

## ОСОБЕННОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МАТЕРИАЛА ИЗ ПОЛОСТИ МАТКИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ II ТРИМЕСТРА

Чикин В.Г., Цыганкова Л.В., Пчелинцев В.В.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО, г. Рязань

Неразвивающаяся беременность (НБ) – одна из серьезных и актуальных проблем современного акушерства, которая составляет по данным отечественных авторов 8 – 12% от всех беременностей. Она является следствием нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов и возникновения на фоне различной гинекологической и экстрагенитальной патологии маточно-плацентарной недостаточности. Негативное влияние на течение гестационного процесса оказывают патологические изменения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения, гормональной, метаболической и защитной функций плаценты, развивающиеся вследствие воздействия экзогенных и эндогенных неблагоприятных факторов. Поэтому выявление причин и прогнозирование риска возникновения НБ имеет важное лечебно-профилактическое, медико-биологическое и социальное значение. В выявлении возможных причин, вызвавших гибель эмбриона, неocenимую роль играет гистологическое исследование материала, полученного при опорожнении полости матки.

Целью данной работы явилось выявление наиболее значимых возможных причин возникновения НБ во II триместре (от 13 до 28 недель) на основании результатов гистологического исследования материала соскобов из полости матки.

Для достижения поставленной цели было обследовано 66 пациенток с НБ во II триместре, которых разделили на 2 группы с учетом функциональной и морфологической состоятельности плаценты. I группу составили 29 пациенток с беременностью в сроки от 13 до 16 недель, II группу – 37 женщин со сроком гестации 16 - 28 недель. Во всех случаях проводилось патогистологическое исследование последа и материала, полученного из полости матки. В первой группе преобладали признаки плацентарной недостаточности, определяющиеся в 19 случаях (65,6%), их сочетание с инфекционными факторами обнаружено в 3 случаях (10,3%); а инфицирование, как изолированная возможная причина гибели эмбриона, выявлялась лишь у 7 пациенток (24,1%). Таким образом, присутствие инфекционного агента наблюдалось лишь в 10 случаях (34,4%). В исследуемом материале первой группы проявлениями инфекционного процесса явились децидуит, веллузит, плацентит, явления гематогенного инфицирования. У 5 женщин (17,2%) была выявлена анэмбриония и у 3 (10,3%) – внутриутробные пороки развития эмбриона. У представительниц второй группы доминировали признаки инфицирования: у 8 пациенток (21,6%) они встречались изолированно, а у 11 женщин (29,7%) – в сочетании с признаками плацентарной недостаточности. Признаки хронической плацентарной недостаточности невоспалительного генеза выявлялись у 18 пациенток (48,7%), тогда как наличие признаков инфицирования выявлялось в 19 случаях (51,3%) и проявлялось веллузитом, децидуитом, плацентитом, хориодецидуитом и признаками восходящего или гематогенного инфицирования. У 2 женщин (5,4%) была выявлена анэмбриония и у 5 (13,5%) – множественные внутриутробные пороки развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, гигрома, амниотические тяжи). У 2 пациенток (5,4%) была выявлена двойня, причём 1 из них (2,7%) с синдромом акардии плодов.

Как следует из вышеизложенного, наиболее значимыми факторами риска для возникновения НБ в сроках до 16 недель является плацентарная недостаточность неинфекционного генеза, а также в эти сроки чаще, чем после 16 недель, встречается анэмбриония. В сроки беременности свыше 16 недель ведущими факторами, приводящими к гибели плода, становятся инфекционное воспаление и наличие внутриутробных пороков развития, тогда как анэмбриония встречается относительно редко.

Поэтому, зная наиболее значимые фоновые состояния, можно сформировать группы беременных повышенного риска по возникновению НБ в различные ее сроки. Женщины этих групп подлежат интенсивному наблюдению с дифференцированным подходом к выявлению эндокринной патологии и очагов инфекции, в том числе и генитального тракта.