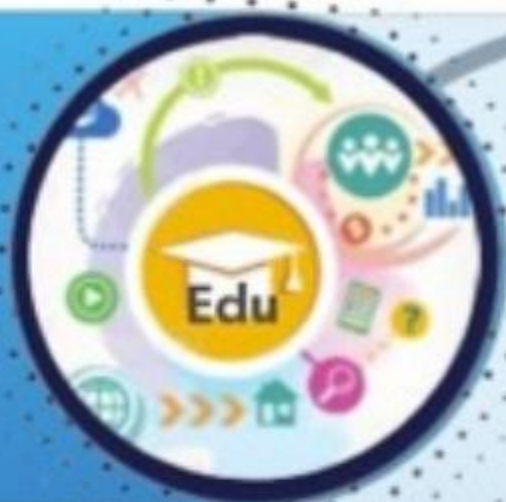




TASHKENT MEDICAL ACADEMY

100
TMA
ANNIVERSARY



Journal of Educational and Scientific Medicine



Issue 5 | 2025



OAK.UZ

Google Scholar

Science Education Commission of the Cabinet
Ministry of the Republic of Uzbekistan

ISSN: 2181-3175

**DIAGNOSTIC ALGORITHM FOR MISSED ABORTION.
NAVRUZOVA RA'NO SADIKOVNA – PHD, ASSOCIATE PROFESSOR
MAMAJONOVA NILUFAR SHAMSIDDIN QIZI – MASTER'S STUDENT
TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE.**

nilufarshamsiddinovna@gmail.com

ABSTRACT Introduction: Pregnancy, as a physiological condition, is a complex and insufficiently studied phenomenon. Even in a normal course, it involves major functional changes in almost all systems of the body, including the hemostasis system.

Materials and Methods: A clinical-instrumental analysis was carried out among 128 pregnant women diagnosed with missed abortion. Data from anamnesis, physical examination, ultrasound scanning, and fetometry were collected. The cohort was divided into a retrospective group (n=78) and a primary group (n=50). **Results:** Most common findings included the disappearance of subjective pregnancy signs (76.4%), uterine size lagging behind gestational age (70.5%), and echographic signs of placental and chorionic changes. In 37.2% of patients, the absence of symptoms did not preclude the diagnosis, which was established solely based on sonographic imaging.

Conclusion: The combination of ultrasound data with clinical evaluation enhances the accuracy of diagnosing missed abortion, particularly in asymptomatic cases. Early detection ensures timely intervention and prevents further complications.

Keywords: missed abortion, ultrasound, diagnosis, echography, obstetric pathology

**АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ.
НАВРУЗОВА РА'НО САДИКОВНА - ДОЦЕНТ К.М.Н.
МАМАЖОНОВА НИЛУФАР ШАМСИДДИН КИЗИ
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ.**

АБСТРАКТ.

Введение: Беременность, как физиологическое состояние организма, представляет собой сложный и недостаточно изученный феномен. Даже при физиологическом течении, беременность сопровождается перестройкой функции большинства органов и систем организма, в том числе таких важнейших, как система гемостаза.

Материалы и методы: Проведен клинико-инструментальный анализ 128 беременных женщин с подтвержденным диагнозом неразвивающейся беременности.. Изучены жалобы, акушерский анамнез, физикальные данные, результаты УЗ-исследования и фетометрии. Сравнение проведено между ретроспективной (n=78) и основной (n=50) группами.

Результаты: Наиболее часто диагностическими признаками служили исчезновение субъективных ощущений беременности (76,4%), несоответствие размеров матки гестационному сроку (70,5%), а также сонографические изменения плаценты и хориона. У 37,2% женщин отсутствие симптоматики не исключало наличие патологии, которая была выявлена исключительно при ультразвуковом обследовании. **Заключение:** Интеграция ультразвуковой диагностики с оценкой анамнестических и клинических данных позволяет установить диагноз неразвивающейся беременности даже при бессимптомном течении. Своевременное выявление данной патологии способствует профилактике осложнений и выбору рациональной тактики ведения.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, ультразвук, диагностика, эхография, акушерская патология.

**RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIKNI DIAGNOSTIKA QILISH ALGORITMI.
NAVRUZOVA RA'NO SADIKOVNA – T.F.N., DOTSENT
MAMAJONOVA NILUFAR SHAMSIDDIN QIZI – MAGISTRATURA TALABASI.
TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI.**

ABSTRAKT.

Kirish: Homiladorlik fiziologik holat sifatida murakkab va yetarlicha o'rganilmagan hodisadir. Hatto normal kechgan taqdirda ham, homiladorlik organizmning ko'plab muhim tizimlari, xususan, gemostaz tizimida chuqur funksional o'zgarishlarga olib keladi.

Materiallar va usullar: Rivojlanmagan homiladorlik tashxisi qo'yilgan 128 nafar ayol klinik va instrumental jihatdan tahlil qilindi. Bemorlardan anamnez, klinik ma'lumotlar, UTT va fetometriya natijalari yig'ildi. Tadqiqot retrospektiv (n=78) va asosiy (n=50) guruhlarda olib borildi.

Natijalar: Eng ko'p uchragan belgilar — homiladorlikka xos belgilar yo'qolishi (76,4%), bachadon o'lchamining gestatsion muddatdan kichikligi (70,5%) va UTT orqali aniqlangan xorion va platsenta o'zgarishlari bo'ldi. 37,2% holatda klinik belgilar yo'qligiga qaramay, patologiya faqat ultratovush tekshiruvi asosida aniqlangan.

Xulosa: Ushbu patologiyani erta aniqlash uchun klinik va anamnestik ma'lumotlarni UTT bilan birgalikda baholash zarur. Bu yondashuv asoratlarning oldini olish va to'g'ri davolash taktikasini tanlash imkonini beradi.

Kalit so'zlar:

rivojlanmagan homiladorlik, UTT, diagnostika, echografiya, akusherlik patologiyasi

Одной из серьезных причин развития акушерских кровотечений до настоящего времени является неразвивающаяся беременность [1]. При задержке мертвого плода в матке околоплодные воды, ткани плаценты и самого плода – т.е. ткани аутолиза, оказывают пагубное влияние на гемостаз матери, что проявляется в развитии синдрома ДВС крови и появления профузного коагулопатического кровотечения при удалении и после удаления мертвого плода из полости матки. Частота этого осложнения, по данным литературы, составляет $4,0 \pm 19,6\%$ и четко коррелирует с длительностью пребывания мертвого плода в матке [3;4].

Таким образом, у женщин с НБ и длительным (более 4-6 недель) пребыванием мертвого плода в матке, развивается подострая форма СДВС, т.е. коагулопатия потребления, высок риск гемморагических осложнений, в связи с чем необходима коррегирующая терапия с целью восстановления активности плазменных факторов, функционального состояния тромбоцитов. Таким образом, динамическое наблюдение за системой гемостаза у женщин с НБ и патологически

обоснованная терапия, позволяет избежать кровотечения во время и после выскабливания полости матки (Султанов С. Н. с соавт.).

Причины НБ разнообразны, но в первом триместре наибольшее значение имеют генетический, инфекционный, эндокринный и аутоиммунный факторы [3]. В половине случаев беременность прерывается из-за хромосомных нарушений при образовании эмбриона. Чаще возникают ситуации, когда в результате нарушения овогенеза или сперматогенеза возникают клетки с утраченной или лишней хромосомой. Причинами этому могут быть хронический стресс, курение, употребление наркотиков, алкоголя, экологически неблагоприятные ситуации, а также внутренние факторы: наличие в организме матери или отца генов - небольших участков хромосом, - предрасполагающих к нерасхождению хромосом в процессе формирования половых клеток. А когда формируется генетически неполноценный зародыш, по законам естественного отбора организм матери пытается избавиться от него [5].

Второй по частоте причиной НБ ранних сроков является инфекция, которая может быть как острой, так и хронической [5]. Значение имеет и вирусная (цитомегаловирус, вирус простого герпеса, вирусы Коксаки А и В, энтеровирусы) [5], бактериальная (стрептококки, стафилококки, гонококки) инфекции и ИППП (хламидии, [4;5] микоплазмы [3], уреаплазмы [4]) . Определенная роль в инфицировании отводится грибковой инфекции и бактериальному вагинозу [5].

Среди патологических состояний эндокринной системы, которые могут стать причиной НБ - гиперандрогения, гиперпролактинемия, синдром поликистозных яичников, нарушение функции щитовидной железы, ожирение или дефицит массы тела [5].

Раньше различные иммунологические причины самопроизвольного прерывания беременности относили к необъяснимым. С развитием науки у данной категории пациенток стали обнаруживать антитела к собственным тканям и тканям малыша. К этой группе причин можно отнести наличие антифосфолипидного синдрома, антител к ХГ, иммунологическую несовместимость матери и отца ребенка. Причиной гибели плодного яйца при данной патологии может стать повышенное тромбообразование в сосудах; оно наблюдается при антифосфолипидном синдроме, когда вырабатываются антитела против собственных фосфолипидов, которые составляют основу клеточных стенок. Это приводит к нарушению питания плода и его гибели вследствие образования тромбов в сосудах плаценты. К печальному исходу может также привести образование в организме матери защитных антител к тканям плода [5].

Все беременные женщины с НБ направлялись для обследования и прерывания беременности в гинекологическое отделение 4-ГКБ имени И. Иргашева. У всех обследованных в анамнезе отсутствовали указания на наследственные и аллергические заболевания, острые и хронические инфекционные заболевания. В момент обследования женщины не болели гриппом, ангиной и другими острыми респираторными заболеваниями.

Особенности клинического течения неразвивающейся беременности проанализированы на основании жалоб и объективных исследований 129 больных, из них 78 женщин составили ретроспективную 1 группу и 50 пациенток 2 основную группу.

Частота неразвивающейся беременности в зависимости от срока гестации была выявлена в I триместре беременности у 82 (63,6%) женщин и во II триместре гестации у 47 (36,4%). Таким образом, неразвивающаяся беременность выявлена почти в два раза чаще в первом триместре, чем во втором.

Анализируя данные генеративной функции у обследованных женщин, мы получили следующие данные. В ретроспективной группе первобеременных было - 26 (33,3%) женщины, повторнобеременных – 28 (35,9%), многорожавших – 24 (30,8%), а в основной группе, соответственно, первобеременных - 18 (36,3%), повторнобеременных - 25 (50,0%) и многорожавших - 7 (14,1%) из чего видно, что паритет не оказывал существенного влияния на развитие данной патологии (табл.1).

Таблица.1

Некоторые показатели генеративной функции обследованных женщин

Данные анамнеза	Ретроспективная группа (n=78)		Основная группа (n=50)	
Первобеременные	26	33,3±5,3	18	36,3±6,7
Повторнобеременные	28	35,9±5,4	25	50,0±7,0
Многорожавшие	24	30,8±5,2*	7	14,1±5,1

Примечание: * - достоверно по сравнению с данными ретроспективной группы ($P<0,05$)

При поступлении в стационар 30 (38,5%) женщин из ретроспективной группы жалоб не предъявляли, 26 (33,3%) – отмечали тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения из влагалища различной степени – наблюдались у 12 (15,4%) женщин. Субъективные признаки беременности исчезли у 44 (56,4%) женщин, они отмечали отсутствие шевеления плода в ожидаемый срок и ухудшение общего самочувствия. Размеры матки меньше срока беременности 62 (79,5%).

Аналогичные данные наблюдались и в основной группе, т.е. боли внизу живота отмечались у 17 (33,3%) женщин, кровянистые выделения из половых путей у 19 (37,2%), субъективные признаки беременности исчезли у 24 (47,1%) женщин. Размеры матки меньше срока беременности 30 (58,8) (табл..2).

Срок беременности определяли на основании данных анамнеза (первый день последней менструации, дата первого шевеления плода), бимануального и наружного исследования (величина матки, высота стояния её дна, окружность живота) и при необходимости производили коррекцию срока беременности.

Таблица.2

Основные клинические симптомы неразвивающейся беременности

Симптомы	Ретроспективная группа (n=78)	Основная группа (n=50)	Всего (n=128)
----------	--------------------------------	------------------------	---------------

	абс	%	абс	%	абс	%
Жалоб нет	30	38,5±5,5	15	29,4±6,4	45	34,9±4,2
Боли внизу живота	26	33,3±5,3	17	33,3±6,6	43	33,3±4,2
Кровянистые выделения	12	15,4±4,1	19	37,3±6,8*	31	24,0±3,8
Боли + кровянистые выделения	10	12,8±3,8	11	21,6±5,8	21	16,3±3,3
Размеры матки:						
- меньше срока беременности	62	79,5±4,6	30	58,8±6,9*	92	71,3±4,0
- соответствует сроку беременности	16	20,5±4,6	20	39,2±6,8*	36	27,9±3,9
Субъективные признаки беременности:						
- имеются	20	25,6±4,9	19	37,3±6,8	39	30,2±4,0
- исчезли	44	56,4±5,6	24	47,1±7,0	68	52,7±4,4
- не было	14	17,9±4,3	8	15,7±5,1	22	17,1±3,3

Примечание: * - достоверно по сравнению с данными ретроспективной группы ($P < 0,05$)

Для уточнения гестационного возраста использовали метод ультразвуковой эхографии (при помощи аппарата сложного сканирования Sal 35A фирмы Toshiba (Япония), датчик с частотой 5 МГц), который является самым простым, доступным и достоверным методом диагностики. На основании величины КТР (крестово-теменного размера) или плодного яйца (среднее арифметическое из трёх взаимоперпендикулярных диаметров) устанавливали срок в первом триместре гестации.

Полученные нами данные при наружном и бимануальном а также по данным УЗИ исследованиях позволяли выявить меньшую по сравнению с предполагаемым сроком беременности величину матки в ретроспективной группе на 2 недели 32 (41,0%), на 2-4 недели 16 (20,5%), на 4-6 недель 24 (30,8%) и более 6 недель 6 (7,7%).

В основной группе эти данные выражались в следующем: задержка развития внутриутробного плода на 2 недели 22 (43,1%), на 2-4 недели 15 (31,4%), на 4-6 недель 10 (19,6%) и более 6 недель 3 (5,9%) (табл. 3.3).

Таблица.3

Сроки задержки развития внутриутробного плода

Задержка развития плода в неделях	Ретроспективная группа (n=78)		Основная группа (n=50)	
	абс	%	абс	%

До 2 недель	32	41,0±5,6	22	43,1±6,9
2-4 недели	16	20,5±4,6	15	31,4±6,5
4-6 недель	24	30,8±5,2	10	19,6±5,6
Более 6 недель	6	7,7±3,0	3	5,9±3,3

Для лучшей визуализации матки и её содержимого в I триместре беременности использовали методику наполненного мочевого пузыря. Особенный интерес представляет диагностика неразвивающейся беременности в I триместре, преимущественно до 7-8 недель, так как при этом имеются значительные трудности.

Выявление неразвивающейся беременности ещё задолго до появления клинической симптоматики имеет важное практическое значение.

Для установления срока беременности во II триместре использовали данные фетометрии (бипариетальный размер головки плода, средний диаметр грудной клетки, средний диаметр живота, величину бедра плода). Сопоставляя данные объективного обследования и ультразвукового сканирования, устанавливали окончательный срок беременности.

Итак, решающее значение в диагностике неразвивающейся беременности имеет УЗИ исследование с плодом.

Таким образом, на основании жалоб и объективных данных анамнеза, можно выделить основные симптомы неразвивающейся беременности: на I месте стоит – исчезновение субъективных симптомов беременности – 76,4%; на II месте уменьшение размеров матки соответственно сроку беременности – 70,5% и на III месте – симптомы угрожающего и начавшегося выкидыша – 18,8%, сопровождающиеся болями, мажущими кровянистыми выделениями из половых путей.

Все же необходимо отметить, что в 37,2% случаев диагноз неразвивающейся беременности устанавливается при отсутствии симптомов во время УЗИ исследования. Это подтверждает необходимость УЗИ исследования в I триместре беременности для ранней диагностики этой патологии.

Необходимо отметить, что в 70,0% случаев при сроке беременности с 7 до 12 недель мы наблюдали наличие четких эхопризнаков характерных для эхокартины хориона. Хориальная пластинка в норме визуализируется, как эхопозитивное образование в виде пластины, децидуальная прослойка не выражена, толщина её соответствует сроку беременности. При неразвивающейся беременности, как правило, хориальная пластинка выглядит неоднородной с очагами понижения эхо, локальным истончением или утолщением его, практически всегда наблюдаются его отслойки, чаще всего по краям. Обращает на себя внимание наличие гипозоногенной зоны толщиной 2-4 мм в зоне плацентации, соответствующей базальной и парабазальной пластинке, формирующегося децидуа.

Очевидно, это и есть результат воспалительных изменений хориона и децидуа. В 32,9% случаев характерным для более ранних сроков до 7 недель беременности мы обнаружили нарушение формирования хориальной пластинки. При этом хориальная пластинка и место её локализации чётко не визуализировалось.

Более выраженные изменения в плаценте мы обнаружили во II триместре беременности. Эти изменения также были характерны для воспалительной реакции, т.е. сформировавшегося плацентита. При этом наблюдалось неравномерное локальное утолщение плаценты, как признак его гипертрофии, местами наоборот, утончение плаценты с выраженными гипоехогенными зонами, характеризующими выраженный отёк, стаз крови, нарушение процессов созревания плаценты и, практически во всех случаях, визуализировалась утолщенная базальная пластинка, неравномерное ее утолщение от 4 до 6 мм, расширение межворсинчатого пространства, которое часто имеет неправильную форму, нередко краевую частичную его отслойку плаценты. В зависимости от давности пребывания мертвого плода в полости матки эти изменения с арифметической прогрессией становились более выраженными. Наряду с этим отмечается снижение количества вод, наличие в них хлопьевидных включений.

Изменения со стороны плода, также были демонстративными в зависимости от давности нахождения мертвого плода в полости матки: общая гипоехогенность внутренних органов плода, их неоднородность, диастаз костей черепа наблюдался реже, чаще мы отмечали захождение костей черепа друг на друга.

Эхокартина самой матки характеризовалась в две третьей случаев без локальных утолщений, что свидетельствует о снижении его тонуса. В остальных случаях наблюдалось локальное утолщение миометрия, что совпало с клиническими явлениями угрозы выкидыша.

Таким образом, решающим значением для постановки диагноза неразвивающейся беременности являются изучение субъективных ощущений женщин, наружное бимануальное и обязательное УЗ исследование. Обращает на себя внимание, что в подавляющем большинстве случаев, при неразвивающейся беременности при УЗИ исследовании выявляются эхо признаки, характерные для плацентита, внутриутробного инфицирования плода, который приводит к его гибели.:

Список литературы:

- [1] Неразвивающаяся беременность: этиопатогенез, диагностика, лечение Манухин И. Б., Крапошина Т. П., Манухина Е. И., Керимова С. П., Испас А. А. 2018
- [2] Clinical-diagnostic and pathogenetic aspects of non-developing pregnancy Bragina T.V., Petrov Yu.A., Arndt I.G., Evdokimova E.P., Chernavsky V.V. 2020
- [3] Лобанова Е.Н., Комзин К.В., Соловьева М.И., Воронина А.Ю., Ахременко Я.А., Иллорова В.И. Особенности микробиоценоза влагалища при различных клинических вариантах невынашивания беременности. *Акушерство, Гинекология и Репродукция*. 2019;13(1):13-19.
- [4] Modern view of the problem of missed abortion M.V. Andreeva, E.P. Shevtsova, K.O. Zabolotneva, E.D. Lyutaya, T.S. Sivko 2021
- 5] Predictors of late spontaneous miscarriage: new aspects of an old problem: A review Tatyana V. Rachenkova*, Yuliia A. Dudareva 2021