

УДК 618.3

ПРИЧИНЫ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Ф.И. Иманказиева, Ж.Ш. Ашыралиева

Представлены данные ретроспективного анализа историй болезни женщин с неразвивающейся беременностью в ранние сроки гестации. Определены соматические, воспалительные и эндокринные факторы развития неразвивающейся беременности у женщин. Установлены варианты течения и морфологические типы неразвивающейся беременности.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность; плодное яйцо.

THE CAUSES OF NON-DEVELOPING PREGNANCY

F.I. Imankazieva, Zh.Sh. Ashyralieva

The article presents data of a retrospective analysis of the medical cards of women with non-developing pregnancy in the early gestation period. The somatic, inflammatory and endocrine factors of development of non-developing pregnancy are determined. Flow variants and morphological types of non-developing pregnancy are identified.

Keywords: non-developing pregnancy; gestational sacs.

Вопросы потери беременности до сих пор остаются актуальными и социально значимыми. Особый интерес вызывает одна из форм невынашивания беременности – неразвивающаяся беременность (замершая беременность, несостоявшийся выкидыш, missed abortion). Имплантированный эмбрион после успешного оплодотворения на каком-то этапе развития погибает, при этом немедленного изгнания его из полости матки не наблюдается. Происходит задержка продукта зачатия на неопределенно долгое время. До тех пор пока плацента сохраняет свою функцию и не произойдет ее отслойка, матка продолжает расти, в крови определяется маркер беременности – хорионический гонадотропин, сохраняются субъективные ощущения, присущие беременности. По мере отслойки плаценты и угасания ее функции постепенно исчезают объективные и субъективные признаки беременности [1, 2]. В 1/3 случаев НБ после оплодотворения и имплантации плодного яйца эмбрион вообще не развивается, формируются лишь внезародышевые органы (плодные оболочки) – вариант неразвивающейся беременности (НБ), который носит название “пустое плодное яйцо”. Длительная задержка плодного яйца может привести к воспалению матки, тромботическим осложнениям, кровотечению [3–5].

Удельный вес НБ среди самопроизвольных выкидышей составляет 10–20 % [6–8]. Причины нераз-

вивающейся беременности в первом триместре – это хромосомные аномалии (70 %), структурные аномалии (5 %) вследствие оплодотворения дефектными половыми клетками и другие причины, такие как физические и химические факторы, инфекции, аномалии развития матки, а также соматические патологии матери, роль которых значительно возрастает во втором и третьем триместрах беременности [1, 3, 5, 7, 9]. Однако в 26–40 % случаев причины НБ остаются не выясненными [2, 4, 6].

Выявление первопричины, патогенетических факторов, своевременная диагностика НБ позволили бы решить вопросы реабилитации и профилактики данной патологии.

Целью исследования явилось изучение особенностей анамнеза, течение беременности и патоморфологические изменения содержимого полости матки при неразвивающейся беременности.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт и результатов патоморфологических исследований 41 женщины, находившихся на стационарном лечении в ЧОРД с диагнозом “неразвивающаяся беременность”.

Нами изучен анамнез: становление менструальной функции, паритет беременности и родов, течение настоящей беременности, наличие соматических и гинекологических заболеваний.

По данным ультразвукового исследования (УЗИ), у большинства больных – 65,8 %, (27) – НБ диагностирована в сроках от 6 до 11 недель гестации; у 12,1 % (5) – в 13–14 недель; у 46,3 % (19) – в 3–4 недель, из их числа у 2 пациенток обнаружено наличие “пустого плодного яйца”.

Для изгнания из полости матки неразвивающейся беременности применен медикаментозный метод с использованием препаратов мифепристона и мизопростола у большинства женщин – 95,1 % (39), лишь у 4,8 % (2) использован метод вакуум-аспирации. Полученный материал из полости матки был направлен на гистологическое исследование. Статистический анализ представлен в абсолютном и процентном показателях.

Результаты исследования. Установлено, что первобеременных было 8 (19,5 %), преобладающими были повторнобеременные – 33 (80,4 %). Уместно отметить, что меньше половины – 15 (36,5 %) – женщин с НБ состояли на учете по беременности. Возрастной состав женщин варьировал от 16 до 43 лет. Доля пациенток в возрасте от 16 до 20 лет составила 17 человек (41,4 %), от 21 до 35 лет и от 35 лет и старше – 19 (46,3 %) и 5 (12,1 %) пациенток, соответственно (рисунок 1). Таким образом, наблюдается рост НБ у пациенток молодого и среднего возраста.

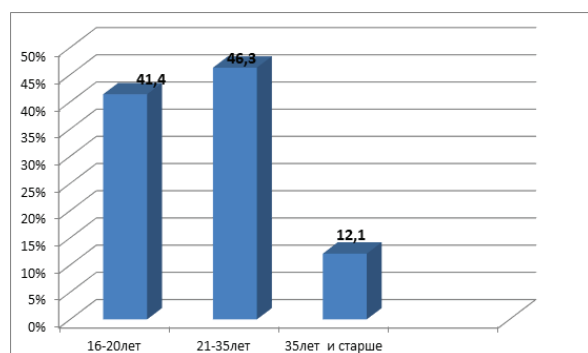


Рисунок 1 – Возрастной состав женщин с НБ

Далее было выявлено, что предыдущие беременности у повторнобеременных с НБ завершились прерыванием беременности в сроках гестации 6–9 недель у 15 пациенток (36,5 %) случаев в медицинских учреждениях, самопроизвольным выкидышем и неразвивающейся беременностью у 10 (24,3 %) и 7 (17 %) пациенток, соответственно, и мертвым плодом – у одной (2,4 %) пациентки.

По анамнестическим данным, позднее наступление менструации (17 лет и старше) и установление их через 1 год наблюдается у 4 (9,7 %) пациенток, у остальных в среднем менархе наступило в $13 \pm 1,7$ года.

Практически у большинства женщин с НБ выявлена та или иная гинекологическая патология: кольпит – у 11 (26,8 %), хронический аднексит – у 6 (14,6 %), эрозия шейки матки – у 9 (21,9 %), хронический эндометрит – у одной (2,4 %), миома матки – у 2 (4,8 %) (рисунок 2).

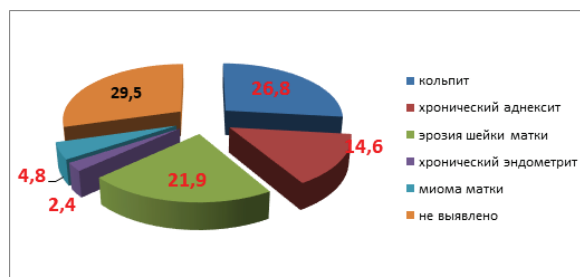


Рисунок 2 – Структура гинекологической патологии

Урогенитальная инфекция (хламидии, микоплазма, уреамикоплазма, трихомонада) обнаружена у 11 (26,8 %) женщин с НБ.

Такие патологии, как дисфункция щитовидной железы и заболевание ЖКТ, выявлены у 6 (14,6 %) и 3 (7,3 %) пациенток, соответственно.

Часто встречаемым соматическим заболеванием у женщин с НБ была анемия легкой и средней степени тяжести – у 21 (51,2 %). Не последнее место занимает патология мочевыводящих путей (цистит, хронический пиелонефрит) – в 18 (43,9 %) случаев, что указывает на возможное наличие урогенитальной инфекции. Таким образом, преморбидный фон пациенток с НБ характеризуется сочетанием гинекологической и соматической патологии. Следует отметить, что увеличение удельного веса сочетанной сопутствующей соматической патологии у женщин репродуктивного возраста способствует снижению иммунологической защиты, увеличивают вероятность соматической мутации клеток и повышает риск развития неразвивающейся беременности [7].

Осложнениями течения беременности у женщин с НБ явились: постоянная угроза прерывания беременности – у 15 (36,5 %) женщин, повышение температуры тела до $37,3-37,5$ °C – у 3 (7 %), рвота беременных различной степени – у 9 (21,9 %), перенесение ОРВИ – у 6 (14,6 %). В возникновении указанных осложнений, конечно же, важная роль принадлежит преморбидному фону.

При анализе жалоб пациенток с НБ при поступлении в стационар нами были выделены несколько вариантов проявления НБ (таблица 1).

Основываясь на клинических проявлениях, мы выделили “острый”, “подострый” и латентный” типы течения НБ. К “острому” типу отнесли два варианта наблюдения, клинические проявления

Таблица 1 – Жалобы пациенток с НБ при поступлении в стационар

Жалобы	Абсолютное число	Удельный вес, %
Незначительные боли внизу живота, периодически длительные, ноющего характера	7	17
Мажущие кровянистые выделения из половых путей с периодическим усилением	11	26,8
Боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей	11	26,8
Боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей, субфебрильная температура тела (37,4–37,5 °С)	3	7,3
Жалоб нет, только заключение УЗИ – «НБ»	9	21,9

которых напоминали клинику самопроизвольно-го выкидыша с инфицированием (вариант 1 – боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей, субфебрильная температура тела (37,4–37,5 °С) в 7,3 % случаев и без инфицирования (вариант 2 – боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей) в 26,8 % случаев. Следующие два варианта мы отнесли к типу “подострый” – с клиническими проявлениями: незначительные боли внизу живота, периодически длительные, ноющего характера (17 %) и мажущие кровянистые выделения из половых путей (26,8 %). Вариант наблюдения – отсутствие жалоб, выявление НБ только по данным УЗИ – мы отнесли к латентному типу проявления НБ (в 21,9 % случаев). Данный тип проявления НБ опасен тем, что не исключает возникновения инфицирования, развития ДВС-синдрома, а также других локальных и общих проявлений осложненного течения НБ.

Из вышесказанного следует, что такое многообразие проявлений симптомов НБ, возможно, связано с анатомо-физиологическими особенностями, характерными сопутствующему преморбидному фону этой категории пациенток.

Данные гистологического исследования в 14 (34,1 %) случаях показали выраженные признаки париетального и базального децидуита, увеличения количества плацентарных макрофагов, характерных для воспалительного процесса.

Недостаточная децидуализация как париетальной, так и базальной децидуа, указывающая на недостаточность прогестерона, выявлена у 11 (26,8 %) пациенток. Нарушение децидуализации эндометрия и воспалительные изменения были обнаружены у 23 (31,7 %) женщин с НБ. Следует отметить, что в 3 (7,3 %) случаях выявлен антифосфолипидный синдром, который характеризовался наличием множества кровоизлияний и гематом в исследуемом материале.

Таким образом, наше целенаправленное морфологическое исследование содержимого из полости матки у пациенток с НБ позволило выделить

две основные патоморфологические причины: воспалительные и эндокринные, приводящие к отсутствию или остановке развития плода. Определение по морфологии доминирующего патогенетического механизма НБ предопределяет дальнейшие адекватные алгоритмы обследования и прегра-видарной терапии. Здесь уместно отметить, что в развитии НБ большую роль играет преморбидный фон, последнее необходимо учитывать при подготовке к беременности.

Выводы

1. Преморбидный фон пациенток с НБ характеризуется сочетанием гинекологической (кольпит, хронический аднексит, эндометрит, эрозия шейки матки, миома матки) и соматической патологии (анемия, патология мочевыводящей системы, урогенитальные инфекции).

2. Многообразие вариантов клинических проявлений неразвивающейся беременности, возможно, связано с анатомо-морфологическими особенностями, характерными сопутствующему преморбидному фону этой категории пациенток.

3. Целенаправленное морфологическое исследование содержимого из полости матки пациенток с НБ позволило выделить две основные патоморфологические причины: воспалительные (эндометрит) и эндокринные (дефицит прогестерона), приводящие к отсутствию или остановке развития эмбриона/плода.

Литература

1. *Игнатко И.В.* Профилактика репродуктивных потерь и плацентарной недостаточности у беременных с ранним токсикозом / И.В. Игнатко, Г.Г. Гониянц // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2008. Т. 7. № 6 (6). С. 25–32.
2. *Серова О.Ф.* Основные патоморфологические причины неразвивающейся беременности и обоснование прегра-видарной терапии женщин / О.Ф. Серова, А.П. Милованов // Акушерство и гинекология. 2001. № 7. С. 13–25.

3. Кулаков В.И. Гинекология: национальное руководство / В.И. Кулаков; под ред. В.И. Кулакова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 172 с.
4. Кулаков В.И. Иммуноморфологические изменения в децидуальной ткани при невынашивании беременности / В.И. Кулаков, В.М. Сидельникова // Акушерство и гинекология. 1996. № 4. С. 3–5.
5. Слепцова С.И. Факторы риска и причины невынашивания беременности / С.И. Слепцова // Акушерство и гинекология. 2002. № 4. С. 20–23.
6. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология / В.И. Кулаков. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 512 с.
7. Сидельникова В.М. Гормональные аспекты невынашивания беременности / В.М. Сидельникова // Мед. аспекты здоровья женщины. 2007. № 4. С. 19–22.
8. Сидельникова В.М. Иммунологические аспекты невынашивания беременности. Иммунология и иммунопатология системы “мать – плод – новорожденный” / В.М. Сидельникова, Г.Т. Сухих. М., 2001. 109 с.
9. Зацепина Л.П. Профилактика и лечение невынашивания у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе: дис. ... канд. мед. наук / Л.П. Зацепина. М., 1985. 134 с.