

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 616

В. Н. Эллиниди, Д. Ф. Костючек, Ю. Г. Рустанович

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОК С ДИАГНОЗОМ «НЕПРОГРЕССИРУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ»

ГОУ ВПО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург

Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает не прогрессирующая беременность — гибель эмбриона или плода на раннем сроке беременности с длительной задержкой его в полости матки [1–4]. Чаще всего это происходит в первом триместре — до 12 недель, однако прекращение развития может случаться и на более поздних сроках беременности [5–8]. Гибель эмбриона (плода) не всегда сопровождается быстрым самопроизвольным изгнанием его из матки. Отсутствие каких-либо пролиферативных и метаболических процессов со стороны клеточно-тканевых элементов плодного яйца в связи с их далеко зашедшими дистрофическими и некробиотическими изменениями усугубляется ареактивностью матки, которая не отторгает погибший плод, и он может задерживаться в матке на неопределенно долгое время, вплоть до предполагаемого срока беременности [9].

В структуре репродуктивных потерь частота не прогрессирующей беременности составляет 10–20% [10]. Этиология не прогрессирующей беременности разнообразна и зависит от многих факторов, действующих одновременно или последовательно [11–14]. В настоящее время считается, что наиболее частыми причинами прекращения жизнедеятельности плода являются генетические, гормональные, аутоиммунные, инфекционные факторы [6, 8, 15].

Цель исследования — проанализировать истории болезни пациенток с диагнозом «не прогрессирующая беременность» для возможного выявления причин прекращения жизнедеятельности плода.

Методы. Ретроспективный анализ, морфологическое исследование.

Результаты исследования. Проведен анализ 95 историй болезни пациенток с диагнозом «не прогрессирующая беременность» при сроках от 4 до 8 недель беременности (77 пациенток) и от 9 до 15 недель (18 пациенток), за период с 2005 по 2009 г. Средний возраст женщин составил 29,25 лет $\pm 1,0$ год. Диагноз не прогрессирующей беременности был поставлен по данным ультразвукового исследования при обращении в жен-

скую консультацию. При этом расхождение между гестационным сроком беременности и сроком прекращения жизнедеятельности плода составил 3,03 недели у женщин при сроках от 4 до 8 недель и 3,04 недели при сроках от 9 до 15 недель.

При анализе историй болезни женщин с непрогрессирующей беременностью отмечено, что беременность чаще замирала на сроках от 4 до 8 недель (4–8 нед. — 81% и 9–15 нед. — 19%). При изучении анамнеза пациенток с непрогрессирующей беременностью чаще всего прекращение жизнедеятельности плода происходило у первобеременных, как при сроках от 4 до 8 нед., так и при сроках от 9 до 15 нед. На втором месте по частоте непрогрессирующая беременность была у женщин, имевших в анамнезе более двух беременностей, независимо от срока (табл. 1).

Таблица 1. Особенности анамнеза женщин с непрогрессирующей беременностью

Акушерский анамнез и гинекологические заболевания	Срок беременности, %	
	4–8 нед. (81%)	9–15 нед. (19%)
Первая беременность	12,9	33,3
Срочные роды	1,2	5,5
Самопроизвольный выкидыш	3,89	5,5
Внематочная беременность	2,59	Не было
Непрогрессирующая беременность	3,89	Не было
Аборт	14,2	5,5
Миома матки	1,2	5,5
Воспалительные процессы придатков матки	11,6	5,5
Эрозия шейки матки	24,6	33,3
Сочетанная гинекологическая патология	7,79	22,2

Из гинекологических заболеваний чаще встречалась эрозия шейки матки: 24,6% при сроках от 4 до 8 нед. и 33,3% при сроках от 9 до 15 нед. Также следует отметить, что наблюдалось сочетание воспалительных процессов и эрозии шейки матки (табл. 1). У 40,2% пациенток при сроках 4–8 нед. и 27,7% при сроках 9–15 нед. были выявлены следующие урогенитальные инфекции: уреаплазмоз, хламидиоз, микоплазмоз. У всех пациенток проводилось лечение до беременности, без контрольных исследований и лечения партнера. Сопутствующие соматические заболевания имели 32,46% пациенток при сроках 4–8 нед. и 27,7% при сроках 9–15 нед., чаще встречались заболевания мочевыделительной системы (30,7% — 4–8 нед., 40% — 9–15 нед.), желудочно-кишечного тракта (30,7% — 4–8 нед., 20% — 9–15 нед.) и др. Наличие соматической патологии отрицали 67,53% пациенток при сроках 4–8 нед. и 72,2% при сроках 9–15 нед. При исследовании биоценоза влагалища, признаки воспаления были выявлены у 56 пациенток, из них 43 пациентки (76,7%) были со сроками от 4 до 8 нед., и 13 пациенток (23,2%) со сроками беременности от 9 до 15 нед. При поступлении жалобы предъявляли 73 пациентки (76,8%), из которых только 2 были при сроках непрогрессирующей беременности 9–15 нед. При этом кровянистые выделения были у 63 пациенток (86,3%).

Перед опорожнением полости матки пациенткам брали венозную кровь для общего анализа крови и коагулограммы. У 16 (16,8%) пациенток отмечалось повышение

количества тромбоцитов до 320×10^9 клеток/L и выше, при этом 3 (18,7%) пациентки были на сроках от 9 до 15 нед. и 13 (81,2%) пациенток — от 4 до 8 нед. беременности. При изучении показателей отмечалось, что у пациенток со сроком беременности от 9 до 15 нед. наряду с изменениями количества тромбоцитов имелось увеличение показателя АПТВ. Несмотря на то что остальные показатели коагулограммы были в пределах референтных значений, можно говорить о нарушении в свертывающей системе крови у данных пациенток. В группе пациенток со сроками беременности от 4 до 8 нед. также отмечалось увеличение показателя АПТВ при одновременном повышении тромбоцитов, что также свидетельствует о наличии нарушений в свертывающей системе крови. Наличие лейкоцитоза у всех пациенток с тромбоцитозом указывает на присутствие бактериальной, вирусной или грибковой инфекции.

При морфологическом исследовании трофобласта отмечалась патологическая незрелость ворсин хориона, аваскуляризованные ворсины наблюдались в 55,5% случаев при сроке непрогрессирующей беременности от 4 до 12 нед., гиповаскуляризованные ворсины были выявлены в 13% случаев при сроке беременности 10–12 нед. При сроке непрогрессирующей беременности 14–15 нед. чаще наблюдались (75%) склерозированные ворсины, реже (25%) гипо- и аваскуляризованные ворсины. Известно, что развитие фиброза стромы ворсин часто наблюдается при преэклампсии, диабете у беременных, а также при иммунологических нарушениях и несовместимости по группе крови [16].

Дистрофические изменения ворсин хориона в виде гидропической дистрофии с развитием крупных кист наблюдались чаще (44,4% случаев) при сроке непрогрессирующей беременности 4–12 нед. По данным E. Jauiaux, J. Hustin (1998) считается, что первичные хромосомные нарушения затрагивают процессы фетального васкулогенеза, что проявляется аваскуляризацией ворсин и кистозной трансформацией с формированием крупных полостей [17].

Воспалительные изменения плаценты были представлены различными патоморфологическими проявлениями, от серозной лейкоцитарной инфильтрации до очаговых некрозов децидуальной ткани и развития экссудативно-некротического децидуита, субхориального интервиллусита с краевым стоянием лейкоцитов и развитием фибринозно-лейкоцитарного воспаления. Лейкоциты определялись в межворсинчатом пространстве и базальной пластинке. Воспалительные изменения в децидуальной ткани коррелировали со сроком беременности и наблюдались чаще при сроке непрогрессирующей беременности 9–15 нед. (52,9%) в сравнении со сроком прекращения жизнедеятельности плода 4–8 нед. (37%) ($p > 0,05$).

Морфологические проявления недостаточности гравидарного желтого тела и относительной гипопрогестеронемии наблюдались чаще (67%) при сроке непрогрессирующей беременности 4–8 нед. и в 60% случаев при сроке 9–12 нед., и лишь в 25% данные проявления отмечались при сроке 13–15 нед. Основные гистологические изменения при данной патологии были представлены неполноценной гравидарной трансформацией эндометрия, в виде преобладания отростчатых преддецидуальных клеток в отечной строме с расположенными в ней узкими и кистозно-растянутыми железами эндометрия с низким функциональным слоем эпителия. Сочетание воспалительного процесса в виде серозного экссудативного и экссудативно-некротического децидуита с незавершенной гравидарной трансформацией эндометрия наблюдалось в каждом 3 случае.

Данные комплексного клинико-морфологического исследования позволили выделить особенности патогенеза непрогрессирующей беременности, такие как преобладание гормональных и хромосомных нарушений на сроках 4–8 нед., инфекционные и иммунологические причины на сроках 9–15 нед.

Литература

1. Зароченцева Н. В. Морфофункциональное состояние эндометрия у женщин с невынашиванием беременности гормонального генеза // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии 2003. Т. 2, № 1. С. 49–52.
2. Кира Е. Ф., Цвелев Ю. В., Беженарь В. Ф., Берлев И. В. Невынашивание беременности. СПб., 1999. 60 с.
3. Невынашивание беременности: этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение: учеб. пособие / Н. Г. Кошелева, О. Н. Аржанова, Т. А. Плужникова. СПб., 2002. 59 с.
4. Салов И. А., Маринушкин Д. Н. Прекращение секреции фетального окситоцина как причинный фактор задержки погибшего плода в полости матки при неразвивающейся беременности // Тез. докл. III межобл. научн.-практ. конф. Саратов, 1997. С. 93.
5. Винницкий О. И. Ранняя диагностика неразвивающейся беременности, профилактика ее осложнений: метод. рекомендации. Львов, 1987.
6. Глуховец Б. И., Глуховец Н. Т. Патоморфологическая диагностика ранних самопроизвольных выкидышей. СПб., 1999. 96 с.
7. Иммуноферментный метод определения плацентарного альфа 1-микроглобулина в сыворотке крови человека / Петрунин Д. Д., Зарайский Е. И., Олефиренко Г. А. и др. Информационное письмо МЗ СССР, 1990.
8. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности — современный взгляд на проблему // Акушерство и гинекология. 2007. № 5. С. 24–27.
9. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности. М.: Триада-Х, 2002. 304 с.
10. Сидорова И. С., Шешукова Н. А. Неразвивающаяся беременность // Гинекология 2006. Т. 3, № 8. С. 4–7.
11. Кулаженко В. П. Аномалия развития абортусов. Тератология человека // под ред. Г. И. Лазюка. М.: Медицина, 1991.
12. Серов В. Н., Тихомиров А. Н., Лубнин Д. Ж. Современные принципы терапии воспалительных заболеваний женских половых органов: метод. пособие для врачей акушеров-гинекологов. М., 2003. 19 с.
13. Сидельникова В. М. Гормональные аспекты в клинике невынашивания // Русский медицинский журнал. 2001. Т. 9, № 19. С. 817–819.
14. Слепцова С. И. Факторы риска и причины невынашивания беременности // Акушерство и гинекология. 1991. № 4. С. 20–23.
15. Глуховец Б. И., Глуховец Н. Г., Тарасов В. Н. и др. Патоморфологические и гормональные критерии в диагностике причин самопроизвольных выкидышей // Архив патологии. 2001. Т. 63, № 5. С. 31–36.
16. Vijay V. Joshi. Handbook of Placental Pathology. New York, 1994.
17. Jaiiaux E., Hustin J. Chromosomally abnormal early ongoing pregnancies: correlation of ultrasound and placental histological findings // Hum. Pathol. 1998. Vol. 29. P. 1195–1199.

Статья поступила в редакцию 7 июня 2012 г.