

ЭТИКО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОЦЕССОВ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПОВТОРНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Винникова С.В. (Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский университет), **к.м.н. Цечоева Л.Ш.** (Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский университет)

Научный руководитель – д.м.н., профессор Рухляда Н.Н.
(Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский университет)

Было проанализировано и опрошено 60 пациенток в гинекологическом отделении № 1 СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. На момент обращения у 33,3% срок беременности был 6/7 нед. 61,7% не состоят на учете в женской консультации.

Введение. Погибшее плодное яйцо занимает одно из важнейших мест среди невынашивания беременности, т.е. гибель эмбриона или плода на раннем сроке беременности с длительной задержкой его в полости матки. Удельный вес данной патологии в структуре репродуктивных потерь занимает 10-20%. Внутриутробная задержка погибшего плода или эмбриона сопровождается снижением сократительной функции матки и гемостатическими нарушениями в организме матери. В 75 % случаев в I триместре сначала наблюдается гибель плода, только затем появления симптомов угрозы прерывания беременности или выкидыша. Для данной патологии характерно отсутствие пролиферативных и метаболических процессов с участием клеточно - тканевых элементов плодного пузыря, по причине развития дистрофических и некротических изменений в нем. Главным клиническим признаком погибшего плодного яйца является стертая картина субъективных проявлений нарушения беременности на фоне стабилизации размеров матки и несоответствие сроку беременности. Причины развития погибшего плодного яйца многочисленны. Одно из первых мест занимают хромосомные aberrации. Аномальный кариотип находят 60-75 % случаев в материале соскоба из полости матки. До 30 % гормональные нарушения в организме женщины могут способствовать развитию погибшего плодного яйца. А также отводят определенную роль инфекционным агентам. У 52,5% пациенток с данной патологией выявляют с помощью ПЦР вирусно-бактериальную флору, в 20 % случаев моноинфекцию.

На сегодняшний день **главной проблемой** является то, что пациентки с погибшим плодным яйцом не обследуются, и не состоят на учете в женской консультации. Диагноз погибшее плодное яйцо ставят в основном по результатам УЗИ (по отсутствию сердцебиения у плода или отсутствию самого эмбриона в плодном пузыре) и уровню ХГЧ в крови. Чаще погибшее плодное яйцо развивается до 6/7 недель срока беременности. Пациентки в основном не обращаются в женскую консультацию на данном сроке беременности и если обращаются, то на сегодня появилась тенденция к уменьшению проведения у них ультразвукового исследования органов малого таза и назначения поддерживающей гормональной терапии. Кровь на ХГЧ берут при ранних сроках и смотрят ее в динамике для исключения внематочной беременности. Также не уделяют внимание влагалищной флоре, особенно у тех пациенток, у которых уже случилась данная патология. После опорожнения полости матки назначается антибактериальная терапия без определения инфекционного агента во влагалище. Крайне редко материал отвозится пациентками на генетическое и иммуногистохимическое исследование.

Основная часть. Нами было обследовано 60 пациенток с погибшим плодным яйцом. Большинство пациенток не обращались в женскую консультацию при подозрении на беременность и наличии положительного результата теста на ХГЧ. Для ранней диагностики патологии нужно проводить ультразвуковое исследование, гормональную терапию, особенно

у тех, у которых в анамнезе есть погибшее плодное яйцо и хронический эндометрит. У 61,7% пациенток было выявлено в анамнезе хотя бы одно погибшее плодное яйцо. Одним из достоверных методов исследования является ПЦР влагалищной микробиоты в режиме реального времени для выявления инфекционного агента, потому что у 63,3% пациенток до опорожнения полости матки наблюдался кольпит по результатам мазка на флору. Данный метод позволит в течение короткого времени провести качественный и количественный анализ состава флоры и в последующем корректировать лекарственными препаратами такие, как пробиотики и если необходимо антибактериальные препараты. 93,3 % женщин получали антибактериальную терапию без учета микробиоты, из них 20 % пациенток имели физиологический лейкоцитоз в крови и 16,7 % лейкоциты были в пределах нормы. 8,3 % пациентки отвозили материал соскоб на генетическое и иммуногистохимическое исследования.

Выводы. В связи с тем, что наблюдается тенденция к увеличению количества погибшего плодного яйца у женщин репродуктивного возраста, их необходимо наблюдать в женской консультации и нужно обязательно обследовать на ИППП, исследовать и контролировать биоценоз влагалища с помощью ПЦР в режиме реального времени, при необходимости провести его коррекцию. Обязательно пациенткам рассказывать о возможных причинах развития у них патологии и с целью рекомендации отправления их материала на генетическое и иммуногистохимическое исследования. Особое внимание должны заслуживать пациентки, имеющие в анамнезе 2 и более погибшего плодного яйца, с целью последующей диагностики причины развития данного диагноза. Также нужно пересмотреть необходимость назначения антибактериальных препаратов данной категории пациенток, потому что в последующем это может привести к изменению влагалищной флоры, и кишечной. С профилактической целью для исключения повторного развития погибшего плодного яйца рекомендуется применение пробиотика лактожиналь.

Винникова С.В. (автор)

Подпись

Рухляда Н.Н. (научный руководитель)

Подпись