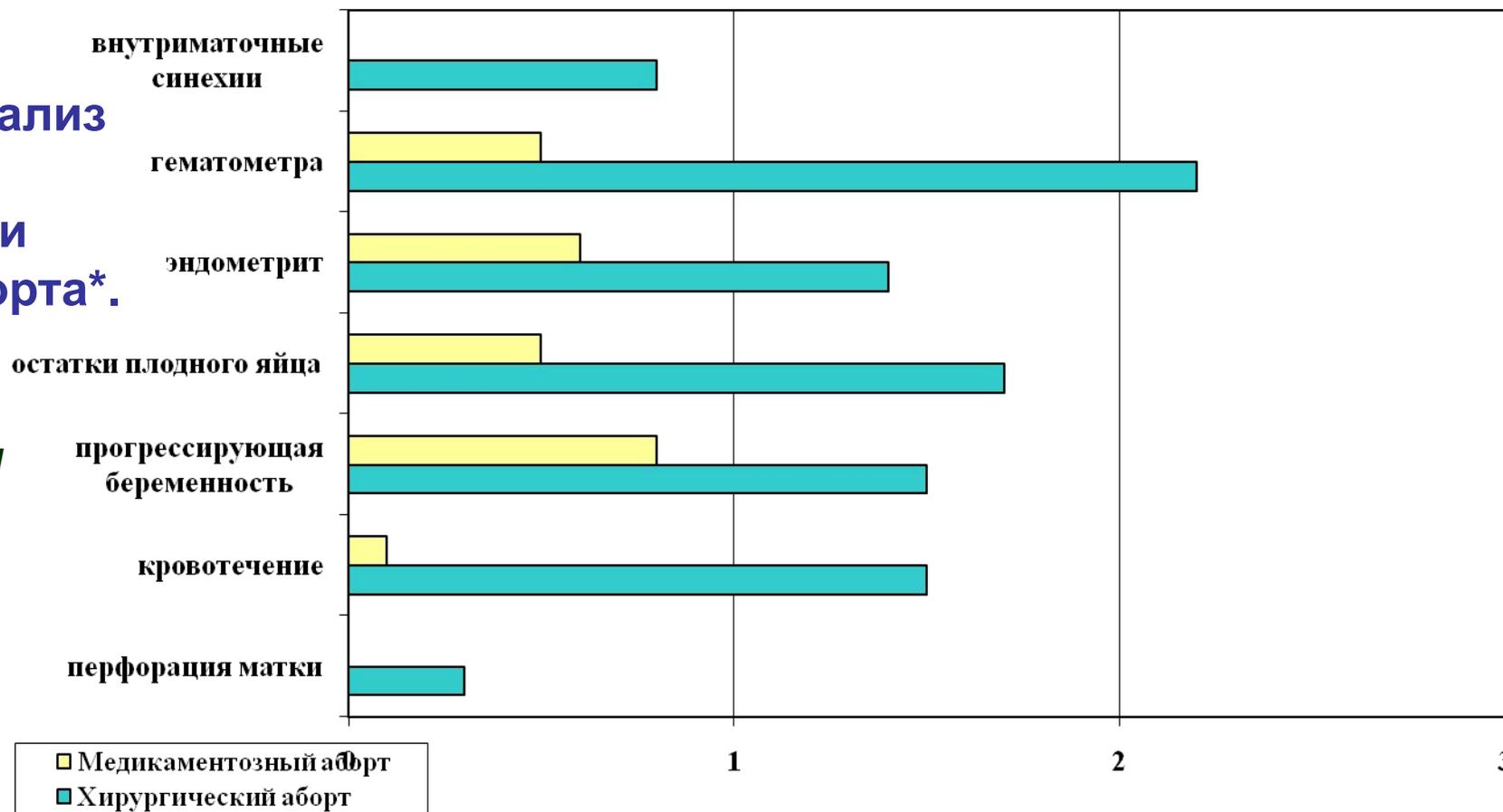
МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ: ОСЛОЖНЕНИЯ

Медикаментозный

Хирургический

- Незавершенный аборт 1-2% >2%
- Инфекции 0,09-0,5% 0,2-5,4%
- Кровотечения 0,1- 0,3 % >0,5

Сравнительный анализ осложнений медикаментозного и хирургического аборта*.



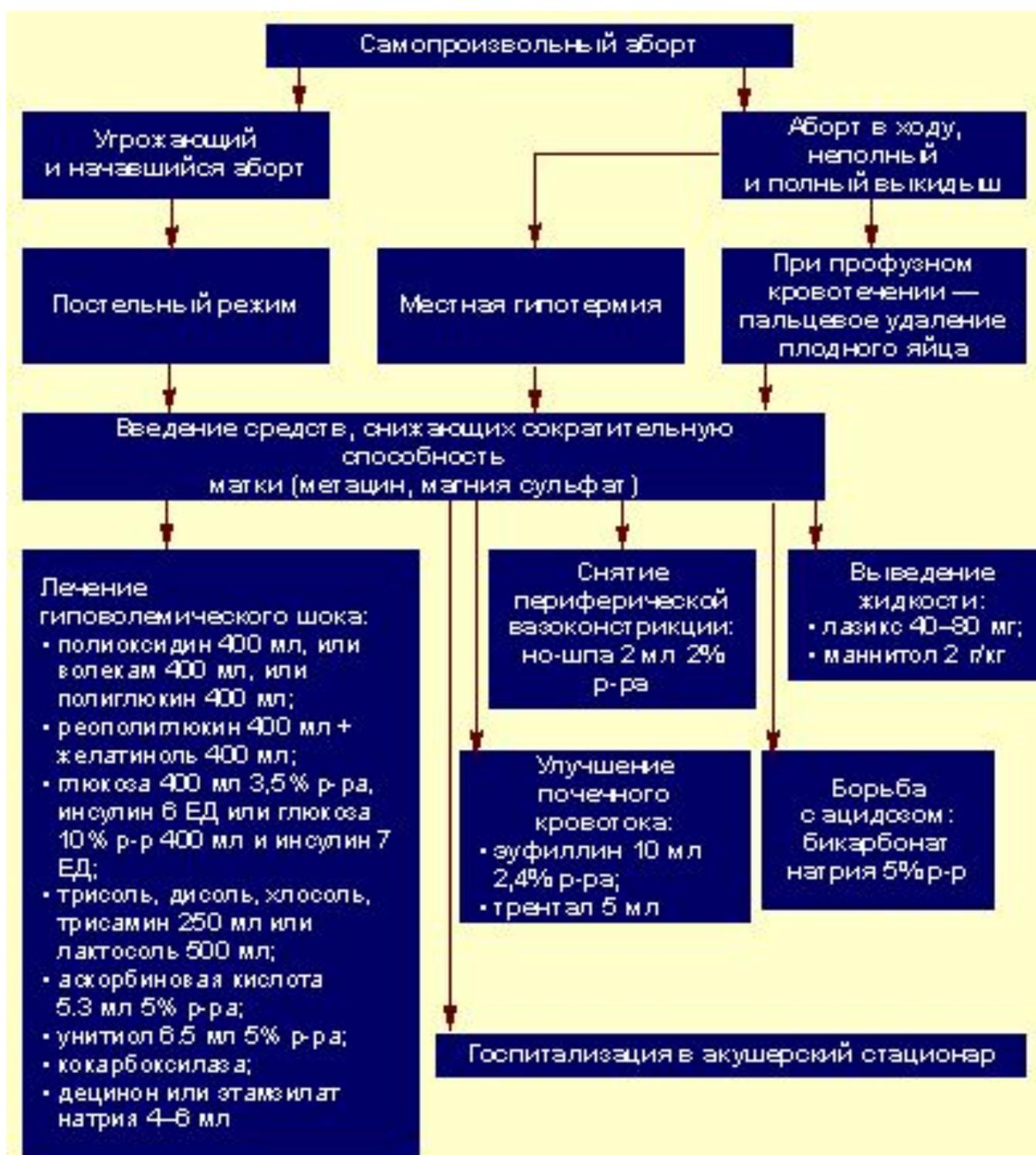
* Данные НЦАГиП РАМН

Преимущества медикаментозного аборта

- **Высокая эффективность 98 %.**
- **Безопасность.** Отсутствие риска осложнений, связанных с хирургическим вмешательством: механическое повреждение эндометрия, миометрия, сосудов матки, травматизация цервикального канала.
- **Снижение риска развития восходящей инфекции и связанных с ней осложнений.**
- **Отсутствие риска, связанного с анестезией.**
- **Является методом выбора у юных и первобеременных**
- **Отсутствует психогенная травма**
- **Приемлемость.** Метод не требует пребывания в стационаре. Высокая удовлетворенность пациенток методом

Самопроизвольный аборт

- Самопроизвольный аборт (выкидыш) — самопроизвольное прерывание беременности до достижения плодом жизнеспособного гестационного срока.
- Согласно определению ВОЗ, аборт — самопроизвольное изгнание или экстракция эмбриона или плода массой до 500 г, что соответствует сроку гестации менее 22 нед
- Поздний выкидыш – аборт в сроки от 13 до 22 нед беременности.
- КОД ПО МКБ-10
- O03 Самопроизвольный аборт.
O02.1 Несостоявшийся выкидыш.
O20.0 Угрожающий аборт.



- **Криминальный аборт** - прерывание беременности самой женщиной или другим лицом, произведенное вне лечебного учреждения.
- Лицо, производящее женщине криминальный аборт, несет уголовную ответственность.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Самопроизвольный аборт — самое частое осложнение беременности. Частота его составляет от 10 до 20% всех клинически диагностированных беременностей.
- Около 80% этих потерь происходит до 12 нед беременности.
- При учёте беременностей по определению уровня ХГЧ частота потерь возрастает до 31%, причём 70% этих абортов происходит до того момента, когда беременность может быть распознана клинически. В структуре спорадических ранних выкидышей 1/3 беременностей прерывается в сроке до 8 нед по типу анэмбрионии.

ЭТИОЛОГИЯ

- Лидирующим фактором в этиологии самопроизвольного прерывания беременности выступает хромосомная патология, частота которой достигает 82–88%.
- Наиболее частые варианты хромосомной патологии при ранних самопроизвольных выкидышах — аутосомные трисомии (52%), моносомии X (19%), полиплоидии (22%). Другие формы отмечают в 7% случаев. В 80% случаев вначале происходит гибель, а затем экспульсия плодного яйца.
- Метроэндометрит различной этиологии, обуславливающий воспалительные изменения в слизистой оболочке матки и препятствующий нормальной имплантации и развитию плодного яйца. Хронический продуктивный эндометрит, чаще аутоиммунного генеза, отмечен у 25% так называемых репродуктивно здоровых женщин, прервавших беременность путём искусственного аборта, у 63,3% женщин с привычным невынашиванием и у 100% женщин с НБ.
- Анатомические, эндокринные, инфекционные, иммунологические факторы

Факторы риска самопроизвольного аборта:

1. Факторы, которые могут увеличить риск самопроизвольного аборта:

- Возраст 35 лет и старше.
- Рецидивная история самопроизвольного аборта
- Генетическая предрасположенность.
- Синдром поликистоза яичников, который может стать причиной проблем с овуляцией, ожирением, повысить уровень мужских гормонов и увеличить риск диабета.
- Хронические болезни (такие как диабет или аутоиммунная болезнь).
- Определенные бактериальные или вирусные инфекции во время беременности.
- Нарушение свертывания крови, такое как антифосфолипидный синдром.
- Проблемы со структурой матки, например: Т-образная форма.
- Беременность с врожденными дефектами зародыша.
- Физические травмы.
- Вдыхание опасных химических веществ, таких как бензол, мышьяк, или формальдегид, до или во время беременности.
- Возраст отца ребенка 35 и старше.

Второстепенные факторы, которые также могут повысить риск самопроизвольного аборта

- - Использование нестероидных противовоспалительных лекарственных средств (таких как ибупрофен или напроксен) во время зачатия или на ранней стадии беременности.
 - Употребление алкоголя во время беременности.
 - Курение сигарет во время беременности.
 - Использование наркотиков во время беременности.
 - Употребление кофеина во время беременности.
 - Биопсия ворсин хориона или амниоцентез для проверки на наличие врожденных дефектов или генетических проблем. Одно из исследований показало, что эти тесты повышают риск самопроизвольного аборта приблизительно 1 к 400. Некоторые исследования показали более высокие показатели от 2 до 4 к 400.

В зависимости от степени отслойки плодного яйца и опорожнения полости матки различают

- угрожающий выкидыш
- начавшийся выкидыш;
- *аборт в ходу;*
- неполный аборт;

Угрожающий выкидыш

- отслойка плодного яйца только намечается,
- кровотечение из половых путей незначительное или только серозно-кровянистые выделения,
- боли «тянущего», «ноющего» характера
- форма шейки матки не изменена, зев закрыт.
- матка мягкая, безболезненная, исследование не провоцирует энергичных сокращений матки и усиления боли.
- УЗИ –регистрируется сердцебиение плода

Начавшийся выкидыш

- - более выражены и постепенно нарастают кровотечения
- боль носит схваткообразный нарастающий характер
- матка на пальпацию реагирует сокращением и усилением боли.
- возможны предвестники в виде учащенного мочеиспускания, тянущей боли внизу живота, скуровичных выделений в течение нескольких часов или суток.
- Не исключено криминальное вмешательство или вакуумрегуляция в целях прерывания незапланированной беременности, что удастся выявить в стационаре при осмотре половых путей. При очевидных симптомах начавшегося аборта внутреннее исследование на догоспитальном этапе нежелательно, а при неисключенном криминальном вмешательстве даже вредно. Лишь срочная госпитализация позволит оказать необходимую помощь и, возможно, сохранить беременность.

Аборт в ходу

- Отслойка и смещение плодного яйца прогрессирует.
- Схваткообразная боль выраженного характера
- Внутренний и наружный зев шейки матки открыты, элементы плодного яйца в канале шейки матки или во влагалище.
- Кровянистые выделения могут быть различной интенсивности, чаще обильные.

Неполный аборт

- характеризуется рождением части плодного яйца, обычно плода и оболочек.
- Остающаяся в матке часть плодного яйца препятствует сокращению матки и гемостазу.
- Угрозу представляет продолжающееся кровотечение, которое может привести к геморрагическому шоку. Отсутствие полноценного сокращения матки и смыкания её полости приводит к продолжающемуся кровотечению, что в некоторых случаях служит причиной большой кровопотери и гиповолемического шока.

Инфицированный аборт

состояние, сопровождающееся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровянистыми, иногда гноевидными выделениями из половых путей. При физикальном осмотре определяют тахикардию, тахипноэ, дефанс мышц передней брюшной стенки, при бимануальном исследовании — болезненную, мягкой консистенции матку; канал шейки матки расширен.

Септический аборт

- **Симптомы септического аборта** характеризуется панметритом, острым сепсисом, септическим (бактериотоксическим) шоком, острой почечной недостаточностью, перитонитом.
- Вмешательство нередко осложняется травмой (прободением матки при аборте) и кровотечением.
- Жалобы при вызове скорой помощи - гипертермия, ознобы, потливость, общая слабость, тахикардия, боль и ощущение тяжести внизу живота, метеоризм, олигурия, кровянисто-гнойные выделения из половых путей. Обычно аменорею или факт вмешательства в целях аборта не скрывают. Иногда ухудшение состояния связывают с травмой (бытовой, производственной, дорожно-транспортной и пр.).
- общее тяжелое состояние больной, бледность, серовато-желтый цвет кожи и слизистых оболочек, сухость кожи и языка, частый мягкий пульс, симптомы мышечной защиты и перитонеальные симптомы. Тургор кожи снижен, отмечается положительный симптом «белого пятна».
- Для оказания помощи больную немедленно доставляют на носилках в специализированный стационар (септикологическое отделение). Перед транспортировкой больным с артериальной гипотензией вводят кортикостероиды (не менее 500 мг по гидрокортизону).

Лабораторная диагностика

- Бактериальный посев на стрептококки группы В, гонококки и хламидии
- Кровь: снижение содержания гемоглобина (Hb) и гематокрит (Ht)
- Хорионический гонадотропин (ХГЧ)
- ХГЧ — критерий состояния эмбриона/плода. Концентрация этого гормона в плазме крови быстро возрастает от 2 до 9 нед беременности. Если содержание стабильно или снижается, жизнеспособность плода и нормальное течение беременности сомнительны
- Прогестерон. При нормальном течении маточной беременности содержание прогестерона — >25 нг/мл, при эктопической беременности и нежизнеспособности эмбриона/плода концентрация ниже. Содержание прогестерона менее 5 нг/мл — бесспорный признак эктопической беременности или нежизнеспособности эмбриона/плода.

Специальные исследования

- Исследование в зеркалах для определения источника кровотечения
- Бимануальное влагалищное исследование для оценки размера и консистенции матки, степени раскрытия шейки матки. Оценка размеров и чувствительности придатков матки.
- УЗИ : Для исключения эктопической беременности и определения жизнеспособности эмбриона/плода
- . Патоморфология: фрагменты зародыша в отделяемом из полости матки

При УЗИ неблагоприятными признаками в плане развития плодного яйца при маточной беременности считают

- · отсутствие сердцебиения эмбриона с КТР более 5 мм;
- · отсутствие эмбриона при размерах плодного яйца, измеренных в трёх ортогональных плоскостях, более 25 мм при трансабдоминальном сканировании и более 18 мм при трансвагинальном сканировании.
- К дополнительным ультразвуковым признакам, свидетельствующим о неблагоприятном исходе беременности, относят:
- · аномальный желточный мешок, не соответствующий сроку гестации (больше), неправильной формы, смещённый к периферии или кальцифицированный;
- · ЧСС эмбриона менее 100 в минуту в сроке 5–7 нед;
- · большие размеры ретрохориальной гематомы (более 25% поверхности плодного яйца).

Самопроизвольный аборт следует дифференцировать

- С доброкачественными и злокачественными заболеваниями шейки матки или влагалища. С
- С дисфункциональными маточными кровотечениями
- Дифференциальную диагностику также проводят с пузырным заносом и внематочной беременностью.
- При внематочной беременности женщины могут жаловаться на кровянистые выделения, билатеральные или генерализованные боли; нередко обморочные состояния (гиповолемия), чувство давления на прямую кишку или мочевого пузырь, тест на вХГЧ положительный. При бимануальном исследовании отмечается болезненность при движении за шейку матки. Матка меньших размеров, чем должна быть на сроке предполагаемой беременности.
- Можно пропальпировать утолщенную маточную трубу, нередко выбухание сводов. При УЗИ в маточной трубе можно определить плодное яйцо, при её разрыве обнаружить скопление крови в брюшной полости. Для уточнения диагноза показаны пункция брюшной полости через задний свод влагалища или диагностическая лапароскопия.
- Пример формулировки диагноза
- Беременность 6 нед. Начавшийся самопроизвольный выкидыш.

Лечение самопроизвольного аборта

- Терапия при нарушении беременности будет различной в зависимости от клинической картины и стадии выкидыша (угрожающий, начавшийся, "в ходу", неполный и полный), срока беременности.
- Начинать лечение необходимо как можно раньше, т.к. сохранить беременность легче в стадии угрожающего выкидыша, труднее - в стадии начавшегося и невозможно - во всех последующих.
- Назначая лечение и подбирая дозу медикаментозных препаратов, в I триместре беременности необходимо помнить об их возможном эмбриотоксическом и тератогенном действии.

- Лечение женщин с угрожающим и начавшимся самопроизвольным выкидышем должно осуществляться только в стационарных условиях. Лечение состоит из следующего комплекса мероприятий:
- лечебно-охранительный режим;
- полноценная, сбалансированная, богатая витаминами диета;
- немедикаментозные методы воздействия;
- лекарственные средства, снижающие психоэмоциональное напряжение
- Спазмолитики

- эндовазальная гальванизация, иглорефлексотерапия, патогенетическая терапия в зависимости от выявленного этиологического фактора
- Корректирующую заместительную терапию — прогестерон (ДЮФАСТОН)
- Во II триместре беременности показана токолитическая терапия (магния сульфат, гинипрал, фенотерол, тербуталин) •
- При истмико - цервикальной недостаточности шейки матки и угрозе аборта проводят наложение шва, или pessaria

Терапия септического аборта

- Ведение пациенток с септическим абортом определяется тяжестью распространения инфекции.
- Выделяют 3 стадии распространения инфекции: I - в процесс вовлечены эндометрий и миометрий, II - помимо матки, в процесс вовлечены придатки, III - генерализованный перитонит Выделяют 3 стадии распространения инфекции: I - в процесс вовлечены эндометрий и миометрий, II - помимо матки, в процесс вовлечены придатки, III -

- При ведении пациенток необходимы мониторинг и контроль жизненно важных функций и диуреза.
- Производят анализ крови с определением числа тромбоцитов, уровня электролитов, белков крови, креатинина, гемостазиограммы. Гематокрит должен быть не менее 30-35 %.
- антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, иммунокорригирующая терапия).
- В зависимости от состояния больной и степени тяжести инфекции производят оперативные вмешательства от кюретажа до экстирпации матки.

В настоящее время установлено, что септический аборт всегда является показанием к хирургическому лечению, так как, прежде всего, должен быть удален источник инфицирования.

При сроке беременности до 12 нед осторожно расширяют шейку матки (если она не раскрыта) и с помощью кюретки или вакуум-аспиратора удаляют содержимое матки. Для того чтобы быть уверенным в полном опорожнении матки, операцию целесообразно производить под контролем либо УЗИ,

- При беременности свыше 12 нед плод из матки удаляют путем введения утеротонических средств (окситоцин, простагландин F2a).

-

