

УДК 618.39:618.36–002(575.2)(04)

НЕСОСТОЯВШИЙСЯ ВЫКИДЫШ В АНАМНЕЗЕ – ФАКТОР РИСКА
К РАЗВИТИЮ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Г.В. Долгая – аспирант,

О.Ю. Вотинова – аспирант

На основе морфофункциональных изменений в децидуальной ткани и в хорионе проведена оценка их влияния на последующую беременность. Выявлен один из факторов риска на развитие фетоплацентарной недостаточности.

Ключевые слова: несостоявшийся выкидыш; невынашивание беременности; фетоплацентарная недостаточность.

Проблема реабилитации женщин после перенесенного несостоявшегося выкидыша, несомненно, актуальна. Имеет смысл задуматься – достаточно ли провести прегравидарную подготовку или существует необходимость ведения последующей беременности как угрожаемую на осложнение гестационного процесса, вследствие неполноценности фетоплацентарной системы.

Несостоявшийся выкидыш составляет 10–20% от всех случаев репродуктивных потерь и в 27,4% случаев приводит к привычной потере беременности [1].

Одной из основных причин прерывания беременности являются гормональные нарушения. Согласно данным В.П. Кулаженко (1991), эндокринные нарушения наблюдались у 68,5% женщин с *неразвивающейся* беременностью. В вопросе развития беременности основную роль играет гормон беременности – прогестерон. Еще до возникновения беременности, прогестерон вызывает децидуальные превращения эндометрия и готовит его к имплантации плодного яйца, способствует росту и развитию миометрия, его васкуляризации, поддерживает миометрий в состоянии покоя путем нейтрализации действия окситоцина, снижения синтеза простагландинов и участвует в подавлении опосредованной через Т-лимфоциты реакции отторжения плода [1–3].

Доказано неблагоприятное влияние на течение беременности персистирующей патогенной и условно-патогенной флоры типа хламидий, уреоплазмы, микоплазмы, вируса простого герпеса, цитомегаловируса, токсоплазмы и др. [1, 2]. Инфекционные заболевания беременных

оказывают неблагоприятное влияние на плод или в результате непосредственного воздействия на него возбудителя, вызывая первичную фетопатию, или вследствие поражения плаценты, индуцируя плацентарную недостаточность и вторичную фетопатию [2–5]. Практически нет пациенток с привычным невынашиванием, у которых не было бы персистенции нескольких инфекций [1, 2, 6].

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) возникает в результате нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов в сочетании с циркуляторными расстройствами и инволютивно-дистрофическими процессами в децидуальной ткани и хорионе. Развитие хронической плацентарной недостаточности на фоне высокой степени незрелости с нарушением компенсаторных реакций капиллярного русла может привести к абсолютной недостаточности плаценты и внутриутробной гибели плода. Сохранность компенсаторных механизмов свидетельствует об относительной плацентарной недостаточности. В этом случае беременность обычно завершается своевременными родами, однако возможно развитие гипоксии и/или гипотрофии плода [2–5].

В связи с изложенным выше, с целью отбора материала было изучено 2430 историй родов женщин, поступивших за период с 2004 по 2009 год в отделения патологии беременных, анестезиологии и интенсивной терапии, активного ведения родов на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии КРСУ с патологией фетоплацентарной системы. Возраст обследуе-

мых женщин варьировал от 19 до 45 лет. Проведено исследование 96 женщин, обратившихся в отделение МВА за период с 2004 по 2008 год, с диагнозом “несостоявшийся выкидыш”. Всем женщинам была проведена процедура прерывания беременности методом мануальной вакуумной аспирации с последующим гистологическим исследованием тканей.

С целью изучения влияния несостоявшегося выкидыша в анамнезе на развитие фетоплацентарной недостаточности проведено ретроспективное исследование 2430 случаев родов, из которых отобрано 202 случая фетоплацентарной недостаточности. Контрольную группу составили 997 случаев физиологического течения беременности и родов. В каждой группе проведено разделение пациенток на перенесших несостоявшийся выкидыш в анамнезе и женщин, фетоплацентарная недостаточность которых сопровождалась другой патологией с оценкой прогностической ценности, чувствительности и специфичности.

Внутриутробное состояние эмбриона и плода проводили при помощи УЗИ на аппарате “Mindray” в сроках беременности от 2–3 до 40–42 недель. Проводилась фетометрия (длина эмбриона, диаметр плодного яйца, бипариетальный размер головки плода, диаметр живота, длина бедренной кости). Плацентометрия с локализацией хориона и места прикрепления плаценты с определением ее толщины и степени зрелости. Кроме того, с помощью датчиков, работающих на эффекте Доплера, проводилась функциональная оценка плаценты с определением степени недостаточности, патоморфологическое исследование эмбрионов и эндометрия при несостоявшемся выкидыше и последов после родов на базе Республиканского патологоанатомического бюро. Морфометрические исследования проводили на препаратах, окрашенных гематоксилином и эозином. В десяти полях зрения микроскопа “Reichert” при увеличении $\times 40$ проводили количественную оценку морфологических структур на одинаковых участках.

Среди обследуемых женщин кыргызской национальности было 64,58%, славянской национальности – 23,95%, корейской национальности – 6,25%, другие национальности составили 5,2%. Соотношение городских жителей – сельские преобладало в сторону городских жителей.

При исследовании возрастной структуры этих женщин было выявлено, что 30,21% всех женщин находились в самом активном репродуктивном возрасте – 23–25 лет.

Раннее становление менструальной функции (в 11–12 лет) было у 17,7% женщин. Из них нарушения менструального цикла отмечали 7,2% женщин, на обильные менструации указывали 12,5% женщин.

Раннюю половую жизнь в 16–18 лет начинали 20,8%, в возрасте старше 30 лет половую жизнь начинали 4,2% женщин.

Первобеременные женщины составили половину всех женщин (42,3%), повторно беременные, имеющие в анамнезе одни роды – 28,3% женщин, двое родов в анамнезе указывали 13,9% женщин, трое родов и более – 15,5%. Половина всех женщин имела в анамнезе аборт, из них 1–2 аборта было у 28,96%, более двух абортов имели в анамнезе 14,58% женщин.

Среди обследуемых 9,37% в возрасте свыше 40 лет, курящих – 12,5% женщин (3–5 сигарет в день).

Наличие инфекционного процесса при беременности по данным мазка на влагалищную флору установлено у 3,7% женщин. При этом 8,8% женщин имели первую степень чистоты влагалища (клетки плоского эпителия, лактобактерии, лейкоцитов нет, pH-3,8-4,5), вторая степень чистоты влагалища обнаружена у 53,2% женщин (эпителиальных клеток много, лактобактерий меньше, лейкоциты до 10 в п/з, pH-5,0-5,5), третья степень чистоты влагалища – у 34,4% женщин (лактобактерии единичные, лейкоциты до 30 в п/з, флора кокковая, pH-6,0-6,5), четвертая степень чистоты влагалища обнаружена у 3,72% женщин (лактобактерий нет, флора бактериальная, может встречаться патогенная флора, большое количество лейкоцитов, единичные эпителиальные клетки, pH-6,0-6,5).

По результатам гистологического исследования случаев несостоявшегося выкидыша и самопроизвольного выкидыша было выявлено, что на первом месте из факторов, приводящих к гибели эмбриона, стоит урогенитальная инфекция (вирусы герпеса и гриппа, ЦМВ, простейшие – микоплазмы, уреоплазмы, хламидии) в 39,24%, на втором месте – гормональные нарушения (недостаточность желтого тела) – 23,1%. Кроме того, было выявлено сочетание УГИ с гормональными нарушениями в 9,37% случаев. На третьем месте по частоте встречаемости (11,7%) – острая отслойка хориона, приведшая к гибели эмбриона. Остальные нозологии распределились следующим образом: сочетание с пузырным заносом – 6,25%, анэмбриония – 5,21%, генетические нарушения развития эмбриона – 4,17%, антифосфолипидный синдром – 0,96%.

Для оценки влияния несостоявшегося выкидыша в анамнезе на развитие фетоплацентарной недостаточности были отобраны 152 пациентки, у которых фетоплацентарная недостаточность сопровождалась гипертензивными нарушениями различной степени тяжести – 77,8% женщин с плацентарной недостаточностью.

Для сравнения было отобрано 997 женщин с неосложненным течением родов – контрольная группа.

При анализе гинекологической заболеваемости отмечено, что у обследуемых женщин чаще всего встречались медицинские аборт, затем воспалительные процессы придатков и тела матки, эрозии шейки матки и кольпиты, несостоявшийся и самопроизвольный выкидыш в разных сроках (см. таблицу).

Результаты гинекологических исследований

Заболевание	Абс. число (n=997)	%	Абс. число (n=152)	%
Медицинские аборты	103	10,4	65	42,8
Миома матки	12	1,2	5	3,3
Воспалительные заболевания матки и придатков	240	24,1	46	30,3
Резус отрицательная кровь без сенсибилизации	76	7,7	3	1,9
Несостоявшийся или самопроизвольный выкидыш	17	1,7	46	30,3
АГС	5	0,6	3	1,9
Аномалии развития половых органов	3	0,4	1	0,7

Медицинские аборты: Se=31,8%, Sp=7,2%.
Воспалительные заболевания: Se=12,4%, Sp=9,3%.
Несостоявшийся, самопроизвольный выкидыш: Se=66,7%, Sp=7,4%

Полученные результаты свидетельствуют о высокой чувствительности и специфичности несостоявшегося выкидыша в анамнезе на развитие фетоплацентарной недостаточности.

Дистрофические процессы изменения децидуальной ткани при беременности, связанные с гормональной недостаточностью и воздействием инфекции, занимают ведущее место в прерывании беременности ранних сроков (71,71%). В прегравидарную подготовку таких женщин следует включить обследование на инфекционный процесс органов малого таза и гормональный скрининг.

Женщины, перенесшие несостоявшийся выкидыш склонны к развитию фетоплацентарной недостаточности при последующей беременности. Данную категорию женщин следует выделить как группу риска по фетоплацентарной недостаточности и вести беременность у таких женщин следует не только как угрожаемые на прерывание, но и как угрожаемые на развитие фетоплацентарной недостаточности.

Литература

1. Зацепина Л.П. Профилактика и лечение невынашивания у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе: Дис... канд. мед. наук. – М., 1985. – 134 с.
2. Серова О.Ф., Милованов А.П. Основные патоморфологические причины неразвивающейся беременности и обоснование прегравидарной терапии женщин // Акуш. и гин. – 2001. – №3. – С. 19–23.
3. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Иммунологические аспекты привычного невынашивания беременности. Иммунология и иммунопатология системы мать–плод–новорожденный. – М., 2001. – С. 104.
4. Данилов С.А. Прогнозирование исхода беременности для плода при дисфункции фетоплацентарной системы у женщин, страдающих невынашиванием беременности: Дис. ... канд. мед. наук. – Иваново, 1986. – 24 с.
5. Калашикова Е.П. Патологическая диагностика недостаточности плаценты при различных формах патологии матери // Архив патологии. – 1986. – №9. – С. 14–20.
6. Мамедалиева Н.М. Ранняя диагностика, прогнозирование и профилактика плацентарной недостаточности у беременных с привычным невынашиванием в анамнезе: Дис... докт. мед. наук. – М., 1993. – 326 с.