

Носкова И.Н., Онишевская Г.П., Тришкин А.Г., Артымук Н.В.
 МУЗ «Центральная районная больница Кемеровского района»,
 Кемеровское областное патологоанатомическое бюро,
 Кемеровская государственная медицинская академия,
 г. Кемерово

НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ, ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ АБОРТИВНОГО ИСХОДА

Одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства остаётся невынашивание беременности, в том числе неразвивающаяся беременность. Причины неразвивающейся беременности разнообразны. Проанализированы 58 случаев неразвивающейся беременности в 1-2 триместрах беременности. При морфологическом исследовании эндометрия и плодного яйца выявлено наличие признаков инфекционного поражения в 67,2 %, признаков гормональной недостаточности – в 70,7 %, их сочетание – в 44,8 %.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: неразвивающаяся беременность; морфологическое исследование плодного яйца.

Noskova I.N., Onishevskaya G.P., Trishkin A.G., Artyumuk N.V.
 Central regional hospital of the Kemerovo region,
 Kemerovo regional pathoanatomical bureau,
 Kemerovo state medical academy, Kemerovo

NON-DEVELOPING PREGNANCY, MAIN REASONS FOR ABORTIVE OUTCOME

One of the most topical problems of modern obstetrics remains habitual non-carrying of pregnancy, including non-developing of pregnancy. Reasons for non-developing pregnancy are various. 58 cases of non-developing pregnancy in the 1-2 trimesters have been analyzed. With morphological investigation of uterine lining and gestational sac, presence of signs of infectious affect in 67,2 %, signs of hormonal insufficiency – in 70,7 % and their combinations – 44,8 % have been revealed.

KEY WORDS: non-developing pregnancy; morphological investigation of a gestational sac.

Неразвивающаяся беременность — нарастающая по частоте и тяжести последствий причина репродуктивных потерь, одна из главных проблем мировой медицины [1]. Самопроизвольно в Российской Федерации прерывается каждая пятая желанная беременность. Невынашивание беременности не имеет тенденции к снижению, и при современной демографической ситуации эта проблема приобретает особое социальное значение [2, 3]. Неразвивающаяся беременность — гибель эмбриона или плода на сроках до 20 недель при отсутствии экспульсии элементов плодного яйца из полости матки.

Причины неразвивающейся беременности разнообразны, но в первом триместре наибольшее значение имеют генетический, инфекционный, эндокринный и аутоиммунный факторы [3, 4]. Самопроизвольный выкидыш часто является следствием не одной, а нескольких причин, действующих одновременно или последовательно [2]. Генетические и, частично, инфекционные причины ведут к закладке аномального эмбриона.

Повреждающее действие других факторов (анатомических, эндокринных, иммунологических) связывают с созданием неблагоприятного фона для развития генетически полноценного плодного яйца, что ведет к истощению резервных возможностей хориона и остановке развития.

Критические сроки в 1 триместре беременности: 6-8 недель — гибель эмбриона, 10-12 недель — экс-

пульсия плодного яйца [4]. Женщины, однажды перенесшие внутриутробную гибель плода, в последующем подвержены более высокому риску данного осложнения беременности. После одного эпизода внутриутробной гибели плода общий риск повторной гибели плода составляет примерно 20 %, после трех эпизодов риск достигает 30-40 % [5].

Цель работы — изучить репродуктивный анамнез, морфологические особенности плодного яйца при неразвивающейся беременности в 1-2 триместрах беременности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ 58 историй болезни женщин, поступивших в гинекологическое отделение МУЗ ЦРБ Кемеровского района за 2008-2010 гг. с диагнозом: «Неразвивающаяся беременность». Диагноз неразвивающейся беременности устанавливался на основании результатов ультразвукового исследования (отсутствие эмбриона при размерах плодного яйца 25 мм и более при трансабдоминальном сканировании и 18 мм и более при трансвагинальном сканировании, отсутствие сердцебиения эмбриона с копчиком-теменным размером 5 мм и более) [4].

Гистологическое исследование проводилось на базе Кемеровского областного патологоанатомического бюро. Абортивный материал подвергали морфологическому исследованию по стандартной методике формалиновой фиксации, спиртовой проводки и парафиновой заливки с изготовлением срезов толщиной 6-8 мкм и их окраской гематоксилином и эозином. Минимальное количество исследованных объектов соскоба эндометрия включало в себя 15 кусочков (из

Корреспонденцию адресовать:

НОСКОВА Ирина Николаевна,
 Тел.: +7-905-960-65-07. E-mail: irnikno@yandex.ru

маточно-плацентарной области, децидуальной ткани, эндометрия и ворсинчатого хориона зон) [6-8].

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием электронных таблиц «Excel», пакета прикладных программ (ППП) «Statistica for Windows 6,0».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ:

Возраст пациенток колебался от 17 до 42 лет и в среднем составил $27,2 \pm 5,8$ лет. Большинство пациенток (82,7 %) находились в активном репродуктивном возрасте, 13,8 % — в позднем, а 3,4 % — в раннем репродуктивном возрасте. В сельской местности проживали 55 % женщин, жительницами г. Кемерово явились 38 %, иногородними — 7 % пациенток. Среди обследованных 58,6 % были служащими, 19 % домохозяйками, 15,5 % рабочими и 6,9 % учащимися. В зарегистрированном браке находились 83,8 % женщин, в гражданском браке состояли 13,5%, 2,7 % женщин были одиночками. Каждая третья женщина отмечала наличие инфекционных заболеваний в анамнезе (ветряная оспа, краснуха, ангина), 6,9 % женщин переболели сифилисом, 8,6 % являлись носителями вируса гепатита В и С.

Анализ менструальной функции показал, что средний возраст менархе составил $13,3 \pm 1,2$ лет (11-17 лет), продолжительность менструального цикла составила $28,4 \pm 2,0$ дней (21-36 дней), длительность менструации — $4,7 \pm 0,9$ дней (3-7 дней). Среди обследованных нарушение менструального цикла имели 12,2 % женщин. Возраст начала половой жизни колебался от 14 до 22 лет, составив в среднем $17,6 \pm 1,8$ лет. Гинекологический анамнез был отягощен у половины больных, из них воспалительными процессами гениталий — у 20,7 %, фоновыми заболеваниями — у 34,5 %, опухолями половых органов — у 10,3 %, синдромом поликистозных яичников, врожденными пороками развития гениталий, бесплодием — по 1,7 %. Конизация шейки матки выполнена 15,5 % женщин, операции на придатках — 3,4 %, кесарево сечение — 5,2 %. До наступления настоящей беременности 20,7 % женщин пользовались различными методами контрацепции.

У 27,6 % пациенток настоящая беременность была первой, 53,4 % были рожавшими. Суммарное количество предыдущих беременностей составило 117. Из них, родами живыми детьми закончились 35,9 %, медицинскими абортами — 44,4 %, выкидышами на ранних и поздних сроках — 18,8 %, прерыванием по медицинским показаниям в позднем сроке беремен-

ности — 0,8 %. Имели в анамнезе от 1 до 6 медицинских абортот 34,5 % женщин, 32,7 % пациенток — самопроизвольное прерывание беременности, в т.ч. у 5,2 % имели место повторные выкидыши. Репродуктивные потери в ранние сроки беременности имели 19 % нерожавших женщин. До наступления настоящей беременности предыдущая завершилась самопроизвольным прерыванием у 22,4 % пациенток, в т.ч. неразвивающейся беременностью — у 8,6 %. В 54 % случаев интергенеративный интервал между предшествующей и настоящей беременностями составил от нескольких месяцев до двух лет.

Желанной настоящей беременность была для 94 % женщин, однако планировали беременность только 12 % пациенток. Среди обследованных предгравидарную подготовку получали 8,6 % пациенток. У 70 % женщин беременность протекала с осложнениями: угроза прерывания беременности — 57 %, кольпит — 10,3 %, ОРВИ — 6,9 %, в т.ч. с повышением температуры — 5,2 %, пиелонефрит — 5,2 %, обострение герпетической инфекции — 5,2 %, анемия — 5,2 %. Медикаментозную терапию во время беременности получали 63,8 % беременных: спазмолитики — 48,3 %, гормоны — 34,5 %, витамины — 44,8 %, седативные препараты — 36,2 %, фолиевую кислоту — 31 %, саницию влагалища — 15,5 %, антибиотики — 1,7 %.

Ультразвуковые признаки повышенного тонуса матки выявлены у 46,6 % женщин, признаки отслойки плодного яйца — у 10,3 %. В 96,5 % случаев признаки неразвивающейся беременности диагностированы до 12 недель беременности, в 3,5 % — во втором триместре беременности. Воспалительные изменения в клиническом анализе крови обнаружены в 7 % случаях. 3-4 степень чистоты влагалищного мазка выявлена у 37 % пациенток. Анализ посевов содержимого цервикального канала показал, что в 52,4 % случаев определялась условно-патогенная и сапрофитная флора: *Ent. faecium*, *E. coli*, гарднерелла, *St. haemolyticus*, грибы рода *Candida*, *Cor. jeheium*; у 28,6 % в посевах выявлена ацидофлора; в 19 % случаев рост микрофлоры отсутствовал. У 17,2 % женщин выявлена лейкоцитурия и/или бактериурия. Всем пациенткам проводилось удаление плодного яйца путем инструментального выскабливания полости матки или мануальной вакуумной аспирации с последующим гистологическим исследованием полученного материала. В послеоперационном периоде все женщины получали противовоспалительную, антибактериальную терапию, утеротоники; в 8,6 % случаев — антианемическую и спазмолитическую терапию. Среднее пребывание в стационаре составило $7,1 \pm 3,4$ койко-дней.

Сведения об авторах:

НОСКОВА Ирина Николаевна, врач акушер-гинеколог, МУЗ «ЦРБ Кемеровского района», аспирант кафедры акушерства и гинекологии № 2 ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

ОНИШЕВСКАЯ Галина Петровна, врач-патологоанатом, Кемеровское областное патологоанатомическое бюро, г. Кемерово, Россия.

ТРИШКИН Алексей Геннадьевич, канд. мед. наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии № 2, ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

АРТЫМУК Наталья Владимировна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2, ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

При патоморфологическом исследовании плодного яйца (рис. 1) в 67,2 % случаев выявлено наличие инфекционно-воспалительных изменений (эндометрит, децидуит), причем в 39,6 % преобладали гнойные формы. Гематогенное инфицирование плодного яйца зарегистрировано в 6,9 % случаев. В маточно-плацентарной области в децидуальной ткани имеются мелкоочаговые некрозы с негустой лимфоидной инфильтрацией. При наличии гематогенной инфекции в железах местами определяются гигантоклеточная трансформация эпителия или единичные мелкие очажки обызвествления. Признаки хронического эндометрита (рис. 2) выявлены у 20,7 % пациенток с неразвивающейся беременностью.

Морфологические признаки гормональной недостаточности зарегистрированы в 70,7 % случаев: мелкие железы эндометрия с низким эпителием и отсутствием характерного «пилообразного» очертания,

наличие прецидуальных клеток с дистрофическими изменениями, отсутствие «клубков» спиральных артерий. Гормональная недостаточность часто сочетается с нарушением дифференцировки ворсин хориона, отсутствием инвазии цитотрофобласта в эндометрий, гипоплазией ворсин, нарушением васкуляризации ворсин (рис. 3). Сочетание инфекционно-воспалительных изменений и гормональной недостаточности при неразвивающейся беременности отмечено в 44,8 % случаев.

Хромосомные аномалии плодного яйца (рис. 4) выявлены лишь в 3,5 % случаев.

Таким образом, высокая частота спорадических прерываний беременности по типу неразвивающейся беременности наблюдается у пациенток репродуктивного возраста с отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезом, осложненным течением ранних сроков беременности, наличием условно-па-

Рисунок 1

Морфологические изменения эндометрия и плодного яйца

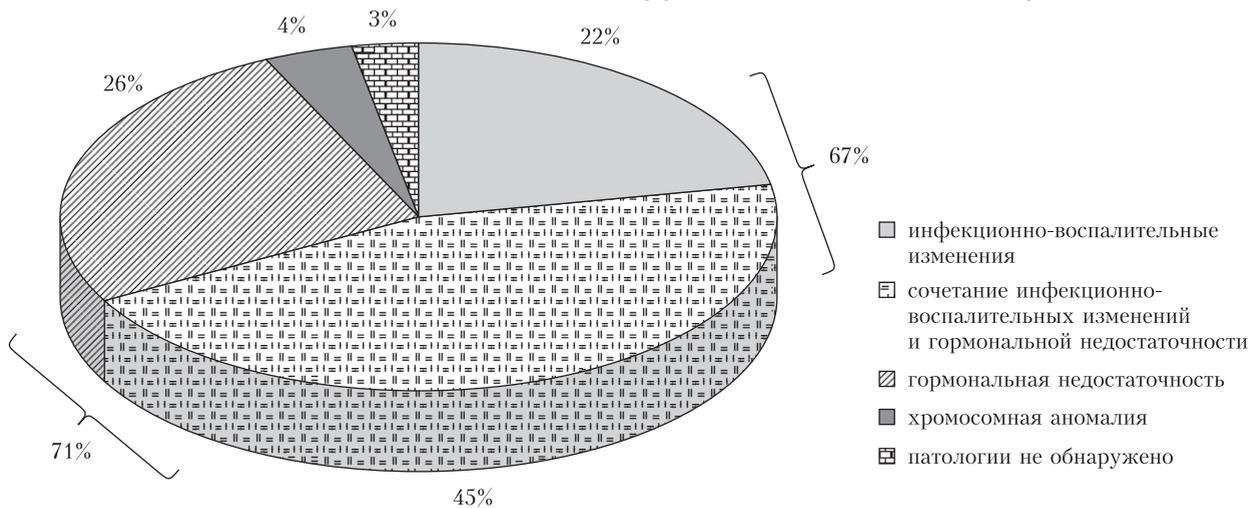


Рисунок 2

Хронический эндометрит

Примечание: 1 - периваскулярная лимфоидная инфильтрация; 2 - отсутствие децидуальной перестройки стромы; 3 - типичный "клубок" спиральных артерий; 4 - незавершенная гравидарная трансформация желез.

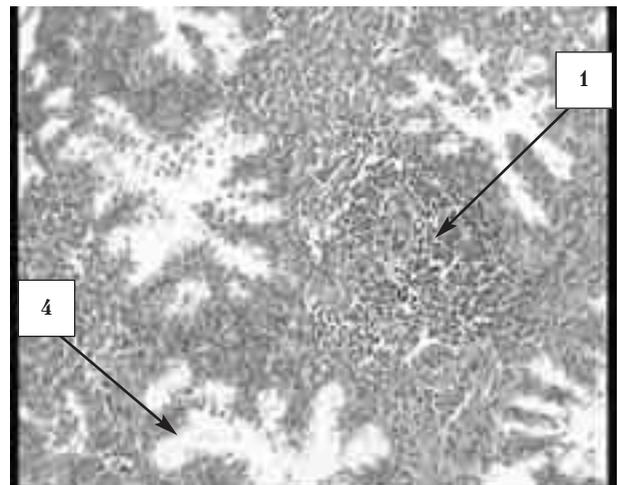
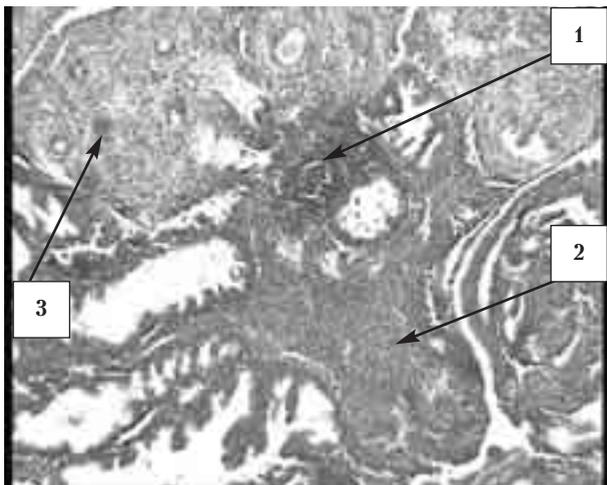


Рисунок 3

Гравидарная гипоплазия эндометрия

Примечание: 1 - нарушение васкуляризации ворсин; 2 - отсутствие "клубков" спиральных артерий; 3 - отсутствие децидуальной перестройки стромы; 4 - незавершенная гравидарная трансформация желез.

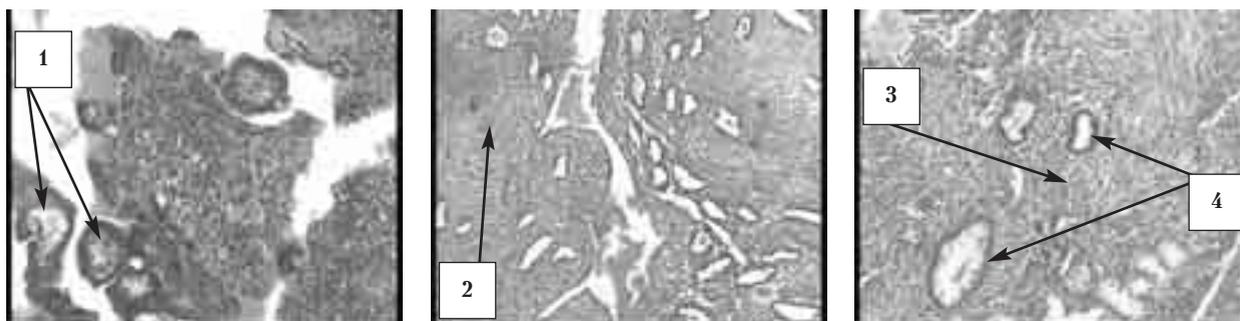
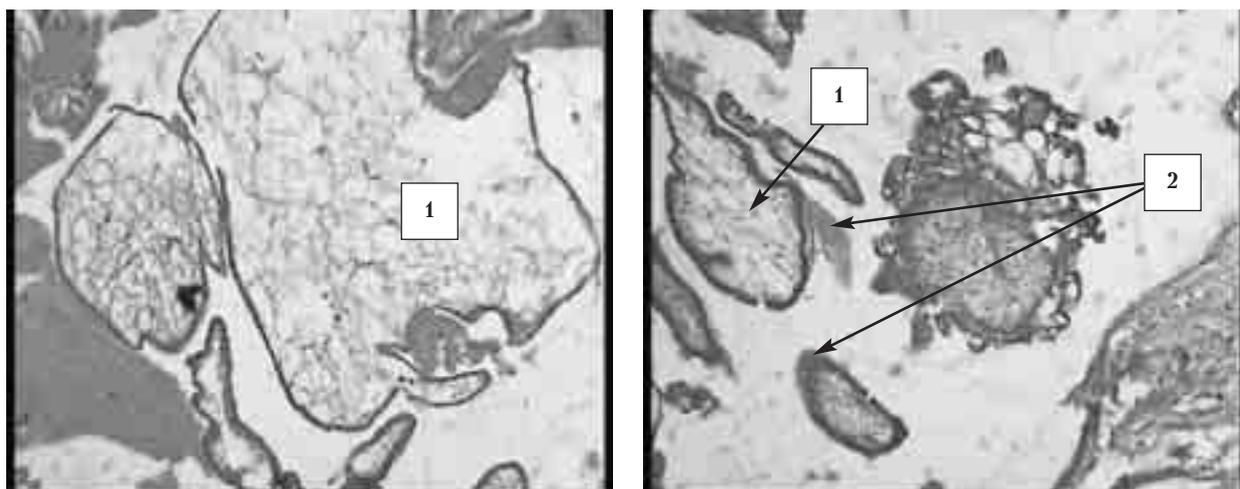


Рисунок 4

Хромосомные аномалии

Примечание: 1 - отечные аваскуляризованные ворсины (срок гестации 6-7 нед.); 2 - гипоплазия трофобластических колонн.



тогенной и сапрофитной флоры в цервикальном канале. При морфологическом исследовании в 67,2 % случаев регистрировались признаки инфекционно-

го поражения плодного яйца, в 70,7 % – признаки гормональной недостаточности, в 44,8 % случаев наблюдалось их сочетание.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ранние сроки беременности /под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. – М.: Status Praesens, 2009. – 480 с.
2. Антипов, М.С. Прегравидарная подготовка эндометрия при невынашивании беременности /М.С. Антипов, Н.Э. Засядкина //Журнал практического врача акушера-гинеколога. – 2008. – № 1-2(15). – С. 3-7.
3. Мандрыкина, Ж.А. Ранние эмбриональные потери. Возможные этиологические факторы /Ж.А. Мандрыкина: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 25 с.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1056 с.
5. Акушерство, гинекология и здоровье женщины /Ф. Карр, Х. Риццотти, К. Фройнд и др.; Пер. с англ.; под общ. ред. проф. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 176 с.
6. Глуховец, Б.И. Патология последа /Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец. – СПб.: Грааль, 2002. – 448 с.
7. Глуховец, Б.И. Патоморфологическая диагностика ранних самопроизвольных выкидышей /Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец. – СПб.: Грааль, 1999. – 96 с.
8. Милованов, А.П. Патология системы мать-плацента-плод: руков. для врачей /А.П. Милованов. – М.: Медицина, 1999. – 447 с.

* * *