

ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОК С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ

Ахмедова А.Т., Мухитдинова Н.А.

Самаркандский государственный медицинский университет.

Аннотация: На протяжении почти полутора десятков лет достоверного ответа на вопрос об этиологии, причинно-значимых факторах не получено. Именно это актуализирует различные исследования и попытки предотвратить последующие НРБ, по сути дела, во всем мире. Не стал исключением и последний (октябрь 2018 г.) конгресс FIGO в Рио-де-Жанейро, где было отмечено отсутствие прорывных данных как о привычном невынашивании, так и о НРБ.

Ключевые слова: инфекция, факторы риска, хламидиоз, беременность.

Актуальность: На протяжении почти полутора десятков лет достоверного ответа на вопрос об этиологии, причинно-значимых факторах не получено. Именно это актуализирует различные исследования и попытки предотвратить последующие НРБ, по сути дела, во всем мире. Не стал исключением и последний (октябрь 2018 г.) конгресс FIGO в Рио-де-Жанейро, где было отмечено отсутствие прорывных данных как о привычном невынашивании, так и о НРБ.

Цель исследования: изучить особенности подготовки к беременности женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 70 пациенток, поступившие в родильный комплекс №2 г.Самарканда с диагнозом неразвивающаяся беременность на основании лабораторных данных и клинических результатов исследования. Возраст обследованных пациенток был от 20 до 35 лет, в среднем $22,7 \pm 3,5$ лет. Срок беременности от 4 до 22 недель.

Результаты исследования.

У всех женщин групп основной (n-30) и контрольной (n-30) исследование провели обследование на наличие вагинальных инфекций, факторов риска развития НБ (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз и др.), которые могут негативно сказываться на репродуктивном здоровье и способности вынашивать беременность.

Спектр репродуктивно-значимых инфекций включает в себя инфекции, которые могут оказывать влияние на репродуктивную систему и здоровье в целом, влияя на способность к зачатию, течение беременности и здоровье новорожденных. Генитальные инфекции могут быть одной из причин невынашивания беременности. В частности, хронический эндометрит, вызванный нарушением трансформации тканей эндометрия, может приводить к неразвивающейся беременности.

К репродуктивно-значимым инфекциям часто относят:

1. **Хламидиоз** (*Chlamydia trachomatis*) - может привести к воспалительным заболеваниям таза, бесплодию и внематочной беременности.
2. **Гонорея** (*Neisseria gonorrhoeae*) - также может вызвать воспалительные заболевания таза, бесплодие и угрожать нормальному течению беременности.
3. **Трихомониаз** (*Trichomonas vaginalis*) - ассоциируется с преждевременными родами и низким весом новорожденных при рождении.
4. **Вирус папилломы человека (ВПЧ)** - определенные типы ВПЧ могут привести к развитию рака шейки матки и других видов рака.
5. **Генитальный герпес** (*Herpes simplex virus* тип 1 и 2) - может привести к серьезным инфекциям у новорожденных, если инфекция передается от матери во время родов.

6. **ВИЧ/СПИД** - влияет на иммунную систему, может передаваться от матери к ребенку во время беременности, при родах или кормлении грудью.
7. **Сифилис** (*Treponema pallidum*) - может привести к мертворождению, преждевременным родам, врожденному сифилису у новорожденного.
8. **Микоплазмы и уреаплазмы** - могут вызывать урогенитальные инфекции, воспалительные заболевания таза, проблемы с зачатием и беременностью

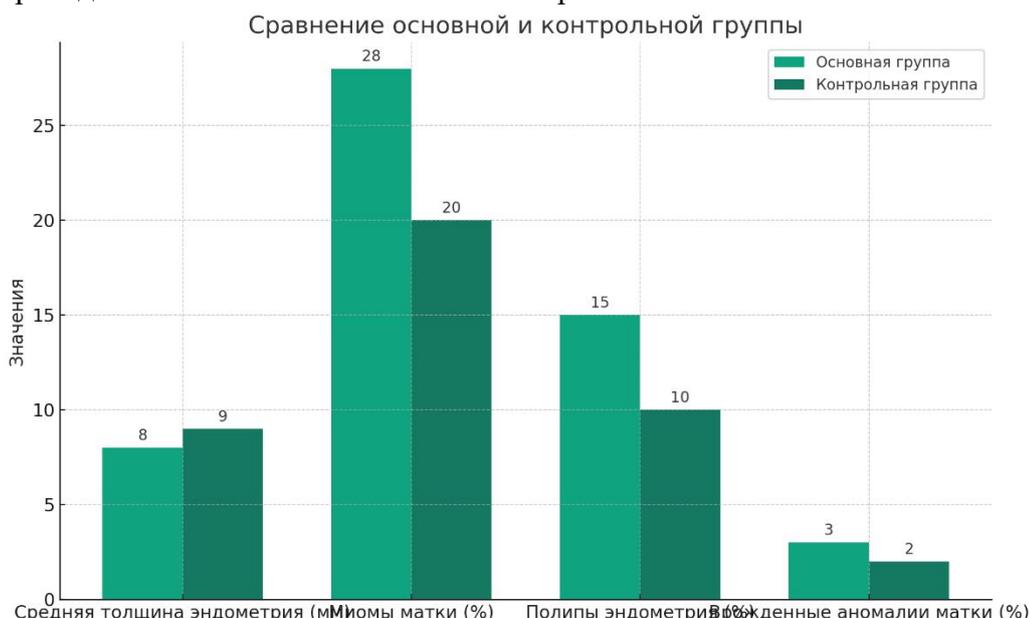
Таблица 1

Спектр репродуктивно-значимых инфекций (основной группы и контрольной группы) до лечения

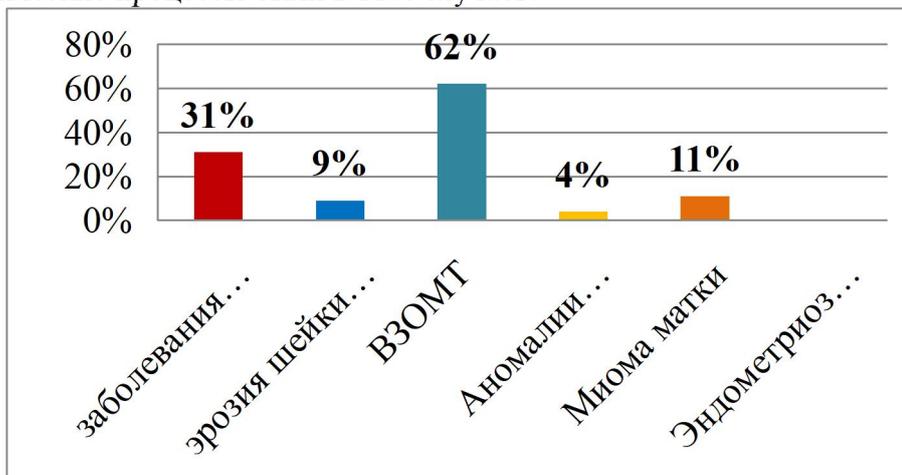
Инфекция	Основная группа (n-30)		Контрольная группа (n-30)	
	n	%	n	%
<i>Chlamydia trachomatis</i>	2	7%	4	11%
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	3	9%	2	8%
<i>Trichomonas vaginalis</i>	4	11%	2	8%
Herpes simplex virus	5	18%	3	11%
<i>Treponema pallidum</i>	2	7%	1	4,5%
Микоплазмы и уреаплазмы	7	20%	5	12,8%
<i>Candida alb.</i>	14	45%	10	34%

На графике представлено процентное соотношение инфекций в основной и контрольной группах. Можно заметить, что наибольший процент в основной группе наблюдается для инфекции *Candida albicans* (45%), в то время как в контрольной группе этот показатель составляет 34%. Микоплазмы и уреаплазмы также заметно выделяются в основной группе с 20% по сравнению с 12.8% в контрольной группе.

После определения степени частоты лечение вагинальных инфекций подготовку к беременности проводили на основании клинического протокола



Из анализа гинекологической патологии, выявленной на УЗИ, заболевания шейки матки в 31% случае, эрозия шейки матки была в 9%, ВЗОМТ в 62%, аномалии матки были у 4%, гиперпластические процессы были в 11% случаев.



Изменение в свёртывающей системе крови

При неразвивающейся беременности наблюдаемые изменения в показателях свёртывающей системы крови могут отражать как гиперкоагуляцию (состояние повышенной свёртываемости крови), так и активацию фибринолитической активности. Важно помнить, что указанные ниже цифры являются приблизительными и могут варьироваться в зависимости от лабораторных стандартов и индивидуальных особенностей пациентов. Точную интерпретацию должен проводить медицинский специалист.

Показатели и их Возможные Изменения

1. **Фибриноген (норма: 2-4 г/л)**
 - При неразвивающейся беременности: может быть повышен до 6 г/л и выше, отражая активацию свёртывающей системы и воспалительный ответ.
2. **D-димер (норма: <0.5 мг/л FEU)**
 - При неразвивающейся беременности: может быть повышен значительно выше нормы, что указывает на активацию процессов тромбообразования и последующего фибринолиза.
3. **Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ, норма: 25-35 секунд)**
 - При неразвивающейся беременности: АЧТВ может быть как в пределах нормы, так и удлинено в случае нарушений в системе гемостаза.
4. **Протромбиновое время (PT, норма: 11-13.5 секунд) и Международное нормализованное отношение (INR, норма: 0.8-1.2)**

При неразвивающейся беременности: обычно остаются в пределах нормы, но могут изменяться в случае нарушений в свёртывающей системе.

Выводы. Воспалительные заболевания органов малого таза, в 49,7%, вульвовагиниты в 62,6% встречались у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе, что послужило ключевыми фактором развития неразвивающейся беременности;

Литература:

1. Andreeva M.V., Shevtsova E.P., Zabolotneva K.O., Lyutaya E.D., Sivko T.S. Modern view of the problem of missed abortion. Medical Herald of the South of Russia. 2021;12(3):6-11. (In Russ.) <https://doi.org/10.21886/2219-8075-2021-12-3-6-11>
2. Агаркова, И. А. (2010). Неразвивающаяся беременность: оценка факторов риска и прогнозирование (обзор). Медицинский альманах, (4), 82-88.
3. Айрапетов Д.Ю. Этиологические факторы привычного выкидыша. Акушерство и гинекология. 2011 г.; 8:102-5.
4. Бриль Д.Г., Андреева Д.Г. Многофункциональный аргумент. По материалам выступлений Л.И. Мальцевой и др. Статус Праэсенс; 2016 г.; 12:43-53.
5. Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Чернышов В.Н. Медицинская цитогенетика: учебное пособие. М.: МЕДПРАКТИКА-М; 2006. 300с
6. Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г. Патоморфологическая диагностика на ранних стадиях самопроизвольных выкидышей. СПб.: ГРААЛЬ; 1999. 96с.
7. Димитрова, В. И., Димитрова, Д. А., & Слюсарева, О. А. (2013). Повторится ли неразвивающаяся беременность? Программа действий. Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина, (5), 51-54.
8. Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Озерова Р.И. Неразвивающаяся беременность. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 144с.
9. Захарова Е.А., Селихова М.С. Замершая беременность: мнение профессионалов. Современные тенденции развития науки и технологий. 2015 г.; 8-3: 79-82.
10. Захарова Е. А., Селихова М. С. (2017). Соотношение клинических и социальных детерминант неразвивающейся беременности. Медицинский вестник Северного Кавказа, 12 (1), 58-60.
11. Кавальканте М.Б., Сарно М., Пейшото А.Б., Араужо Джуниор Э., Барин Р. Ожирение и привычный выкидыш: систематический обзор и метаанализ. Дж. Обстет. Гинеколь. Рез. 2019 год; 45(1): 30-8. <https://dx.doi.org/10.1111/jog.13799>.
12. Касикар И., Биньярди Т., Римке Дж., Алхамдан Д., Кондос Г. Выжидательное ведение самопроизвольного выкидыша в первом триместре: проспективная проверка «правила двух недель». Ультразвуковой акушер. Гинекол. 2010 г.; 35(2): 223-7. <https://dx.doi.org/10.1002/uog.7486>.
13. Корнацкая А.Г., Флаксемберг М.А., Трохимович О.В., Даниленко Е.Г., Биль И.А. Этиопатогенетические особенности неразвивающейся беременности. Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2015 г.; 1:42-50.
14. Корнацкая А.Г., Флаксемберг М.А., Трохимович О.В., Даниленко Е.Г., Биль И.А. Этиопатогенетические особенности неразвивающейся беременности. Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2015 г.; 1:42-50.
15. Коршунов М.Н., Коршунова Е.С., Кастрикин Ю.В., Даренков С.П. Мужской фактор бесплодия в аспекте невынашивания беременности. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2021 год; 3:78-82.