

Изобретение относится к области медицины, в частности, акушерству и может быть использовано для лечения женщин, страдающих различными формами привычного невынашивания и угрозы прерывания беременности.

Невынашивание беременности и угроза ее прерывания являются одним из наиболее частых видов акушерской патологии. По данным Всесоюзной организации здравоохранения этот показатель составляет от 10 до 25% в общей популяции беременных.

Наиболее близким по технической сущности является способ лечения привычного невынашивания беременности, заключающийся в трансплантации под кожу паховой области свежего кожного лоскута, полученного во время гинекологической операции от донора.

При определении иммунного статуса ниже нормы трансплантацию повторяют.

Однако, использование биотрансплантата от донора не всегда позволяет получить полагаемый эффект от проводимого лечения в силу наличия у донора с беременной общих антигенов, что повышает направленность иммунологических реакций на отторжение плодного яйца. Кроме того, чужеродный кожный лоскут обладает высокой сенсибилизирующей активностью и часто вызывает воспалительные процессы в области имплантата (нагноения, гематомы). Это приводит к отторжению имплантата, что в свою очередь снижает эффективность лечения и гарантирует показатель рождаемости живых доношенных детей всего лишь 92,4%.

В основу изобретения поставлена задача усовершенствовать способ лечения невынашивания беременности путем использования нетрадиционных имплантатов, которые оказывают воздействие на различные звенья иммунологической системы беременной, снижая реакцию отторжения плода, что приводит к повышению вероятности вынашивания жизнеспособного ребенка.

Поставленная задача решается тем, что в способе лечения невынашивания беременности путем имплантации под кожу паховой области тканевого лоскута, согласно изобретению, имплантатом является консервированная ксеноткань с предварительным введением гормональных препаратов, спазмолитиков и витамина Е.

Развитие в организме беременной плода ведет к определенным изменениям в различных звеньях иммунной системы. Плод в организме женщины рассматривается как аллотрансплантат, то есть антиген.

В случае недостаточных антигенных отличий между матерью и плодом, а также при наличии патологических изменений в иммунной системе, преобладающими в организме беременной становятся реакции иммунологического отторжения плода. Одним из путей преодоления реакции отторжения плода является имплантация консервированной ксеноткани, полученной по методике (В.Л. Филатова, 1948). Консервированная ксеноткань относится к арсеналу средств, обладающих высокой антигенной активностью, которая позволяет создать в организме беременной более высокий уровень чужеродных антигенов, а значит изменить направленность иммунологических реакций женщины на сохранение беременности.

Способ лечения осуществляют следующим образом. После получения клинических и лабораторных признаков наличия угрозы прерывания беременности, женщинам проводят лечение гормональными препаратами, спазмолитиками и витамином Е в течение трех-шести дней, после чего производят имплантацию консервированной ксеноткани. Сначала кожу женщины в подвздошной области обрабатывают антисептиками, затем производят местную инфильтрационную анестезию участка кожи и подкожной клетчатки площадью 25 - 30 кв.см. Одновременно скальпелем делают надрез длиной 1 - 1,5 см, через который в глубокие слои подкожно-жировой клетчатки вводят троакар. Через отверстие трубки троакара в подкожную клетчатку имплантируют консервированную ксеноткань весом 1 - 1,5 г. Трубку троакара извлекают. На рану накладывают лигатуру. Состояние женщины контролируют путем кольпоцитологического исследования и клинических данных. При появлении признаков угрозы прерывания беременности имплантацию ксенотканью повторяют через 2 - 3 месяца.

Сущность заявляемого способа поясняется следующими примерами:

Пример 1. Больная Я., 35 лет, клинический диагноз: беременность VII, 9 недель, угроза прерывания. Привычное невынашивание. В анамнезе 6 самопроизвольных выкидышей в различные сроки. В течение 4 - х дней проведена гормональная терапия с помощью прогестерона (1% - 1,0 в/м), витамина Е 150 мг и Но-шпы (2,0 в/м 2 р. в день). Затем кожу женщины в подвздошной области обрабатывают антисептиками и производят местную инфильтрационную анестезию участка кожи и подкожной клетчатки площадью 25 - 30 кв.см. Одновременно скальпелем делают надрез длиной 1 - 1,5 см, через который в глубокие слои подкожно-жировой клетчатки вводят троакар. Через отверстие трубки троакара в подкожную клетчатку имплантируют консервированную ксеноткань весом 1 - 1,5 г. Трубку троакара извлекают. На рану накладывают лигатуру. Через 4 дня после имплантации ткани уменьшились клинические признаки угрозы прерывания беременности и женщина выписана из стационара. Через 7 дней после выписки из стационара кольпоцитологическое исследование показало отсутствие признаков прерывания беременности. За время беременности в связи с появлением симптомов угрозы прерывания беременности произведены повторные имплантации консервированной ксеноткани в сроки 19 и 28 недель с предварительным введением спазмолитиков, гормональных препаратов и витамина Е. Беременность закончилась рождением доношенного мальчика в 40 недель.

Пример 2. Больная П., 40 лет, диагноз: беременность V, 12 недель, угроза прерывания. Привычное невынашивание. в анамнезе внематочная беременность, бесплодие 9 лет. 3 самопроизвольных выкидыша. Через 3 дня после поступления в стационар на фоне проводимого лечения прогестероном (1% - 1,0 в/м), витамином Е - 150мг и Но-шпой (1т × 3р/д), произведена имплантация консервированной ксеноткани. Имплантацию проводили по вышеизложенной методике. Через 5 дней после имплантации клинические проявления угрозы прерывания беременности прекратились, больная выписана из стационара. Кольпоцитологическое исследование, проведенное через 6 дней после выписки из стационара, показало отсутствие признаков угрозы прерывания беременности. В сроке 28 недель появился симптом угрозы прерывания беременности, в течение 4 - х дней проведена гормональная терапия с помощью прогестерона (1% - 1,0в/м), витамина Е - 150мг, Но-шпы (2,0в/м 2р. в день), а затем произведена повторная имплантация ксеноткани по вышеизложенной методике. Роды произошли в срок, родилась живая доношенная девочка.

Пример 3. Больная В., 27 лет, диагноз: беременность III, 6 недель, угроза прерывания. Привычное невынашивание. В анамнезе 9 лет назад самопроизвольный выкидыш, после чего больная лечилась по поводу бесплодия. Во время стационарного лечения по поводу угрозы прерывания беременности в сроке 6 недель, больной произведена сохраняющая терапия в течение 5 дней прогестероном (1% - 1,0в/м), фолликулином (3т.ед. в/м), Но-шпой (1т. × 3р/д), а затем произведена имплантация консервированной ткани по вышеизложенной методике. В 16 недель беременности больная вновь поступила по поводу угрозы прерывания. Больной была проведена сохраняющая терапия с применением гормональных препаратов, спазмолитиков, витамина Е, однако от имплантации консервированной ксеноткани женщина отказалась. Беременность замерла, произошел самопроизвольный выкидыш. При последующей беременности в связи с угрозой прерывания на фоне проводимой сохраняющей, терапии прогестероном (1% - 1,0в/м), витамином Е - 150мг, платифилином (1,0в/м, 3р/д), через 3 дня после поступления в стационар произведена имплантация консервированной ксеноткани по вышеизложенной методике. Больная выписана из стационара на 8 - е сутки без клинических проявлений угрозы прерывания беременности. Однако, за время беременности в сроке 44, 22 и 30 недель больной проведена сохраняющая терапия с применением гормональных препаратов, спазмолитиков и витаминов, а также производилась имплантация консервированной ксеноткани по вышеизложенной методике. Роды произошли в срок. Родился живой, доношенный мальчик.

Пример 4. Больная Н., 20 лет, диагноз: беременность первая, 9 недель, угроза прерывания. Проводилась терапия, лечение прогестероном (1% - 1,0в/м), фолликулином (3т.ед. в/м), Но-шпой (1т. × 3р/д), витамином Е. На фоне проводимой терапии на 6 - е сутки произведена имплантация консервированной ксеноткани. Клинические проявления угрозы прерывании беременности прекратилась на 4 - е сутки после имплантации консервированной ксеноткани по вышеизложенной методике, после чего больная выписана из стационара. Кольпоцитологические исследования на 5 - е сутки после выписки из стационара показали отсутствие признаков угрозы прерывания беременности. В период наблюдения за женщиной, в сроке 25 недель беременности произведена повторная имплантация консервированной ксеноткани. Роды в срок, родился живой, доношенный мальчик.

Авторами проведена апробация заявленного способа у 37 женщин, страдающих различными формами невынашивания беременности. У 36 женщин (97,3%) беременность закончилась рождением живых доношенных детей. В одном случае беременность была прервана по медицинским показаниям в сроке 25 недель вследствие тяжелого токсикоза, не поддающегося лечению.

Предлагаемый способ позволил снизить перинатальную смертность плода и тем самым повысил число родов жизнеспособным плодом в 97,3% случаев.

Использование предлагаемого способа возможно в любых лечебных учреждениях акушерско-гинекологического профиля в силу доступности получения биотрансплантата и техники имплантации.