

ЭТИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Аманова А.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представлены результаты исследования 267 случаев у женщин с замершей беременностью. Определены периоды, когда наиболее часто замирает беременность. Выявлены причины и факторы риска замершей беременности.

Ключевые слова: замершая беременность, факторы риска, гистологическое исследование плодного яйца.

ТҮЙҮЛДҮКТҮН ӨСПӨЙ КАЛЫШЫНЫН ЭТИОЛОГИЯСЫ ЖАНА КООПТУУ ФАКТОРЛОРУ

Аманова А.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада кош бойлуу 267 айымдардын түйүлдүктүн өспөй калышынын изилдөөлөрү көрсөтүлгөн. Кош бойлуулукта түйүлдүктүн өспөй калышынын көп кездешкен мезгилдери аныкталган. Түйүлдүктүн өспөй калышынын себептери жана кооптуу факторлору аныкталган.

Негизги сөздөр: түйүлдүктүн өспөй калышы, кооптуу факторлору, түйүлдүктү гистологиялык изилдөө.

ETIOLOGY AND RISK FACTORS OF MISSED ABORTION

Amanova A.M.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This paper presents results of research 267 cases of missed abortion. Set a period when the most frequently does not develop pregnancy. Reasons and risk factors are revealed.

Key words: missed abortion, risk factors, histological investigation of a gestational sac.

Актуальность.

Проблема репродуктивного здоровья, связанная с невынашиванием беременности является актуальной в Кыргызстане и во всем мире. Среди различных форм невынашивания особое место занимает замершая беременность (неразвивающаяся беременность, несостоявшийся выкидыш, «missed abortion», анэмбриония), т.е. внутриутробная гибель эмбриона или плода в сроке до 22 недель, не сопровождающаяся его самопроизвольным изгнанием из полости матки, с задержкой плодного яйца на неопределенно длительное время (ВОЗ). Частота данной патологии составляет около 10–20% [1,2].

Причины замершей беременности (ЗБ) многочисленны. Инфекционные причины встречаются наиболее часто [3,4]. Среди эндокринных причин к прерыванию беременности приводят гиперандрогения, гипер-пролактинемия, недостаточность лютеиновой фазы и заболевания щитовидной железы [5,6].

По некоторым данным генетические нарушения в I триместре составляют 80-90% [7,8]. Иммуные, аутоиммунные факторы, аномалии развития половых органов и тромбофилии также приводят к данной патологии. Тромбофилии это наследственные и приобретённые нарушения гемостаза, которые предрасполагают к образованию тромбозов. 30—50% пациенток имеют нарушения системы гемостаза. Известно, что через 2 – 3 недели развиваются коагулопатические нарушения и развивается подострая стадия ДВС синдрома [9]. Однако 15 – 20 % причин замершей беременности остается еще неизвестными. Перенесенная ранее ЗБ отрицательно сказывается на репродуктивной функции женщин, и у 27,4 % женщин отмечается привычное невынашивание [10].

Цель работы.

Изучить репродуктивный анамнез, особенности этиологии, эпидемиологии у женщин с замершей беременностью.

Материал и методы исследования.

Проведен ретроспективный анализ 267 историй болезни женщин, госпитализированных в гинекологическое отделение Ыссык – Атинскую территориальную больницу за 2012 – 2013 гг. с диагнозом: «Замершая беременность». Диагноз замершей беременности был установлен на основании результатов ультразвукового исследования, лабораторных (общеклинический, биохимический) и бактериологических методов исследования. Было также проведено гистологическое исследование абортного материала.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием электронных таблиц «Excel», пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

Результаты исследования и их обсуждение.

Возраст всех пациенток варьировал от 16 до 57 лет. 20 (7,4 %) женщин были в возрасте до 20 лет, 146 (54,6 %) – в возрасте 20 – 29 лет, 83 (31 %) – в возрасте 30 – 39 лет, 18 (6,7 %) – в возрасте 40 – 57 лет. В сельской местности проживали 193 (72 %) женщин, в городе 74 (27,7 %) пациенток. Среди обследованных 60 (22,4 %) были служащими, 200 (75 %) домохозяйками и 7 (2,6 %) учащимися. В зарегистрированном браке состояли 251 (94 %) женщина и 16 (6 %) женщин не были замужем. Прерывание беременности на I триместр приходилось 256 (95,8 %) и на II триместр 11 (4,1 %). Больше всего прерываний беременностей в I триместре, в среднем 6 ±

1,2 недель.

При поступлении в стационар предъявляли жалобы на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения 152 (57 %) женщин, на повышение температуры тела до 37,5°С – 6 (2,2 %), 25 (9,3 %) жалоб не отмечали. На учете состояли 10 (3,7 %) пациенток.

Анализ менструальной функции показал, что средний возраст менархе составил 13 ± 1,2 лет (12 – 16 лет), продолжительность менструального цикла составила 28,4 ± 2,0 дней, длительность менструации – 4,7 ± 0,9 дней (3 – 7 дней). Раннюю половую жизнь начали 107 (40 %) женщин. Акушерский анамнез был отягощен – 69 (25,8 %) женщин, выкидыши на ранних и поздних сроках – 8 (3 %), замершая беременность в анамнезе – 27 (10 %), повторная ЗБ – 2 (0,7 %), загиб матки – 4 (1,4 %), миома матки у 6 (2,2 %), двурогая матка – 1 (0,3 %), бесплодие – 1 (0,2 %), рубец на матке после кесарева сечения – 20 (7,4 %). Настоящая беременность была первой у 50 (18,7 %) пациенток, 97 (36,3 %) были рожавшими. Медицинские аборт в анамнезе у 96 (35,4 %) женщин.

У 70 % женщин беременность протекала с осложнениями: угроза прерывания беременности – 84 (31 %), кольпит – 6 (2,2 %), ОРВИ с повышением температуры – 3 (1,1 %), обострение герпетической инфекции – 1 (0,2 %), анемия – 62 (23,2 %).

Ультразвуковые признаки по типу анэмбрионии – 36 (13,4 %), замириания эмбриона – 196 (73,4 %), отслойки плодного яйца – у 35 (13 %). В 96 % случаев признаки неразвивающейся беременности диагностированы до 12 недель беременности, в 2,6 % – во втором триместре беременности. Воспалительные изменения в клиническом анализе крови обнаружены в 26 (9,7 %) случаях. I – II степень чистоты влагалищного мазка выявлена у 180 (67,4 %) пациенток, III – IV степень чистоты у 80 (37 %).

Анализ посевов содержимого цервикального канала показал, что в 44 % случаев определялась условно – патогенная и сапрофитная флора, 6,7 % грибы рода

Candida albicans. У 43,4 % отмечались урогенитальные инфекции: хламидии – 26 %, микоплазма – 10 %, трихомонады – 1,8 %, гарднереллы – 2,6 %, ВПГ – 0,3 %, сифилис – 1,1 % и гонорея – 1,1 % (Рис. 1).

В I триместре беременности пациенткам проводилось удаление плодного яйца путем инструментального выскабливания полости матки или мануальной вакуум аспирации. Во II триместре было медикаментозное прерывание беременности (мифепристон 150 мг + мизопропрост 600 мкг). Полученный материал отправляли на гистологическое исследование. В послеоперационном периоде все женщины получали противовоспалительную, антибактериальную терапию, утеротоники, в 20,6 % случаев – антианемическую. Среднее пребывание в стационаре составило 7,1 ± 3,4 койко дней.

При гистологическом исследовании плодного яйца в 48 % случаев выявлено наличие инфекционно – воспалительных изменений (эндометрит, децидуит), в 5,2 % нарушение дифференцировки ворсин хориона, гипоплазия и нарушение васкуляризации ворсин, характерная при гормональной недостаточности, плацентарная недостаточность – 8,6 %, ретрохориальная и интраплацентарная гематома – 2,6 %, признаки АФС – 1,8 %.

Выводы.

Таким образом, высокая частота замершей беременности наблюдается у пациенток репродуктивного возраста с отягощенным акушерским анамнезом, наличием условно – патогенной и урогенитальных инфекций: хламидии, микоплазма, трихомонады, гарднереллы, ВПГ, сифилис, гонорея. Ранняя половая жизнь, искусственные аборт, воспалительные процессы в малом тазу являются факторами риска ЗБ. При гистологическом исследовании в 48% случаев выявлено наличие инфекционного поражения плодного яйца, в 5,2 % признаки гормональной недостаточности, 1,8 % признаки АФС.

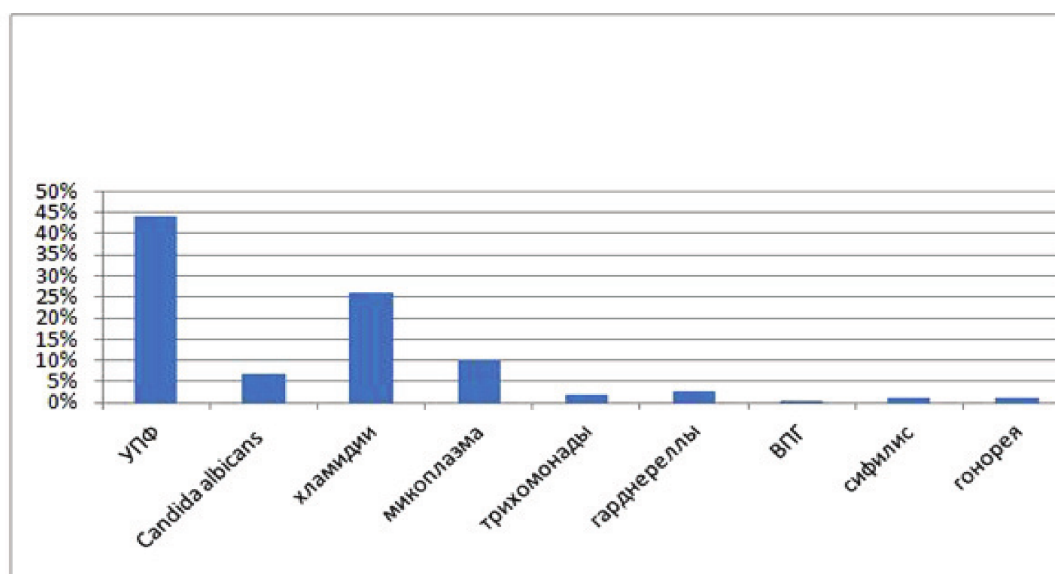


Рис. 1. Анализ посевов содержимого цервикального канала у женщин с замершей беременностью

Литература:

1. Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. *Неразвивающаяся беременность*. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 200.
2. Доброхотова Ю.Э., Джобавва Э.М., Озерова Р.И. *Неразвивающаяся беременность: тромбофилические и клиничко-иммунологические факторы: руководство*. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2010. С. 144.
3. Макацария А. Д., Долгушина Н. В. *Герпетическая инфекция. Антифосфолипидный синдром и синдром потери плода*. - М.: Триада-Х. - 2004. С.80.
4. Мукова Б.Б. *Оптимизация тактики ведения и восстановительного лечения женщин с неразвивающейся беременностью в первом триместре*. / Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Москва. - 2003 г. - С. 24.
5. Качалина Т. С. *Гиперандрогения и невынашивание беременности*. // *Российский вестник акушера гинеколога*. - 2004. - № 3. - С. 61–64.
6. Siyami Aksoy, Havva Crelikkanat, Zekai Tahir Burak. *The prognostic value of serum estradiol, progesterone, testosterone and free testosterone levels in detecting early abortions*. // *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. - 1996. - № 67. - С. 5-8.
7. M. Bronshtein, Etan Z. Zimmer, S. Blazer. *A characteristic cluster of fetal sonographic markers that are predictive of fetal Turner syndrome in early pregnancy*. // *Am. J. of Obstet. and Gyn.* - 2003. - № 4, V.188, I. - P. 1016-1020.
8. Santiago Munné, Khalid M. Sultan, Heinz-Ulrich Weier, James A. Grifo, Jacques Cohen, Zev Rosenwaks. *Assessment of numeric abnormalities of X, Y, 18, and 16 chromosomes in preimplantation human embryos before transfer*. // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. - 1995. - V. 172, I. 4, P. 1. -P.1191-1201.
9. R. Rai and . Regan. *Antiphospholipid syndrome in pregnancy*. // *Current Obstetrics & Gynecology*. - 1998. - № 8. - P. 32-35.
10. *Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Под редакцией Кулакова В. И.* - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2005. - С. 512.