

## Результаты количественного определения фурадонина

| А     | Найдено |       | Метрологические характеристики                                                                 |
|-------|---------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | В г     | В %   |                                                                                                |
| 0,371 | 0,0976  | 97,6  | $\bar{X} = 99,0$<br>$S = 2,52$<br>$S_x = 1,03$<br>$\Delta X = 2,65$<br>$\epsilon = \pm 2,67\%$ |
| 0,362 | 0,0952  | 95,2  |                                                                                                |
| 0,388 | 0,1020  | 102,0 |                                                                                                |
| 0,386 | 0,1015  | 101,5 |                                                                                                |
| 0,377 | 0,0991  | 99,1  |                                                                                                |
| 0,375 | 0,0986  | 95,6  |                                                                                                |

УФ-спектрофотометрии. Относительная погрешность составляет  $\pm 2,67\%$ .

Проведена стандартизация двухслойных суппозиторий с фурадоном и ротоканом и установлен срок их хранения, который составляет 2 года.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бурова А. Е., Коновалова О. А., Кирьянов А. А. Определение подлинности жидкого экстракта «ротокан» методом тонкослойной хроматографии // Актуальные проблемы создания

новых лекарственных препаратов природного происхождения: Материалы 16-го Междунар. съезда. 4–6 июля 2002. – СПб, 2002. – С. 197–199.

2. Козлова Н. Г., Замараева Е. Е., Драник Л. И. Некоторые особенности создания лекарственных средств в форме суппозиторий // Фармация. – 1992. – Т. 41. № 6. – С. 80–83.

3. Машковский М. Д. Лекарственные средства: В 2-х т. 14-е изд. перераб. и доп. – М.: Новая волна, 2000. – Т. 1. – С. 387.

Поступила 26.03.2010

Е. Г. МЕЛЬНИК

## ФАКТОРЫ РИСКА, ЭТИОЛОГИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МАТЕРИАЛАМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БСМП

*Кафедра хирургии с курсом акушерства и гинекологии, онкологии Краснодарского муниципального медицинского института высшего сестринского образования, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Комсомольская, 46. E-mail: melnik1940@mail.ru*

Изучены особенности этиологии, эпидемиологии неразвивающейся беременности 224 пациенток, госпитализированных в больницу скорой медицинской помощи (БСМП). Установлен период развития эмбриона, когда наиболее часто замирает беременность. Выявлены факторы риска неразвивающейся беременности.

**Ключевые слова:** неразвивающаяся беременность, замершая беременность.

Е. Г. MELNIK

## RISK FACTORS, THE CAUSES OF NOT EDUCING PREGNANCY ON STUFFS OF GYNECOLOGY DEPARTMENT HFH

*Faculty of surgery with a rate of obstetrics and gynecology, oncology of the Krasnodar municipal medical institute of the maximum sisterly formation, Russia, 350063, Krasnodar, street Komsomol, 46. E-mail: melnik1940@mail.ru*

Features of the causes, prevalence of not educing pregnancy of 224 patients hospitalized in hospital of first help (HFH) are investigated. The season of development of an embryo when most pregnancy frequently becomes transfixed fixed. Risk factors of not educing pregnancy are revealed.

**Key words:** not developing pregnancy, the stood pregnancy.

Неразвивающаяся беременность (НБ), или замершая беременность, по определению Всемирной организации здравоохранения, – это внутриутробная гибель эмбриона, не сопровождающаяся его самопроизвольным изгнанием из полости матки

(выкидышем), с задержкой плодного яйца на неопределенно долгое время [11]. Частота НБ среди случаев самопроизвольных выкидышей на ранних сроках возросла с 10–20% до 24,5–28,6% в последние годы [6].

Многие исследователи сходятся во мнении, что к замиранию беременности приводят те же факторы, что и при самопроизвольных выкидышах [1–5, 7–10]. Однако, несмотря на известные факторы риска НБ, проводимые лечебно-профилактические мероприятия при несостоявшемся выкидыше не всегда оказываются эффективными. Это обуславливает приоритетное значение углубленного исследования причин и факторов риска НБ у женщин репродуктивного возраста.

Цель исследования – изучить особенности этиологии, эпидемиологии НБ у женщин, госпитализированных в гинекологическое отделение больницы скорой медицинской помощи (БСМП), для разработки эффективных профилактических мероприятий.

### Материалы и методы

Путем ретроспективного анализа архивного материала отобраны истории болезней 224 женщин с НБ в возрасте 18–49 лет, госпитализированных в 2009 году в гинекологическое отделение БСМП.

127 (50,7%) женщин были в возрасте 20–29 лет, 66 (29,5%) – в возрасте 30–39 лет, 23 (10,3%) – в возрасте 40–49 лет и 8 (3,57%) – в возрасте до 20 лет.

182 (81%) женщины постоянно проживали в городе, 42 (19%) женщины – в сельской местности.

165 (73,7%) поступивших женщин были работающими, 59 (26,3%) – занимались домашним хозяйством. Большинство женщин были офисными служащими – 29 (17,5%), работали экономистами и педагогами по 23 (14%) женщины, медицинских работников было 18 (11%), 17 (10,3%) работали в сфере обслуживания. Высшее образование было у 147 (66%) женщин.

137 (61%) женщин поступили в стационар по направлению поликлиники и женской консультации, 80 (36%) – доставлены СМП и 7 (3%) обратились самостоятельно в приемный покой БСМП.

131 (59%) женщина на момент поступления в больницу состояла в браке.

При поступлении больные предъявляли жалобы на тянущую боль внизу живота и кровомазание. У 40 (18%) больных выделения крови из половых путей были обильные.

Для реализации поставленной цели были использованы клинично-эпидемиологический, инструменталь-

ный – ультразвуковое исследование (УЗИ), лабораторный (общеклинический, биохимический), бактериологический методы исследования.

Результаты исследования обработаны статистически с помощью электронных таблиц Excel 2001 (Microsoft, США). Достоверность различий определялась по критерию *t* Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

Исследования показали, что у 205 (91,5%) исследуемых женщин беременность замерла в эмбриональном периоде и у 19 (8,5%) женщин – в фетальном периоде (рисунок).

Как видно из рисунка, начиная с 3-й и до 8-й недели происходит увеличение числа замерших беременностей с 7 (3,12%) до 35 (16%), что соответствует периоду плацентации и органогенеза. Это период активной дифференцировки прежде всего нервной трубки и системы кровообращения, а следовательно, самый уязвимый для эмбриона.

Исследования показали, что у 184 (82,1%) женщин при гинекологическом осмотре размеры матки не соответствовали сроку беременности, у 17 (7,6%) женщин была обнаружена эрозия шейки матки. По УЗИ малого таза отсутствовало сердцебиение плода у 213 (95,1%), анэмбриония обнаружена у 11 (4,9%) женщин. Хорионический гонадотропин (ХГЧ) 67 (29,9%) женщин отставал от ожидаемого срока беременности в среднем на 2 недели.

В периферической крови у 104 (46,4%) женщин при поступлении наблюдался лейкоцитоз –  $11,8 \pm 0,4 \times 10^9/l$ , СОЭ было в пределах 20–33 мм/час, у остальных больных показатели периферической крови были в пределах нормы. У 156 (73,2%) женщин в мазках преобладала смешанная флора, 2–3-я степень чистоты влагалища с обильным количеством эпителиальных клеток у 125 (58,3%), у 20 (9%) женщин обнаружен дрожжевой грибок, у 15 (6,7%) – ключевые клетки и у 2 (0,9%) – трихомонады.

В бактериологическом посеве из цервикального канала *E. Colli* выделяли у 9 (27,3%), *Ent. faecalis* – у 5 (15,5%), *St. haemolyticus* – у 3 (9%), *St. Epidermidis* – у 3 (9%) больных; по 1 (3%) случаю были



Диаграмма распределения женщин с замершей беременностью

## Корреляционная зависимость между факторами прогноза и развитием замершей беременности

| Факторы прогноза                                      | Развитие замершей беременности |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Отягощенный гинекологический анамнез                  | +1                             |
| Сопутствующие соматические и инфекционные заболевания | +0,99                          |
| Артифициальные аборт                                  | +0,43                          |
| Профессиональная деятельность                         | +1                             |
| Резекция яичника(-ов)                                 | +0,5                           |

выделены *Corynebacterium xerosis*, *St. aureus*, *Streptococcus*, *Enteribacter*, *Candida albicans*; у 8 (24,2%) больных роста не было. В целом у женщин с замершей беременностью преобладала гнойно-бактериальная микрофлора.

У всех больных был отягощенный гинекологический анамнез: воспалительные заболевания органов малого таза – у 130 (73%), эрозия шейки матки – у 63 (35,2%), инфекции, передающиеся половым путем, – у 40 (22,3%) женщин. При этом максимальная инфекционная нагрузка была в самой благоприятной для деторождения возрастной группе – 20–29 лет. Кроме того, в этой возрастной группе достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) происходило заражение герпесом, вирусом папилломы человека и другими внутриклеточными паразитами.

Во всех возрастных группах, кроме группы до 20 лет, женщины делали аборт, причем наибольшее число абортов было в возрасте 30–39 лет – 125 (56%), соотношение абортов к родам составило 1:2; в возрасте 20–29 лет 71 (32%) беременность закончилась абортами (аборты:роды=1,3:1); в возрасте 40–49 лет 39 (17,4%) беременностей закончилось абортами (аборты:роды = 1:1). В репродуктивном анамнезе госпитализированных женщин были также самопроизвольные выкидыши с наибольшим числом – 28 (42,4%) – в группе 30–39 лет. В возрастных группах 20–29 и 30–39 лет ранее имелись НБ – 4 (3,1%) и 8 (12,1%) соответственно.

В этой связи можно предположить, что аборт явился одним из факторов риска неразвивающейся беременности, поскольку создают условия для инфицирования половых органов женщины, длительной персистенции вирусно-бактериальной инфекции.

Следует добавить, что в развитии замершей беременности у исследуемых женщин прослеживается и другой фактор риска – сопутствующие соматические и инфекционные заболевания, в том числе с хроническим течением (количество диагнозов на одну больную – 1,5). Обращает на себя внимание превалирование вирусной инфекции: детские инфекции – 106 (47%), ОРВИ – 62 (27,7%), вирусные гепатиты – 18 (8,03%) случаев. Представляет также интерес и резекция яичника(-ов) у 16 (7,1%) женщин, которая в сочетании с высокой инфекционной нагрузкой могла привести к гормональной недостаточности яичников и повлиять на развитие замершей беременности.

В проведенном нами исследовании обнаружена положительная (прямая) корреляционная связь между отягощенным гинекологическим анамнезом, сопутс-

твующими соматическими и инфекционными заболеваниями, профессиональной деятельностью женщин, сопровождающейся нервным перенапряжением, продолжительной работой за компьютером, а также застоем в малом тазу по причине гиподинамии (таблица), что подтверждает роль перечисленных факторов в прогнозе неразвивающейся беременности.

В заключение необходимо отметить, что при выборе тактики профилактических мероприятий по поводу НБ у женщин репродуктивного возраста необходимо учитывать такие факторы, как отягощенный гинекологический анамнез, сопутствующая патология, частые аборт, профессиональная деятельность женщин.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Кирющенко П. А., Белоусов Д. М., Верясов В. Н. и др. Значение патологии матки и особенности предгестационной подготовки женщин с синдромом привычной потери беременности ранних сроков // Акуш. и гинек. – 2009. – № 5. – С. 15–19.
2. Нефедов П. В., Колычева С. С., Нефедова Л. В. Пестициды, окружающая среда и здоровье населения. – Краснодар, 1990. – 50 с.
3. Никонов А. П., Асцатурова О. Р., Капительная В. А. Инфекции мочевыводящих путей и беременность // Гинекология. – 2007. – Т. 9. № 1. – С. 52–57.
4. Орлов А. В., Крукиер И. И., Друккер Н. А., Каушанская Л. В. Роль факторов роста в патогенезе неразвивающейся беременности // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2005. – № 3. – С. 7–10.
5. Подзолкова Н. М., Глазкова О. Л., Шарапова Г. А. и др. Экологические аспекты репродуктивной медицины: женщины в опасной и вредной профессиональной среде // Акуш. и гинек. – 2006. – Приложение. – С. 24–27.
6. Радзинский В. Е., Майкова И. Ю., Димитрова В. И. Комплексный подход к лечению неразвивающейся беременности в ранние сроки // Гинекология. – 2008. – Т. 10. № 1. – С. 42–45.
7. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему // Акуш. и гинек. – 2007. – № 5. – С. 24–27.
8. Фофанова И. Ю. Роль генитальной условно-патогенной микрофлоры в акушерстве и гинекологии // Гинекология. – 2008. – Т. 10. № 2. – С. 52–57.
9. Chen K. T., Eskild A., Bresnahan. M. et al. Previous maternal infection with *Toxoplasma gondii* and the risk of fetal death // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 193. № 2. – P. 443–449.
10. Yuan H., Platt R.W., Morin L. et al. Fetal deaths in the United States // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 193. № 2. – P. 489–495.

Поступила 16.04.2010