

Лизунова В.С.

резидент 3-го года обучения, врач акушер-гинеколог

(ПФ НАО «МУС», Республика Казахстан)

Жұмат А.

резидент 3-го года обучения, врач акушер-гинеколог

(ПФ НАО «МУС», Республика Казахстан)

Научный руководитель: к.м.н. Акылжанова Ж.Е.

(ПФ НАО «МУС», Республика Казахстан)

Этиологические и патоморфологические аспекты замершей беременности

Актуальность проблемы: Сохранение здоровья женщины-матери и ее ребенка является на данный момент одной из первостепенных задач медицинской науки. Проблема замершей беременности продолжает оставаться в настоящее время актуальной и социально значимой в практике акушера – гинеколога. До настоящего времени частота неразвивающейся беременности возросла, и, к сожалению, тенденции к снижению не имеет [1]. Частота ее остается высокой и составляет 45-88,6% случаев самопроизвольных выкидышей на ранних сроках [4].

Замершая беременность отрицательно сказывается на репродуктивной функции женщины, на полноценности потомства, на сохранении семьи, угрожает не только здоровью, но и жизни женщины за счет - возможных коагулопатических расстройств, частота и тяжесть которых возрастают по мере увеличения гестационного срока и дл

ительности пребывания погибшего плодного яйца в матке [2].

Актуальность данной проблемы диктует необходимость изучить основные причины и разработать мероприятия по снижению и профилактике

развития замершей беременности.

Цель исследования: Выявить этиологические факторы замершей беременности у жительниц Павлодарской области, госпитализированных в гинекологическое отделение «Павлодарской городской больницы №3» и разработать рекомендации по снижению и предупреждению развития этой патологии у женщин репродуктивного возраста.

Задачи исследования:

1. Проанализировать этиологические и патоморфологические факторы замершей беременности.
2. Оценить влияние факторов риска развития НБ у женщин репродуктивного периода.

Материалы и методы исследования: Ретроспективный анализ карт стационарных больных (учетная форма 003/у) гинекологического отделения с января 2018 года по июнь 2018 года. Изучался возрастной состав пациенток, социальный статус, место жительства, акушерско-гинекологический и соматический анамнез, паритет с характеристикой течения беременности и родов в анамнезе, данных УЗИ органов малого таза, данные тактики лечения, данные гистологических исследований соскобов из полости матки при замершей беременности на базе гинекологического отделения «Павлодарской городской больницы №3».

Дизайн исследования: ретроспективный, аналитический.

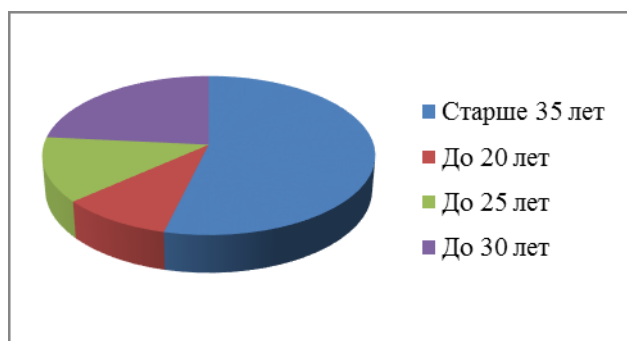
Основная часть:

Нами проведен ретроспективный анализ 1115 медицинских карт стационарных больных (учетная форма 003/у) гинекологического отделения горбольницы №3 г. Павлодар. За период январь-июнь 2018 года. Среди всех пролеченных больных у 145 пациенток (13%) было установлено наличие неразвивающейся беременности.

Результаты показали, что пациентки с замершей беременностью были в возрасте от 18 до 47 лет (средний возраст 29,7 года). Были взяты промежутки до 20 лет, до 25 лет, до 30 лет и старше 35 лет. До 20 лет было выявлено 14

наблюдений (9,6%), до 25 лет – 19 (13,1%), до 30 лет – 34 (23,4 %) и старше 35 лет – 78 (53,9 %). Смотреть рис.1

Рисунок 1

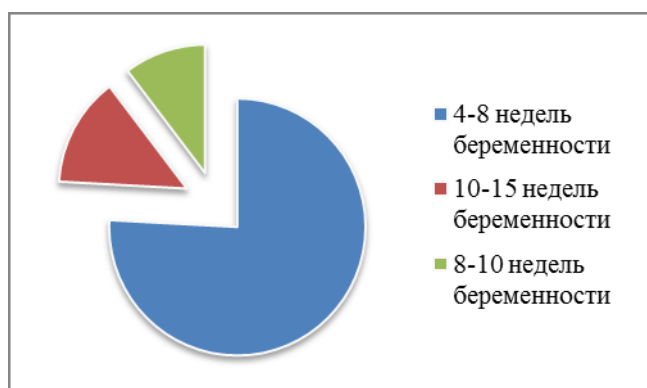


Социальный статус женщин: работающие -79 (54,5%), безработные-39 (26,9%), студенты-7 (4,8%), домохозяйки- 20 (13,8%).

При этом в исследуемой группе в 43 (29,7%) случаях НБ отмечена у первородящих, в 28 (19,3%) у нерожавших, в 46 (31,7%) у повторнородящих, и 28(19,3%) случаев у многорожавщих женщин.

Анализ частоты встречаемости НБ по срокам беременности позволил отметить, что чаще всего НБ наблюдалась в сроке 4-8 недель беременности 110 (75,9%), в сроке 10-15 недель беременности 20 (13,8%), реже в сроке 8-10 недель беременности 15 (10,3%). Смотреть рис.2

Рисунок 2



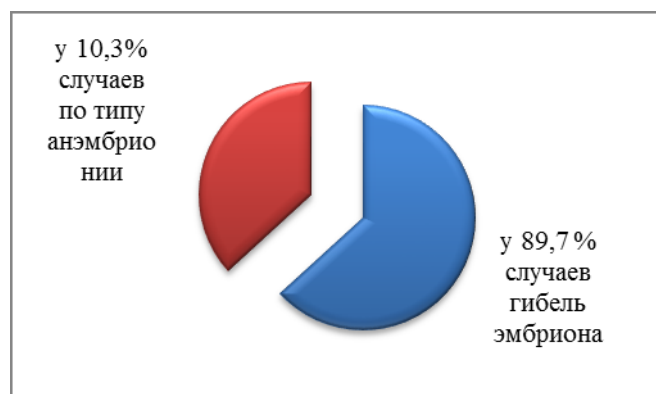
Подробное изучение акушерско-гинекологического анамнеза пациенток с НБ показало, что отягощенный акушерский анамнез выявлен в 73 случаях (50,3%) и при этом самопроизвольное прерывание беременности чаще имело место, в том числе два и более выкидыша.

Структура гинекологической заболеваемости женщин с неразвивающейся беременностью разнообразна: миома матки в 23 случаях (15,9%), эрозия шейки матки в 9 случаях (6,2%), пороки развития матки в виде двурогой матки, наблюдались в 3 случаях (2,1%), и у 110 женщин (75,9%) были здоровы.

Необходимо также отметить частоту экстрагенитальной патологии, которая имело место в 29 случаев (20%). Среди экстрагенитальных заболеваний чаще наблюдалась анемия беременных – 6 случаях (4,1%) , обострение хронического пиелонефрита – 13 случаев (9,0%). Обращает внимание наличие в анамнезе данных о перенесенных вирусных заболеваний – 10 случаев (6,9%).

Диагноз НБ был поставлен только по результатам ультразвукового исследования. По заключению УЗИ НБ по типу гибели эмбриона наблюдалась у 130 (89,7%) женщин, а по типу анэмбрионии в 15 (10,3%) случаев. Смотреть рис.3

Рисунок 3



При обнаружении неразвивающейся беременности пациенткам была проведена эвакуация плодного яйца путем инструментального опорожнения полости матки – кюретажем 125 (86,2%) или вакуум-аспирацией 1 (0,7%), а также проводилось медикаментозное прерывание беременности мифепристоном, мизопростолом по схеме в 19 (13,1%) случаев.

Необходимо обратить внимание на результаты гистологических исследований полученного материала - некроз децидуальной ткани 11 (7,6%), признаки диффузного эндометрита 22 (15,2%), децидуит 42 (29,0%), склероз

ворсин хориона 27 (18,6%), прекращение маточно-плацентарного кровообращения 17 (11,7%), в 11 (7,6%) случаев – пузырьный занос, другое 15 (10,3%).

Анализ частоты встречаемости НБ у женщин проживающих в городской местности больше 105 (72,4%) , по сравнению с сельской 40 (27,6%).

Выводы:

По результатам проведенного исследования – наиболее часто НБ выявлялась в возрасте старше 35 лет – 78 (53,9 %). Срок гестации к моменту диагностики НБ чаще в сроке 4-8 недель беременности 110 (75,9 %). По типу гибели эмбриона наблюдалась у 130 (89,7%) женщин. Прерывание НБ производится в большинстве случаев путем инструментального опорожнения полости матки – кюретажем 125 (86,2 %). Одним из основных методов диагностики НБ являлось проведение УЗИ плода в динамике. Роль практического патологоанатома в диагностике НБ сводится к констатации наличия маточной беременности и признаков нарушения в виде регрессивных изменений ворсин хориона, гравидарно измененного эндометрия, а также возможных воспалительных изменений в 29,0% случаев. Во многих случаях результаты патологоанатомических исследований ограничены лаконичностью предоставленной клиницистами информации.

Риск развития НБ увеличивается при наличии: обострения хронического пиелонефрита в 9,0 %, миомы матки в 15,9 %, у женщин проживающих в городской местности в 72,4 %.

Практические рекомендации:

Для уменьшения вероятности действия возможных повреждающих факторов на течение беременности необходимо проводить вне беременности:

- Скрининговое обследование, включающее обследование на инфекции передающиеся половым путем;
- Проведение медико-генетического консультирования с целью выявления групп риска по врожденной и наследственной патологии;

- При наличии эндокринных причин невынашивания следует подобрать соответствующую корректирующую гормональную терапию;
- Выявление различных аутоиммунных нарушений и их коррекция;
- При инфекционном процессе проводить противовоспалительную терапию в сочетании с иммунокорректорами;
- Коррекцию нарушений свертывающей системы крови;
- При внутриматочной патологии показана гистероскопия.

Во время беременности:

- Показано УЗИ плода, определение в сыворотке крови маркеров возможных нарушений развития плода (РАРР-А тест);
- По показаниям проводить инвазивную пренатальную диагностику (биопсию хориона, амниоцентез или кордоцентез);
- Нормализацию нарушений свертывающей системы крови и профилактику плацентарной недостаточности.

При выполнении указанных мероприятий и правильном ведении таких пациенток на наш взгляд повышается вероятность наступления нормальной физиологической беременности.

Список литературы:

1. Сидельникова В.М. «Привычная потеря беременности» - М.:Триада-Х, 2004.
2. Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: методические пособия и клинические протоколы. – М.: МЕДпрессинформ, 2010.
3. Профилактика повторных осложнений беременности в условиях тромбофилии: руководство для врачей / под ред. А.Д. Макацария, В.О. Бицадзе. – М.: Триада-Х, 2008.
4. Рябцева И.Т., Яковлев В. Г., Айламазян Э. К. Гинекология – М.: 2013.