

АНАЛІЗ ПРИЧИН САМОВІЛЬНИХ ВИКИДНІВ

Сухарєв А. Б., Сухарєва В. А.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

В даний час, в умовах демографічної кризи в Україні, гостро постає питання про репродуктивні втрати. Особливо важливим є з'ясування причин і попередження невиношування вагітності. У складних умовах сучасного життя спостерігається поступове зменшення числа жінок, вагітність і пологи у яких протікають без ускладнень. При обліку вагітностей, що визначаються за рівнем ХГЛ, частота репродуктивних втрат зростає до 31 %. Найбільш частими причинами, здатними викликати мимовільний аборт, є: генетичні, ендокринні, інфекційні, анатомічні, імунологічні та тромбофілічні. Лідируючим фактором в етіології мимовільного переривання вагітності виступає хромосомна патологія, частота якої сягає 82–88 %. У структурі спорадичних ранніх викиднів 1/3 вагітностей переривається в терміні до 8 тижнів по типу анембріонія. Метроендометрит відзначається у 25 % так званих репродуктивно здорових жінок, переривали вагітність шляхом медичного абортів. У 63,3 % жінок зі звичним невиношуванням і у 100 % жінок з розвивається вагітністю серед факторів, що сприяють виникненню мимовільного абортів, найбільш важливими є: вік вагітної, її паритет, куріння, лихоманка, травми, вживання кофеїну, тератогенні впливи, дефіцит фолієвої кислоти, ЕКЗ.

Метою роботи з'явився ретроспективний аналіз випадків самовільних викиднів по картах індивідуального спостереження вагітних на базі жіночих консультацій міста Суми за період з січня 2011 по вересень 2013 года. Виявлена і проаналізовано роль найбільш поширених причин і факторів, що призводять до мимовільного абортів; визначена тактика лікаря акушера-гінеколога у веденні жінок, що входять до групи ризику з невиношування; проведена оцінка ефективності лікування загрозливого викидня.

Матеріалом дослідження послужили амбулаторні карти вагітних. Всього було проаналізовано 122 випадки самовільних абортів. Нами було з'ясовано, що основними причинами викиднів з'явилися: обтяжений акушерський анамнез (у 77,7 % жінок). У 55,3% в анамнезі зареєстровано більше одного абортів, у 22,4 % жінок в анамнезі наявність мимовільних викиднів. Гінекологічні захворювання були виявлені у 40,3 % жінок. Частіше за інших зустрічалися ерозії шийки матки (66,8 %), хронічні сальпінгоофорити (5,2 %). Генітальні інфекції визначалися у 23,2 %. Екстрагенітальною патологією страждали 36,8 % обстежених жінок. Найбільша кількість самовільних абортів виявлено у жінок раннього (36,4 %) і зрілого (45,6 %) репродуктивного віку. Незареєстрований шлюб відзначався в 68,7 % випадків, не працювали 45,4 % і середню освіту мали 64,2 % обстежених жінок. Вплив на виникнення самовільного абортів таких причин, як хромосомні патології, ендокринологічні, тромбофілічні та імунологічні порушення виявити не вдалося, з причини відсутності необхідного повного обстеження жінок при постановці на облік по вагітності. З проаналізованих випадків стаціонарне лікування отримували 32,8 % жінок, амбулаторне лікування пройшли 68,5 % вагітних, яке включало полівітамінні комплекси (Ельовіт пренаталь, комплівит тріместрум), препарати магнію (Магне В6), препарати йоду 200 мкг/добу, гестагени (утрожестан, дюфастон). Основним способом запобігання виникнення випадків самовільних абортів є профілактика, яка включає: орієнтування лікарями – гінекологами жінок на планування вагітності та пологів у більш молодому віці (з 18 до 28 років), коли ще немає в анамнезі викиднів і абортів; інформування жінок про необхідність ранньої явки в жіночу консультацію для постановки на облік по вагітності; комплексне обстеження при постановці на облік і в процесі динамічного спостереження, з метою своєчасного виявлення та лікування генітальної та екстрагенітальної патології; виділення групи ризику з невиношування; своєчасне переведення вагітних високого ступеня перинатального ризику в перинатальні центри для поглибленого обстеження, лікування та подальшого спостереження. У групу ризику по розвитку мимовільних абортів входять жінки, з обтяженим акушерським анамнезом (аборти, викидні, передчасні пологи, вроджені вади плоду, звичне невиношування); юні та вікові первородящі; вагітні з резус-конфліктом; з несприятливими соціальними факторами (шкідливі звички, важкий фізична праці, стреси); з гострими і хронічними генітальними та екстрагенітальної інфекціями; з ендокринними порушеннями; з наявністю патології матки (міома, вади розвитку, істміко-цервікальна недостатність); з патологією хребта; а також жінки з групи ризику по

антифосфоліпідний синдром. Алгоритм ведення групи ризику з невиношування включає: щотижневі явки на огляд; обстеження для виявлення причини невиношування; проведення оздоровчих заходів (особливо показані у строки колишніх викиднів), які включають – звільнення від роботи, профілакторій для вагітних; електроаналгезія № 4–5; седативну рослинну терапію; прийом препаратів магнію і йоду, полівітамінів.

Висновок: з метою профілактики репродуктивних втрат значущим є орієнтування молодого населення на здоровий спосіб життя; планування вагітності (використання засобів контрацепції); диспансеризація вагітних у жіночих консультаціях, використання заходів для профілактики невиношування вагітності.

Актуальні питання теоретичної та практичної медицини : збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 16-18 квітня 2014 р. / М.В. Погорелов. - Суми : СумДУ, 2014. - С. 273-274.