

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ

И.Б. Глуховец, А.И. Мирон, В.В. Сидоренко

Централизованное городское патологоанатомическое
отделение при МУЗ «ГКБ №11», МУЗ «ГКБ №8», г.Рязань.

На основании морфологического исследования соскобов из полости матки. В 51 случае раннего самопроизвольного выкидыша и 53 случаев неразвивающейся беременности было выяснено, что в специализированном гинекологическом стационаре доля невынашивания беременности составляет в среднем 14%., основной клинической формой нарушения беременности является ранний самопроизвольный выкидыш с клиническими проявлениями на 5-6 нед. гестации (п.о.). Гематогенные инфекции, и различные эндокринопатии матери были признаны наиболее частыми причинами раннего самопроизвольного выкидыша, а при неразвивающейся беременности наибольшее значение имеет хромосомная патология трофобласта с манифестацией клинических симптомов на сроке 7-8 нед.(п.о.).

Невынашивание беременности, занимает особое место среди гинекологической патологии по своей медико-социальной значимости. Спорадические самопроизвольные выкидыши, а также неразвивающаяся беременность являются серьезной проблемой современного общества [1;5;6]. По данным статистики, в МУЗ «ГКБ №8» в 2007г. общее количество женщин с невынашиванием беременности в первом триместре составило 14%, из них самопроизвольных выкидышей 9,75%; неразвивающихся беременностей 4,32%. С каждым годом количество женщин страдающих невынашиванием беременности на ранних сроках растет. Ранняя эмбриоплацентарная недостаточность вызывается множеством причин эндо- и экзогенного происхождения. Изучение ее патогенетических механизмов в настоящее время является важнейшей проблемой антенатальной патологии [2;6].

Выявление патологии развития маточной беременности основано на клинко-морфологических представлениях о пролиферативной активности трофобласта, состоянии эмбрио- и плацентогенеза, наличии циркуляторных, метаболических и воспалительных изменений [2].

Целью данного исследования было выявить клинко-морфологические формы невынашивания беременности и сопоставить их с изменениями эмбрио- и плацентогенеза в различные периоды первого триместра.

Материалы и методы

Основными объектами исследования были выбраны соскобы из полости матки и медицинская документация (история болезни). Отбирались соматически здоровые женщины в возрасте от 18 до 35 лет, у которых беременность в первом триместре закончилась самопроизвольным или несостоявшимся выкидышем (неразвивающаяся беременность). Для разделения на учетные группы использовался общепри-

нятый комплекс клинической и ультразвуковой диагностики. Соскобы из полости матки и кусочки хориального мешка запускались полностью, обрабатывались по стандартной методике и окрашивались гематоксилином и эозином. Дальнейшая патоморфологическая диагностика причин невынашивания проводилась по алгоритмам, разработанным в Ленинградском областном патологоанатомическом бюро [2]. В данной информационно-диагностической программе выделяются следующие морфологические причины невынашивания: эндокринная патология; хромосомная патология; восходящая инфекция; гематогенная инфекция; аутоиммунная патология.

Были определены следующие группы исследования:

- самопроизвольные выкидыши – 51 наблюдение;
- неразвивающаяся беременность – 53 наблюдения.

По сроку прерывания беременности, на основании гинекологического осмотра и данных ультразвукового сканирования выбранные группы разделялись на подгруппы:

1. 3-4 нед.(п.о.)
2. 5-6 нед.(п.о.)
3. 7-8 нед.(п.о.)
4. 9-10 нед.(п.о.)

Результаты и их обсуждение

Анализируя частоту данной патологии в структуре нозологии специализированного гинекологического стационара можно отметить, что доля женщин с неразвивающейся беременностью составляет 4,32%, что примерно в 2 раза меньше чем количество ранних самопроизвольных выкидышей.

Более половины всех случаев ранних самопроизвольных выкидышей (52,93%) было отмечено на 5-6 нед. гестации. Анализируя характер патоморфологических причин приводящих к ранним самопроизвольным выкидышам, следует отметить, что наиболее частой причиной (41,16%) является гематогенная инфекция, не намного опередившая по значимости эндокринную патологию (39,21%) (табл.№1). Особый интерес представляет тот факт, что на 5-6 нед. максимальное проявление имеют различные эндокринные нарушения, а количество гематогенной инфекции на этом сроке примерно в 1,5 раза меньше. Это может свидетельствовать о том, что к 5-6 нед (п.о.) начинает угасать функциональная активность гравидарного желтого тела, плацента еще не сформирована, вследствие чего происходит относительный спад уровня прогестерона [6], что и является непосредственной причиной гибели беременности в этом сроке.

Таблица 1

**Патоморфологические причины ранних
самопроизвольных выкидышей(%)**

	3-4 нед.	5-6 нед.	7-8 нед.	9-10 нед.	всего:
Эндокринная патология	7,84	27,45	3,92	---	39,21
Хромосомная патология	3,92	5,88	---	---	9,8
Восходящая инфекция	3,92	---	1,96	1,96	7,84
Гематогенная	5,88	19,6	7,84	7,84	41,16

инфекция					
Аутоиммунная патология	---	---	---	1,96	1,96
всего	21,56	52,93	13,72	11,76	100

При неразвивающейся беременности клиническая картина невынашивания наиболее часто (40,61%) проявлялась на сроке 7-8 нед.(п.о.), причем по значимости патоморфологические причины распределились в следующем порядке: хромосомная патология (39,61%); гематогенная инфекция (35,83%); аутоиммунная патология (22,62%) (табл.№2). Определенный интерес представляет распределение обозначенных причин по учетным подгруппам.

Таблица 2

Патоморфологические причины неразвивающейся беременности(%)

	3-4 нед.	5-6 нед.	7-8 нед.	9-10 нед.	всего:
Эндокринная патология	---	1,83	---	---	1,83
Хромосомная патология	10,32	9,43	16,09	3,77	39,61
Восходящая инфекция	---	---	---	---	---
Гематогенная инфекция	1,88	1,88	22,64	9,43	35,83
Аутоиммунная патология	1,88	13,2	1,88	5,66	22,62
всего	14,08	26,34	40,61	18,86	100

Доля хромосомной патологии резко увеличивается к 7-8 нед. гестации, со значительным падением значения на более поздних сроках, что в целом, совпадает с данными полученными другими исследователями [1;6].

Вероятнее всего, если на начальных этапах эмбриогенеза имеют место хромосомные нарушения, без сочетанной патологии у матери, то это приводит к ранней гибели эмбриобласта и клинической картине самопроизвольного выкидыша на сроках от 3х до 6 нед.(п.о.). Если у женщины обнаружена недостаточность какого либо звена иммунитета, то невынашивание приобретает течение неразвивающейся беременности [6]. Местная защитная реакция в виде диффузно-очаговой лимфоплазмоцитарной инфильтрации децидуальной ткани и присоединившегося вторичного экссудативного децидуита вследствие восходящего инфицирования максимально проявляется в более поздних сроках, что и приводит к манифестации клинической картины гибели беременности в срок 7-8 нед. (п.о.).

По нашим данным аутоиммунная патология является основной причиной гибели беременности на сроке 5-6 нед.(п.о.), так как, к этому сроку происходит максимальная активизация иммунной реакции материнского организма [3;5;6].

Доля гематогенной инфекции при неразвивающейся беременности имеет свое наибольшее значение на сроке 7-8 нед.(п.о.). При сравнительном анализе данной клинико-морфологической причины (табл №1;2) в исследуе-

мых группах определенный интерес представляет тот факт, что при самопроизвольном выкидыше максимальное значение было определено на более раннем сроке. Вероятнее всего, имеет место то обстоятельство, что инфицирование при неразвивающейся беременности происходит так же на более раннем сроке, а отсутствие клинической картины выкидыша пролонгирует ее срок еще на 2-3 нед. Таким образом, критическим периодом манифестации гематогенной инфекции при невынашивании беременности, в исследуемых группах, можно считать срок 5-6 нед.(п.о.). Среди возбудителей большое значение имеют как хронические урогенитальные инфекции, так и различные вирусные агенты, имеющие клинко-морфологическую картину острого альтеративно-го воспаления. Верификация возбудителя в данном случае имеет принципиально важное значение, так как существуют различия в клинической картине, диагностике, в морфологических проявлениях и соответственно в лечении.

Таким образом, полученные данные в целом совпадают с принятыми критическими периодами эмбриогенеза [5;6], уточняют морфологические причины 1 и 2 критического периода, и открывают перспективу дальнейшего исследования патологии приводящей к невынашиванию беременности на ранних сроках.

Выводы

1. доля больных с патологией невынашивания беременности на ранних сроках в структуре нозологии специализированного стационара в Рязани занимает значительное место и соответствует 14% с тенденцией к незначительному увеличению.
2. основной клинической формой нарушения беременности является ранний самопроизвольный выкидыш с клиническими проявлениями на 5-6 нед. гестации.
3. наиболее частыми причинами раннего самопроизвольного выкидыша являются гематогенные инфекции, и различные эндокринопатии матери.
4. при неразвивающейся беременности наибольшее значение имеет хромосомная патология трофобласта с манифестацией клинических симптомов на сроке 7-8 нед. (п.о.).

ЛИТАРАТУРА

1. Абрамченко В.В., Шабалов Н.П. Клиническая перинатология. – Петрозаводск., 2004. – 633 с.
2. Глуховец Б.И. Патоморфологическая диагностика ранних самопроизвольных выкидышей. – С.Пб., Грааль, 1999 – 96с.
3. Милованов А.П. Патология системы мать – плацента – плод. Руководство для врачей. – М., Медицина, 1999. – 447с.
4. Милованов А.П., Функциональная морфология и механизмы регуляции плацентарно-плодового кровотока.// Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов – 1999. – №2. – С. 50-55.
5. Радзинский В.Е., Милованов А.П. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности. – М. Медицинское информационное агентство. 2004. – 393 с.
6. Сидельникова В.М. Эндокринология беременности в норме и патологии. – М. Медпресс-информ. 2007. – 352 с.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL COMPARISONS AT THE PREMATURE OF THE EARLY TERMS PREGNANCY

I.B. Glukhovets, A.I. Mirov, V.V. Sidorenko

It was made on the basis of morphological research of the scarpings off the uterus cavity . In 51 cases of early spontaneous miscarriages and 53 cases of not developing pregnancy it has been found out, that in the specialized gynecological hospital the share of the premature pregnancy makes up average 14 %. The basic clinical form of infringement of pregnancy is early spontaneous miscarriage with clinical displays after 5-6 weeks of pregnancy. Hematogenic infections and various endocrine diseases of mothers have been recognized as the most often reasons of early spontaneous miscarriages. While not developing pregnancy the chromosome pathology of trophoblasts with demonstration of clinical symptoms during 7-8 weeks has the greatest value.