
«МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ» ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ

А.А. Джабиева, А.В. Джабиев, И.М. Ордянц

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии

Медицинский факультет

Российский университет дружбы народов

ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

В настоящей статье обозначена актуальность проблемы невынашивания беременности как с социальной, так и с медицинской точек зрения. Приведен анализ не только акушерско-гинекологических, но и социальных-гигиенических, бытовых факторов, влияющих на течение беременности в I триместре. По результатам исследования выявлены особенности соматического и репродуктивного здоровья и составлена медико-социальная характеристика женщин с угрозой прерывания в I триместре на современном этапе.

Ключевые слова: невынашивание беременности, угроза прерывания беременности, факторы риска.

На современном этапе развития акушерства основными его задачами являются создание оптимальных условий для осуществления женщиной функции материнства, сохранение ее здоровья и обеспечение рождения здорового ребенка [1—3, 5, 6, 13, 15]. Проблема невынашивания беременности продолжает привлекать к себе внимание акушеров-гинекологов, поскольку она имеет не только медицинское, но и важное социальное значение. В свою очередь, по мере увеличения числа спонтанных выкидышей резко возрастает риск прерывания последующих беременностей [1, 7—9, 11]. Общепринятым является мнение, что невынашивание беременности — полиэтиологическая проблема. Несмотря на многочисленные исследования, как в нашей стране, так и за рубежом, отсутствует единая точка зрения на этиопатогенез этого осложнения, а его трактовка противоречива. По данным В.М. Сидельниковой (2009), в 25—57% наблюдений генез самопроизвольного выкидыша остается неустановленным [4]. Кроме этого, у женщин с угрозой прерывания беременности отмечается неблагоприятный для плода исход беременности, что обуславливает высокий уровень перинатальной заболеваемости [2, 3, 7, 8, 10, 12, 14]. Поэтому одной из задач современного акушерства является выявление женщин с неблагоприятными акушерско-гинекологическими, биологическими, соматическими, социально-гигиеническими, бытовыми факторами и выделение их в группу риска по развитию осложнений гестации и изучение комплекса признаков, позволяющих прогнозировать и предотвращать репродуктивные потери.

Цель исследования: улучшить течение беременности, родов и перинатальные исходы у женщин с угрозой прерывания беременности на ранних сроках.

Контингент, материалы и методы исследования. В соответствии с поставленными задачами, а именно: оценить соматическое и репродуктивное здоровье женщин, беременность которых протекала на фоне угрозы прерывания в I триместре, и выявить причины возникновения угрозы беременности на ранних сроках,

нами было проведено исследование течения беременности 128 женщин: основную группу составили 98 беременных, находившихся на стационарном или амбулаторном лечении по поводу угрозы прерывания беременности (УПБ) в I триместре. В группу сравнения вошли 30 женщин с физиологическим течением беременности.

Результаты исследования и обсуждение. Средний возраст беременных в основной группе составил $28,8 \pm 3,2$ года, в группе сравнения — $29,1 \pm 3,6$ лет. Большинство женщин в исследуемых группах находились в возрасте 18—30 лет, что соответствует оптимальному возрасту реализации репродуктивной функции. Подавляющее большинство женщин, входящих в основную группу, были служащими (28,8%) и учащимися вузов и средне-специальных учебных заведений (40,8%), что характерно для московского мегаполиса. В группе сравнения часто встречались неработающие женщины, т.е. домохозяйки (23,3%). Установлено, что среди пациенток основной группы, в отличие от группы сравнения, достоверно чаще встречались женщины с относительно низким материальным достатком (66%), а также имеющие плохие жилищно-бытовые условия (коммунальная квартира, съемное жилье, общежитие) (59,2%). В зарегистрированном браке состояла только каждая третья женщина из основной группы (34,7%). В этих группах чаще всего встречались отношения по типу «гражданского брака» (сожительство) (54,1%). Кроме этого, среди беременных с УПБ в 3 раза чаще встречались одинокие женщины (11,2%). Среди женщин с угрозой прерывания беременности (УПБ) отмечен достоверно высокий удельный вес курящих до беременности (41,8%). Подавляющее большинство женщин прекратили курение только тогда, когда был установлен факт беременности. Кроме этого, выяснилось, что 4 женщины с УПБ продолжали курить даже после подтверждения беременности, хотя и уменьшили количество выкуриваемых в день сигарет (4%). При тщательном сборе анамнеза выяснилось, что 9 женщин употребляли наркотические вещества в анамнезе, из них у 8 отмечалась УПБ (8,2%). Беременные указывали на то, что в основном, это были единичные случаи употребления марихуаны, гашиша или амфетаминов (табл. 1).

Таблица 1

**Некоторые данные анамнеза и социально-бытового статуса женщин
в исследуемых группах**

Показатель		Уча- щи- еся	Рабо- чие аграр- ных пред- при- ятий	Рабочие про- мыш- ленных пред- приятий	Брак незаре- гистри- рован (сожи- тель- ство)	Оди- нокая	Низкий матери- альный достаток	Съем- ная, коммун. кварти- ра, об- щежи- тие	При- езжие	Куре- ние	Упот- ребле- ние нарко- тиче- ских веществ
Основная группа (УПБ) $n = 98$	абс.	40	5	8	53	11	60	58	58	41	8
	%	40,8*	5	8,2*	54,1*	11,2*	61,2*	59,2*	59,2*	41,8*	8,2*
Группа сравнения (физиологич. те- чение бер.) $n = 30$	абс.	5	1	1	3	1	10	6	9	4	1
	%	16,6	3,3	3,3	10,0	3,3	33,3	20,0	30,0	13,2	3,3

Примечание: * — $p < 0,05$ (достоверность различий установлена по отношению к группе сравнения).

При изучении соматического статуса беременных основной группы выявлена высокая частота заболеваний щитовидной железы (15,2%), болезней мочевого

лительной системы (28,6%), органов ЖКТ (32,5%) и сердечно-сосудистой системы (16,2%). Предожирение и ожирение I степени диагностировано у 21 беременной с УПБ в I триместре (21,3%), что в 3 раза превысило аналогичный показатель группы сравнения — 6,6% ($p < 0,05$). Патология щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит, эутиреоидный зоб) встречалась в исследуемых группах с частотой: 15,2% — в основной и 3,3% — в группе сравнения ($p < 0,05$). Заболевания сердечно-сосудистой системы (пролапс митрального клапана, вегетативно-сосудистая дистония) выявлены у 16,2% женщин основной группы и у 6,6% — в группе сравнения ($p < 0,05$). Заболевания мочевыводящей системы (хронический цистит, пиелонефрит) встречались у 28,6% беременных из основной группы, что в 2,8 раз чаще, чем в группе сравнения (10%). Болезни ЖКТ (хронический гастрит, гастроуденит, хронический холецистит, дисбактериоз) у беременных с УПБ в I триместре встречались в 2 раза чаще, чем у женщин с физиологическим течением беременности (табл. 2).

Таблица 2

Некоторые показатели соматического здоровья женщин в исследуемых группах

Показатель		ИМТ > 25 (предожирение и ожирение I с	Заболевания щитовидной железы	Заболевания сердечно- сосудистой ситемы	Болезни мочевыдели- тельной системы	Болезни ЖКТ
Основная группа (УПБ) $n = 98$	абс.	21	15	16	28	32
	%	21,3*	15,2*	16,2*	28,6*	32,5*
Группа сравнения (физиологич. течение бер.) $n = 30$	абс.	2	1	2	3	5
	%	6,6	3,3	6,6	10,0	16,5

Примечание: * — $p < 0,05$ (достоверность различий установлена по отношению к группе сравнения).

Подробно изучен акушерско-гинекологический анамнез обследуемых женщин. Средний возраст менархе в основной группе составил $12,8 \pm 0,7$ лет, в группе сравнения — $12,2 \pm 0,5$ лет, что соответствует среднестатистическим показателям. Но только у каждой второй женщины с УПБ менструальный цикл после менархе установился сразу. Кроме того, только среди беременных с УПБ выявлены женщины, у которых менструальный цикл с момента менархе устанавливался дольше 1 года (6,1%) или не установился вплоть до наступления настоящей беременности (9,1%). Дисменорея встречалась у каждой 3-й пациентки с УПБ. Первичная дисменорея выявлялась в 3 раза чаще у женщин из основной группы, чем в группе сравнения. Однако вторичная дисменорея встречалась только среди женщин с УПБ. При выяснении анамнеза мы установили, что у подавляющего большинства женщин дисменорея появилась вследствие перенесенного острого воспалительного процесса придатков или внутриматочных вмешательств (аборта, выскабливания). Кроме дисменореи, мы выявили высокий процент наличия таких нарушений менструальной функции, как опсоменорея (17,3%) и меноррагия (21,4%) у женщин с УПБ (табл. 3).

Характеристика менструальной функции женщин в исследуемых группах

Показатель		Менстр. цикл устанавливался в течение 1 г	Менстр. цикл устанавливался дольше 1 г	Менструальный цикл нерегулярный	Опсоменорея	Меноррагия	Первичная дисменорея	Вторичная дисменорея
Основная группа (УПБ) $n = 98$	абс.	31	6	9	17	21	10	22
	%	31,2*	6,1	9,1*	17,3*	21,4*	10,1*	22,4
Группа сравнения (физиологич. течение бер.) $n = 30$	абс.	3	—	1	2	3	1	—
	%	10,0	—	3,3	6,6	10,0	3,3	—

Примечание: * — $p < 0,05$ (достоверность различий установлена по отношению к группе сравнения).

Половую жизнь в возрасте до 18 лет начали 65,2% женщин из основной и 16,6% женщин из группы сравнения. В основной группе возраст начала половой жизни составил 16—17 лет, в группе сравнения — 20—21 год. Таким образом, возраст начала половой жизни характеризовался более ранними сроками у пациенток основной группы в отличие от группы сравнения. Кроме этого, мы выявили, что среди замужних женщин 100% начали вести половую жизнь до брака. Мы обратили внимание на количество половых партнеров у женщин в исследуемых группах. Выяснилось, что, в среднем, у женщин с УПБ было от 2 до 5 партнеров с момента начала половой жизни (у 73,5%). Одного партнера имели только 10 женщин с УПБ (6,75%). Каждая 5-я женщина с УПБ указывала на наличие 6 партнеров и более с момента начала половой жизни. Мы связываем раннее начало половой жизни, не с адаптационным механизмом, а со снижением порога нравственности в отношениях между молодыми людьми, отсутствием должного внимания со стороны родителей, низким уровнем образования и нехваткой информации о половом поведении.

При выяснении способов предохранения от нежелательной беременности мы выявили высокую неосведомленность молодых женщин о современных и безопасных методах контрацепции. КОК использовала только каждая 8-я женщина из основной группы (12,2%). Следует отметить, что и в группе сравнения отмечен небольшой процент использования КОК (26,6%). Самым популярным методом контрацепции у женщин из основной группы был барьерный: презервативами пользовалась каждая третья женщина. При этом прерванный половой акт в основной группе был в предпочтении у каждой четвертой. Кроме того, выяснилось, что 17,4% женщин с УПБ вообще не использовали никакой метод контрацепции (рис. 1).

В таблицах 4 и 5 представлены некоторые данные о гинекологической заболеваемости и репродуктивном здоровье женщин в исследуемых группах. Вторичное бесплодие в анамнезе диагностировалось в основной группе в 4 раза чаще, чем в группе сравнения (12,2% и 3,3% соответственно) ($p < 0,05$). У женщин с УПБ в 2,2 раза чаще (22,4%) диагностировались воспалительные заболевания органов малого таза по отношению к группе сравнения (10%). Функциональные кисты яичников (киста желтого тела, фолликулярная киста) в анамнезе у женщин с УПБ в I триместре выявлялись в 2,7 раз чаще (18,3%), чем у женщин с физиологическим течением беременности (6,6%).

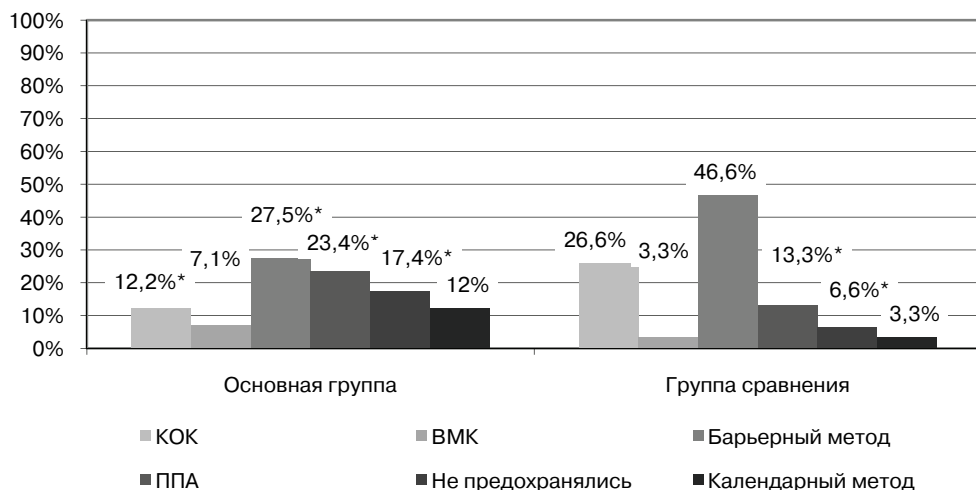


Рис. 1. Использование различных методов контрацепции в исследуемых группах

Таблица 4

Данные о гинекологической заболеваемости женщин в исследуемых группах

Показатель		ВЗОМТ	Бесплодие II	Функциональные кисты яичников	Эктопия ЦЭ шейки матки	Гиперандрогения	Дисфункция яичников (ДМК)	Внутриматочные вмешательства, в т. ч. артифициальный аборт	ИППП до беременности
		Основная группа (УПБ) <i>n</i> = 98	абс.	22	12	18	37	11	12
	%	22,4*	12,2*	18,3*	37,6*	11,2*	12,2*	33,1*	59,2*
Группа сравнения (физиологич. течение бер.) <i>n</i> = 30	абс.	3	1	2	2	1	1	1	9
	%	10	3,3	6,6	6,6	3,3	3,3	3,3	30

Примечание: * — $p < 0,05$ (достоверность различий установлена по отношению к группе сравнения).

Таблица 5

Данные о репродуктивном здоровье женщин в исследуемых группах

Показатель		Артифициальный аборт	Ранний выкидыш	Осложнения после прерывания беременности	Преждевременные роды	Осложненное течение предыдущих беременностей	Привычное невынашивание	Дисфункция яичников (ДМК)
		Основная группа (УПБ) <i>n</i> = 98	абс.	12	22	6	18	37
	%	12,2*	22,4*	4,1	18,3*	37,6*	11,2*	12,2*
Группа сравнения (физиологич. течение бер.) <i>n</i> = 30	абс.	1	3	—	2	2	1	1
	%	3,3	10,0	—	6,6	6,6	3,3	3,3

Примечание: * — $p < 0,05$ (достоверность различий установлена по отношению к группе сравнения).

Эктопия цилиндрического эпителия шейки матки встречалась в 6 раз чаще (36,7%) у женщин основной группы по отношению к группе сравнения (6,6%). Гиперандрогения выявлена у 11 женщин (11,2%) из основной группы и у 1 женщины из группы сравнения. Дисфункция яичников (дисфункциональные маточные кровотечения) встречались в 4 раза чаще (12,2%) у женщин из основной группы, чем в группе сравнения (3,3%). Внутриматочные вмешательства перенесла каждая 3-я женщина из основной (33,1%), причем по поводу патологии эндометрия (гиперплазия или полип) или маточного кровотечения гистероскопию и раздельное лечебно-диагностическое выскабливание перенесли только 3 женщины. Остальным выскабливание полости матки проводилось с целью прерывания нежелательной беременности.

Отдельного внимания заслуживает анализ инфекционных заболеваний половых путей. Мы выяснили, что до наступления настоящей беременности почти каждая 5-я женщина с УПБ перенесла вагинит на фоне хламидийной инфекции, каждая 3-я — микоплазменной (уреаплазменной) инфекции. Кроме того, беременные с УПБ также указывали на наличие в анамнезе папилломавирусной (10,1%) и цитомегаловирусной (4%) инфекций, трихомониаза (4%), хронического вульвовагинального кандидоза (41%). Бактериальный вагиноз обнаруживался у 19,5% женщин с УПБ. Микст-инфекция (2 и более инфекций) выявлялась в 2 раза чаще у женщин из контрольной группы.

Мы проанализировали исходы предыдущих беременностей у повторнобеременных женщин. Как уже упоминалось выше, каждая вторая женщина с УПБ прерывала нежелательную беременность. Кроме того, каждая 5-я беременная с УПБ указывала на наличие раннего самопроизвольного выкидыша в анамнезе. У 4,1% женщин возникли осложнения после самопроизвольного или искусственного аборта (маточное кровотечение, воспалительные заболевания придатков матки, дисфункция яичников и др.).

Почти у 37,6% беременных с УПБ предыдущие беременности протекали на фоне различных осложнений: токсикоза первой половины беременности, анемии, длительной угрозы прерывания, нефропатии, гестационного пиелонефрита, кольпита и др. Как следствие этого, преждевременные роды на 34—37-й неделях происходили у этих женщин в 18,3% случаев.

Течение I триместра беременности. При изучении течения I триместра следует отметить, что срок беременности при постановке на учет у женщин с УПБ были достоверно большими, чем у женщин с физиологическим течением беременности: до 8 недель беременности были взяты на учет только 46,9% женщин. Угроза прерывания беременности диагностировалась при наличии кровянистых выделений различной интенсивности из половых путей. Мы связываем факт поздней постановки на учет по беременности не только с незаинтересованностью женщин в беременности, но и с тем, что зачастую у женщин не возникает связи между отсутствием менструации и беременностью за счет нерегулярности цикла, а также невниманием к своему здоровью. Кроме того, выяснилось, что многие женщины из основной и контрольной групп обратились к врачу в ЛПУ за помощью только

тогда, когда появились признаки угрозы прерывания беременности — кровянистые выделения из половых путей различной интенсивности, сопровождающиеся болями внизу живота. Из основной группы 68 беременных (69,4%) госпитализированы в гинекологический стационар для терапии, направленной на сохранение и пролонгирование беременности. При исследовании течения I триместра беременности в исследуемых группах получены следующие результаты (табл. 6). Токсикоз первой половины беременности встречался с частотой 41,8% у женщин из основной группы, что в 2,4 раза превышает аналогичный показатель в группе сравнения (16,6%) ($p < 0,05$). Анемия у беременных с УПБ (8,2%) выявлялась в 2,8 раз чаще, чем у женщин с физиологическим течением беременности ($p < 0,05$). Нарушения стула наблюдались в 2 раза чаще у женщин из основной группы (21,4%), чем у женщин из группы сравнения (10%) ($p < 0,05$). Вегетативно-сосудистая дистония различных типов наблюдалась у беременных с УПБ (6,1%) в 3 раз чаще, чем у беременных из группы сравнения (3,3%) ($p < 0,05$).

Таблица 6

Течение I триместра беременности

Показатель		Токсикоз	Тяжелый токсикоз	Анемия	Нарушения стула	ВСД	ОРВИ	Стационарное лечение
Основная группа (УПБ) $n = 98$	абс.	41	10	8	21	8	7	68
	%	41,8*	10,2	8,2*	21,4*	8,1*	7,1	69,4*
Группа сравнения (физиологич. течение бер.) $n = 30$	абс.	5	—	1	3	1	2	—
	%	16,6	—	3,3	10	3,3	6,6	—

Примечание: * — $p < 0,05$ (достоверность различий установлена по отношению к группе сравнения).

По данным ультразвукового обследования у 8% женщин с клиническими проявлениями УПБ отмечалось расширение внутреннего маточного зева более 10 мм, в 10% случаев наблюдалось низкое прикрепление плодного яйца (в нижней трети полости матки). Более чем в 80% случаев у женщин с УПБ определялись признаки ретрохориальной гематомы различных размеров и локализации.

При проведении клинико-лабораторного обследования выявились следующие особенности. У каждой 5-й женщины с УПБ обнаружена III степень чистоты мазка (20,4%), что в 3 раза чаще, чем у женщин с физиологическим течением беременности (7%) ($p < 0,05$). Кроме того, только у женщин с УПБ выявлялась IV степень чистоты мазка (3,1%). В группе сравнения у подавляющего большинства женщин (77%) была I степень чистоты мазка. После получения данных микроскопии мазка мы провели ПЦР-диагностику ИППП, а также бактериологический посев на флору отделяемого влагалища. Инфекция половых путей выявлена более чем у половины женщин с УПБ (57,1%). Чаще всего выявлялась уреаплазменная, папилломавирусная инфекции, а также кольпит грибковой этиологии и на фоне высоких титров неспецифической кишечной микрофлоры (*Enterobacteriaceae* и *Enterococcus spp.*). Всем пациенткам проводилась расширенная гемостазиограмма, которая включала в себя коагулограмму и диагностику антифосфолипидного синдрома. В ряде случаев у беременных из основной группы были выявлены нарушения: гиперагре-

гация тромбоцитов (22,3%), повышение уровня АЧТВ (3%), повышение уровня фибриногена (24,5%), Д-димера (10,1%), ВА (8,1%), антифосфолипидных антител (8,1%). После проведения гормонального обследования обнаружено, что у 6 женщин с УПБ (6,1%) уровень прогестерона в крови был ниже нормы, а повышенный уровень андрогенов в крови выявлен у 7 беременных (4,7%). По результатам клинико-лабораторного обследования беременным из основной группы проводилась традиционная терапия, включающая спазмолитические, антианемические, антиагрегантные, фитопрепараты, витаминотерапия.

Проведенное исследование показало, что угроза прерывания беременности в I триместре возникает у женщин с отягощенным соматическим (ожирение, заболевания мочевыделительной и эндокринной систем) и акушерско-гинекологическим анамнезом (нарушения менструального цикла, инфекционно-воспалительные заболевания органов малого таза, дисфункция яичников, инфекции, передаваемые половым путем, искусственные аборт, осложненное течение предыдущих беременностей и репродуктивные потери). Кроме того, угроза прерывания беременности в I триместре достоверно чаще возникает у женщин при наличии неблагоприятных социально-бытовых факторов: начало половой жизни до 16 лет, 2 половых партнера и более в анамнезе, игнорирование современных методов контрацепции, незарегистрированный брак, плохие жилищные условия, низкий материальный достаток. Выявленные особенности анамнеза создают неблагоприятный фон не только для наступления, но и течения желанной беременности, что подтверждается клинико-лабораторными данными (нарушения гемостаза, снижение уровня гемоглобина, высокая частота выявления инфекций, передаваемых половым путем).

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Мионов А.В.* Отдаленные прогнозы лечения невынашивания беременности в первом триместре: Автореф. дисс. ... к.м.н. — М., 2007.
- [2] *Потанова С.В.* Невынашивание беременности как медико-социальная проблема (распространенность, факторы риска, профилактика): Дисс. ... канд. мед. наук. — Рязань, 2008.
- [3] *Оразмурадов А.А., Кибардина Н.В., Князев С.А. и др.* Современные возможности прогнозирования перинатальной заболеваемости // Вестник РУДН. Серия «Медицина». — 2010. — № 5. — С. 13.
- [4] *Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А., Галина Т.В. и др.* Оптимизация ведения и родоразрешения беременных с ЗРП при использовании современных перинатальных технологий // Вестник РУДН. Серия «Медицина». — 2007. — № 5. — С. 29—39.
- [5] *Радзинский В.Е., Ордяниц И.М., Коршунова Л.П.* Перспективные пути патогенетически обоснованной профилактики и лечения фетоплацентарной недостаточности // Русский медицинский журнал. — 2007. — № 4. — С. 325—328.
- [6] *Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н.* Акушерский риск. Максимум информации — минимум опасности для матери и младенца. — М.: Эксмо, 2009. — С. 3.
- [7] *Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю.* Неразвивающаяся беременность. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 2—7.
- [8] *Радзинский В.Е., Князев С.А., Оразмурадова Л.Д.* Биocenозы гениталий при угрожающем невынашивании и преждевременных родах // Вестник РУДН. Серия «Медицина». — 2009. — № 6. — С. 364—373.

- [9] *Сидельникова В.М.* Привычное невынашивание беременности // РЛС. — 2009. URL: http://www.rlsnet.ru/articles_408.htm
- [10] *Фролова М.А.* Иммуно-гормональные критерии раннего прогнозирования течения гестационного процесса: Дисс. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2008. — С. 123.
- [11] *Arck P.C., Rücke M., Rose M. et al.* Early risk factors for miscarriage: a prospective cohort study in pregnant women // *Reprod Biomed Online*. — 2008. — Vol. 17(1). — P. 101—113.
- [12] *Maconochie N., Doyle P., Prior S. et al.* Risk factors for first trimester miscarriage — results from a UK-population-based case-control study // *BJOG*. — 2007. — Vol. 114(2). — P. 170—186.
- [13] *Odendaal H.J., Steyn D.W., Elliott A. et al.* Combined effects of cigarette smoking and alcohol consumption on perinatal outcome // *Gynecol Obstet Invest*. — 2009. — Vol. 67(1). — P. 1—8.
- [14] *Saraswat L. et al.* Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review // *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. — 2010. — 117. — P. 245—257.
- [15] *Toth B., Jeschke U., Rogenhofer N. et al.* Recurrent miscarriage: current concepts in diagnosis and treatment // *J Reprod Immunol*. — 2010. — Vol. 85(1). — P. 25—32.

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH THREATENED MISCARRIAGE IN THE FIRST TRIMESTER

A.A. Dzhabieva, A.V. Dzhabiev, I.M. Ordiyants

Department of Obstetrics and Gynecology with the course of Perinathology
Medical Faculty
Peoples Friendship University of Russia
Mikhluho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

The article indicated the relevance of the problem of miscarriage as a social and a medical point of view. The analysis not only obstetrics and gynecology, but also the social-hygiene, household factors that influence the course of pregnancy in the I trimester. The study identified characteristics of somatic and reproductive health and is composed of medical-social characteristics of women with threatened miscarriage in the I trimester at this stage.

Key words: threatened miscarriage, the risk factors.