



ОСОБЕННОСТИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Назирова Муяссар Убаевна

Кандидат

медицинских наук, доцент Ташкентский государственный
стоматологический институт Ташкент, Узбекистан

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

Доктор медицинских наук, профессор Ташкентский
государственный стоматологический институт Ташкент,
Узбекистан

Сулейманова Нодира Жумаевна

Кандидат медицинских наук, доцент Ташкентский
государственный стоматологический институт Ташкент,
Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14411716>

ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 06- Dekabr 2024 yil
Ma'qullandi: 08- Dekabr 2024 yil
Nashr qilindi: 12- Dekabr 2024 yil

KEYWORDS

антифосфолипидный
синдром, неразвивающаяся
беременность, кольпит,
бесплодие, простагландины,
мизопростол, анэмбриония,
поликистоз яичников.

ABSTRACT

Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает несостоявшийся выкидыш (missed abortion) в течении I триместра, т.е. гибель эмбриона с длительной задержкой его в полости матки неразвивающаяся беременность, имеющая отдельный шифр в Международной статистической классификации, болезней 10 пересмотра (1995). Проблема неразвивающейся беременности чрезвычайно актуальна как в клиническом, так и в социальном аспекте, т.к. частота данной патологии в структуре репродуктивных потерь достаточно высока (10-20%). Задержка погибшего плода в полости матки представляет большую угрозу не только здоровью, но и жизни женщины.

Введение

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в антенетальной охране плода, в ряде случаев под влиянием различных неблагоприятных факторов наступает внутриутробная смерть плода.

Основными причинами неразвивающейся беременности являются: поздний репродуктивный возраст матери, большое число выкидышей в анамнезе, гормональные нарушения, неправильный образ жизни, мутационные изменения в развитии плода, анэмбриония, хронические заболевания матери как гинекологические, так и экстрагенитальные: TORCH-инфекции, аномалии стенки матки, синдром поликистоза яичников, декомпенсированный сахарный диабет, артериальная гипертензия, аутоиммунные заболевания такие, как — системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром. Многие вопросы патогенеза неразвивающейся беременности являются предметом дискуссии. Недостаточно ясны

причины задержки эмбриона в полости матки после его гибели и факторы обуславливающие патологическую инертность матки.

Цель исследования: изучить причины наступления неразвивающейся беременности, провести сравнительный анализ методов её прерывания.

Материал и методы исследования

Обследовано 42 женщины в возрасте от 19-37 лет. У 30 женщин беременность -1, у 8 -вторая и у 4- третья беременность. Срок беременности от 5- до 12 недель. Экстрагенитальные заболевания выявлены у 29 женщин, в том числе хронический тонзиллит-10, анемия – 18, хронический холецистит – 12, диффузное увеличение щитовидной железы 1- 2 степени у 6. ОРВИ во время беременности – 10, а также воспалительные заболевания гениталий- 8, кольпит-18, первичное бесплодие в течении 4-5 лет- 6. Всем пациенткам (и супругу) при поступлении в клинику проведено обследование на наличие инфекции TORCH -комплекса методом полимеразной цепной реакции и методом ИФА. Исследование гемостаза крови (АФС), коагулограмма, биохимические исследования, общий ан.крови, мочи, группа крови, анализ выделений.

Выбор метода прерывания – медикаментозный-синтетическим простагландином Е мизопростолом. Вторым методом вакуум-аспирация. Наши исследования показали, что наиболее информативным методом диагностики неразвивающейся беременности является УЗИ (3). Оно дает возможность установить неразвивающуюся беременность задолго до появления клинических симптомов, что позволяет своевременно провести соответствующие мероприятия.

Результаты и обсуждение

Наиболее частыми причинами неразвивающейся беременности являются эндокринные, воспалительные заболевания половых органов, иммунные нарушения у матери, персистирующий эндометрит, хромосомные аномалии (4,5). В тоже время в 26-27% случаев причину неразвивающейся беременности выяснить не удается (2,15). Недостаточно ясны причины задержки эмбриона в полости матки после его гибели и факторы, обуславливающие патологическую инертность матки.

Задержка плодного яйца в матке приводит к значительным изменениям всех основных показателей свертывающей системы крови. Одной из ведущих причин перинатальной заболеваемости и смертности является внутриутробная инфекция (1,5). Возбудителями внутриутробной инфекции являются более 27 видов бактерий, вирусы, паразиты, 6 видов грибов, 4 вида простейших и риккетсии (6).

Для обозначения группы внутриутробных инфекции, вызывающих поражения центральной нервной системы плода, предложена аббревиатура TORCH- toxoplasmosis, other (другие инфекции), rubella (краснуха), cytomegalia (цитомегалия), herpes simplex (герпесная инфекция). Своевременная диагностика этих патологии имеет большое значение для снижения пренатальной патологии (8,9).

Все женщины прошли УЗИ. При исследовании на TORCH инфекции у 7 выявлен один вид возбудителя – хламидий, а в остальных случаях инфицированность носит смешанный характер. Наиболее распространенный вариант: вирусно-бактериальный (вирус простого герпеса + цитомегаловирус + хламидий, вирус простого герпеса + уреоплазма, хламидий + уреоплазма + candida).

При анализе гемостограмм было установлено, что у женщин с неразвивающейся беременностью при пребывании плода в матке не менее 3 недель наблюдались: некоторые снижения уровня и активности естественного антикоагулянта-антитромбина (АТ-3), незначительные повышения фибриногена, концентрации растворимых комплексов мономерфибрин (РКМФ), продуктов деградации комплекса фибрин-фибриноген (ПДФФ). Что касается активированного частичного тромбопластинового времени рекальцификации (АВР) они существенно не изменились по сравнению с нормой (12,14).

Все используемые в настоящее время методы прерывания можно разделить на две большие категории: хирургические (кюретаж или вакуум аспирация) и терапевтические (применение различных схем лекарственных препаратов для индукции сократительной активности матки (7,10).

В ряде сообщений указывается на значительную опасность водной интоксикации, связанной в большей степени с применением высоких доз окситоцина и внутривенным введением значительных объемов жидкостей, не содержащих электролитов (13).

Прерывание беременности – такие, как расширение шейного канала могут привести к разрыву шейки матки, перфорации, развитию восходящей инфекции.

По результатам научных исследований и по статистическим разработкам Минздрава Узбекистана около 60-70% женщин фертильного возраста страдают экстрагенитальными заболеваниями или же являются носителями инфекции. Для данного контингента женщин крайне важен щадящих методов прерывания беременности. значительным шагом вперед явилось создание синтетических аналогов простагландинов, обладающих большими активностью и продолжительностью действия, чем их естественные предшественники.

В настоящее время одним из щадящих методов прерывания беременности, как в ранние, так и в поздние сроки, является медикаментозный метод с применением синтетических простагландинов. Впервые простагландины описал в 1936г. Лауреат Нобелевской премии von Euler. Эндогенные простагландины играют значительную роль в целом ряде процессов воспроизводства, а экзогенные – в определенных условиях сокращают продолжительность жизни желтого тела, оказывают стимулирующее действие на матку и с их помощью можно прервать беременность в любые сроки (4,11). Простагландины не депонируются в тканях и имеют короткий жизненный цикл. Их биологическое действие реализуется в 3 основных направлениях:

- 1) действие на клетку, в которой они вырабатываются;
- 2) влияние на окружающие клетки;

3) воздействие на ткани, находящиеся на значительном отделении от места биосинтеза. Как известно, гормональная регуляция в организме происходит с участием циклического аденозин-3,5-монофосфата (цАМФ).

Поэтому, простагландины, влияя на биосинтез цАМФ, усиливают или ослабляют действие гормонов на клетки. В тоже время сами простагландины не относятся к истинным гормонам, поскольку не выделяются железами внутренней секреции. Синтетические простагландины стимулируют образование собственных, поэтому их действие физиологично и безопасно.

Мизопростол (сайтотек) является аналогом простагландина E. Вызывает регулярные сокращения матки при пероральном введении 200-600мкг. Побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта выражены относительно слабо (8). Широко применяется в целях профилактики язвы желудка у пациентов, пролечиваемых нестероидными противовоспалительными препаратами. Приводит к размягчению и дилатации шейки матки. Подавляет выработку кислоты в желудке, защищает слизистую. Механизм действия:

- ишемия плацентарной площадки;
- повреждение эмбриональных сосудов; -вызывает аборт при сроке до 24 недель;
- лечение атонии матки; -созревание шейки матки при подготовке к хирургическому аборту.

В нашей клинике всем больным при поступлении назначалось с целью коагулопатического кровотечения наряду с применением простагландина внутривенно-капельное введение аскорбиновой кислоты 5%-8,0 на 0,9%- 200мл физиологического раствора, Витамин группы В- 2,0 в\м. Кальций хлор 10%-10,0 в\в струйно, антибактериальная терапия, низкомолекулярный антикоагулянт прямого действия Эноксипарин натрия в дозе 0,4мл.

Эноксипарин способствует усилению биологического действия естественного ингибитора АТ 3.

В присутствии эноксипарина реакция тромбин-фибриноген приводит к образованию фибринового сгустка измененной структуры, что облегчает его последующий фибринолиз.

Применяли Мезопростол в нашей клинике для прерывания в 1 триместре по следующей схеме

-Мизопростол по 200мг (1табл) под язык через каждые 2 часа три раза, всего 600мг (3 табл).В случае неполного самопроизвольного аборта применялся мануальный вакуум аспиратор.

В послеабортном периоде продолжалась антибактериальная терапия, при необходимости применялись препараты способствующие сократительной деятельности матки (Окситоцин, мизопростол), витаминотерапия.

Все больные выписаны на 2-3 сутки. Рекомендовано – повторная явка через месяц на повторный анализ на носительство TORCH -инфекции, АФС (антифосфолипидный синдром).

ВЫВОДЫ.

Наши наблюдения показали, что при неразвивающейся беременности, наряду со снижением тонуса матки, имеют значения нарушения в системе гемостаза. Поэтому проведенная правильная терапия, а также примененный безопасный метод прерывания беременности с помощью синтетического мизопростола в настоящее время является наиболее эффективным методом прерывания беременности. Он позволяет снизить риск и тяжесть маточного кровотечения и развития воспалительных процессов.

Литература:

1. Назирова М.У., Каттаходжаева М.Х. «Эффективность применения мизопостола в целях прерывания беременности в ранних сроках» Журнал «Неврология» Ташкент 2002г.№2 С.40-43
2. Назирова М.У., Каттаходжаева М.Х., Ходжаева Ш.Ш. «Влияние различных методов прерывания беременности на состояние репродуктивного здоровья женщины». Журнал «Вестник врача общей практики» Ташкент №3 2003г.С.241-244.
3. Назирова М.У., Каттаходжаева М.Х. «Эффективность применения простагландина Е1-мизопостола в прерывании неразвивающейся беременности» Журнал «Теоретической и клинической медицины» Ташкент №1 2003г.С 51-55.
4. Назирова М.У., Каттаходжаева М.Х. «Ривожланмай колган хомиладорликни тухтатиш усулларини киёсий бахолаш» Журнал « Патология» Ташкент №1 2004г. С 65-68.
5. Назирова М.У., Каттаходжаева М.Х. « Состояние иммунной системы при неразвивающейся беременности с применением простагландинов» .Журнал «Теоретической и клинической медицины» Ташкент №1 2005г.С 63-67.
6. Назирова М.У., Каттаходжаева М.Х. «Значение показателей системы гемостаза в прогнозировании тромбгеморрагических осложнений при неразвивающейся беременности» Журнал « Патология» Ташкент №1 2005г. С 52-56.
7. Назирова М.У., Каттаходжаева М.Х. «Состояние иммунной системы при медикаментозном прерывании неразвивающейся беременности с применением простагландинов». Журнал «Теоретической и клинической медицины» Ташкент №4 2005г.С 110-114.
8. Каттаходжаева М.Х., Сулейманова Н.Ж., Назирова М.У. Аёллар репродуктив саломатлиги (электрон дарслик) Репродуктив саломатлик 08.12.2022 йил декабрь. DGU 20073Талабнома DGU 2022 6121.
9. Каттаходжаева М.Х., Кудратова Д.Ш., Назирова М.У. “Obstetrics” (электрон дарслик) ТДСИнинг 27.03.2024 й. АФ.107-сонли буйруғига асосан. №107-4.
10. Назирова М.У.” Изосерологическая несовместимость крови матери и плода. Патология неонатального периода. Учебное пособие. Ташкент “Mutafakkir” нашриёти 2023 й. 124-бет.
11. Назирова М.У.” Ҳомиладорлик ва экстрагенитал касалликлар “Mutafakkir” нашриёти 2024 й. 132-бет.
12. Беременность ранних сроков. От предавидарной подготовки к здоровой гестации \ под ред. В.Е.Радзинского, А.А. Оразмурадова.- 3-е издание, испр.и доп. М.Редакция журнала Status Praesens. 2021/-520с.
13. Сафарова Г.А., Игитова М.Б., Гуревич Н.Л. Эффективность прегвидарной подготовки женщин со sporadическим случаем неразвивающейся беременности \ \ Бюллетень медицинской науки. -2020.-№3- С.21-23.
14. Кулаков В.И., Сидельникова В.М. \ \Акуш.и гинеколог.// -1996 №4 -С.3-5.
15. Шишукова Н.А., Быкова О.А. \ \Акуш.и гинекол.// -2012 №1 С-20-22.
16. Nazirova, M. U., Kattakhodzhaeva, M. K., & Asilova, S. U. (2023). The state of bone mineral density of women in the perimenopausal period. British Medical Journal, 3(1).

17. Каттаходжаева, М. Х., & Назирова, М. У. (2022). ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, 3(4).
18. Асилова, С. У., Турлунова, Г. Н., Назирова, М. У., Юсупова, К. А., Назаров, Ж. Х., & Милушева, Р. Ю. (2012). ВЛИЯНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО ХИТОЗАНА НА ФОРМИРОВАНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ. ТАҶРИР ҶАЙЪАТИ, 24.
19. Назирова, М. У. (2005). Эффективность применения простагландинов в прерывании неразвивающейся беременности. Диссер. к. м. наук-2005 145с.
20. Asilova, S. U., Mirzaev, A., Nazarova, F. N., Nazirova, M. U., & Sh, U. G. (2023). RENABILITATION OF PATIENTS AFTER SURGERY WITH POST-COVID ASEPTIC NECROSIS OF THE FEMORAL HEAD. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 5(05), 72-85.
21. Назирова, М. У., Каттаходжаева, М. Х., & Асилова, С. У. (2023). КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ. ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, 4(1).
22. Каттаходжаева, М. Х., & Назирова, М. У. (2022). Параметры Гемостаза При Неразвивающейся Беременности. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 3(6), 482-492.
23. Назирова, М. У., Каттаходжаева, М. Х., & Асилова, С. У. (2023). РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА. ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, 4(3).

INNOVATIVE
ACADEMY