

# ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

*Кухарчик Ю.В., Гутикова Л.В., Дорошенко Е.М.,  
Величко М.Г.\*, Шулика В.Р.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
\*УО «Гродненский государственный аграрный университет»

Невынашивание беременности (НБ) занимает одно из первых мест среди важнейших проблем практического акушерства. От 15 до 20% всех клинически диагностируемых беременностей заканчиваются спонтанным прерыванием, из них 75–80% в сроки до 12 недель [2, 3, 5].

В настоящее время разработан достаточно широкий арсенал мероприятий, однако идеального метода для благополучного развития беременности до сих пор нет. Способы, направленные на сохранение гестации, сводятся к воздействию на основное звено патогенеза [3, 4, 5].

По данным литературы, в этиологической структуре НБ выделяют генетические, анатомические, инфекционные, нарушения свертываемости крови, эндокринные и иммунологические факторы. При исключении вышеперечисленных причин, ведущих к потерям беременности, остается группа пациенток, генез самопроизвольного выкидыша которых представляется неясным, эти факторы называются идиопатическими [3].

Для лечения НБ в настоящее время предложено много средств и методов, но поиски новых видов лечения продолжаются, что свидетельствует о недостаточности существующих. В литературе широко описано применение средств патогенетического воздействия, то есть проведение симптоматической терапии.

Большое значение в ведении пациенток с повышенным риском невынашивания имеют охранительный режим, психотерапия, применение седативных средств. Однако при проведении лечебных мероприятий необходимо учитывать возможность вредного воздействия на плод многих медикаментозных средств.

В лечении пациенток с угрозой НБ обязательной является терапия, направленная на снижение возбудимости матки. При наличии гипофункции яичников, недостаточности эндометрия, при различных эндокринных нарушениях беременным женщинам следует проводить соответствующую гормональную терапию.

Принимая во внимание тот факт, что в патогенезе преждевременного прерывания беременности определенная роль принадлежит повышению сократительной деятельности матки, то в лечении заметную роль необходимо отводить лекарственным средствам, понижающим ее возбудимость. К таким препаратам относят спазмолитические средства (но-шпа, папаверин, баралгин и др.), сернокислую магнезию. Наряду с лекарственными средствами для сохранения беременности широко используются и физиотерапевтические методы. Для стимуляции симпатических отделов центральной нервной системы показаны эндоназальный электрофорез с витамином В1, который понижает тонус гладкой мускулатуры. Применяются также эндоназальная гальванизация, электрофорез сульфата магния (синусоидальные модулированные токи). Магний снижает чувствительность миометрия к окситоцину и повышает содержание в гипофизе пептидов, которые подавляют синтез окситоцина; кроме того, в присутствии ионов магния резко понижается реакция миометрия на простагландины. Вышеперечисленные методы физиотерапии целесообразно применять в сроке беременности более 8 недель.

При угрозе НБ из седативных средств показан прием пустырника, валерианы, корвалола. Женщинам с гипофункцией яичников показана гормональная терапия. С учетом неполноценности эндометрия и трофобласта этим беременным в первую очередь необходимы эстрогены, так как они усиливают обмен веществ в эндометрии, гликолиз, выработку прогестерона, переход андрогенов в гестагены. При недостаточности лютеиновой фазы показан прием дидрогестерона.

У женщин с гиперандрогенией надпочечникового генеза проводится терапия дексаметазоном или преднизолоном. Подбор доз производится индивидуально под контролем гормональных параметров. Если высокое содержание кетостероидов выявлено до наступления беременности, лечение начинают до

планируемой беременности с последующим проведением терапии в течение всей беременности и в послеродовом периоде. Если во время беременности показатели кетостероидов нормализуются, терапию все равно продолжают, но при минимальной дозировке.

Таким образом, не вызывает сомнений тот факт, что к настоящему времени накоплен значительный опыт, касающийся вопросов лечения и профилактики НБ. Несмотря на наличие биологических, физических, гормональных и фармакологических средств для коррекции самопроизвольного прерывания гестации, все препараты, применяемые самостоятельно, оказываются недостаточно эффективными. По нашему мнению, только комплексная терапия, направленная на сохранение беременности может достичь необходимого эффекта.

Применение разработанного нами способа коррекции угрозы самопроизвольного прерывания беременности в I триместре, основанного на коррекции биологически активных веществ, таких как серотонин и его предшественник триптофан, в плазме крови и прогестерона в сыворотке крови позволяет дифференцированно подходить к выбору лечебной тактики в зависимости от концентрации вышеперечисленных веществ в крови [1].

Новые регуляторные подходы к решению проблемы НБ позволили сформировать обоснованную теоретически и апробированную практически комплексную стратегию эффективной коррекции угрозы самопроизвольного прерывания беременности, что имеет существенное значение для обеспечения полноценного формирования фетоплацентарного комплекса, пролонгирования беременности, снижения частоты репродуктивных потерь и улучшения демографической ситуации в Республике Беларусь.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Гутикова, Л.В. Метод коррекции угрозы самопроизвольного прерывания беременности ранних сроков (до 12 недель) / Л.В.Гутикова, Ю.В.Кухарчик, Т.Ю.Егорова // Инструкция по применению № 056 – 0412 утв. МЗ РБ 08.06.12. – 9 с.
2. Серов, В.Н. Гинекологическая эндокринология / В.Н.Серов, В.Н.Прилепская, Т.В.Овсянникова. - М: МЕДпресс-информ, 2005. - 528 с.

3. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности / В.М.Сидельникова. - М: Триада-Х, 2005. - 201 с.

4. Kalinka J., Szekers-Bartho J. The impact of dydrogesterone supplementation on hormonal profile and progesterone-induced blocking factor concentrations in women with threatened abortion Am. J of Reprod. Immunol 2005; 53: 1-6.

5. Kutteh, William H. Recurrent Pregnancy Loss / William H. Kutteh, Mary D. Stephenson // Clinical Gynecology. – 2006. – P. 797 – 802.

Репозиторий ГРГМУ