

## ФАКТОРЫ РИСКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПУТИ ЕЁ ПРОФИЛАКТИКИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
УЗ «5-я городская клиническая больница», г. Минск

---

Неразвивающаяся беременность является частой патологией гестации и составляет 18% среди самопроизвольных выкидышей в Республике Беларусь. Согласно научным данным, причиной неразвивающейся беременности могут быть различные генетические, анатомические, эндокринные, иммунологические факторы, а также наличие воспалительных процессов в организме. В статье отражен ретроспективный анализ 76 историй болезни пациенток с неразвивающейся беременностью. На основании изучения анамнеза, результатов клинических и лабораторных обследований, а также гистологических заключений показано, что наиболее важным фактором риска возникновения неразвивающейся беременности является воспалительный процесс уrogenитального тракта. Выявлено, что максимальная инфекционная нагрузка приходится на возраст 20–29 лет, а наиболее часто (в 59,2% случаев) при обследовании обнаруживается условно-патогенная флора (*E. Coli* в 53,3% случаев, *Ent. Faecalis* – в 35,5%, *St. Hemolyticus* – в 13,2%). У пациенток с неразвивающейся беременностью в 77,6% случаев отмечается наличие воспалительно-инфекционных изменений при патоморфологическом исследовании. Полученные данные свидетельствуют о необходимости обязательного обследования на наличие инфекций уrogenитального тракта и санации хронических воспалительных очагов в программах реабилитации и прегравидарной подготовки женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе.

**Ключевые слова:** неразвивающаяся беременность, инфекции уrogenитального тракта, прегравидарная подготовка.

**E. N. Kirillova, V. N. Sidorenko, I. H. Hashem**

### **RISK FACTORS OF NON DEVELOPING PREGNANCY AND WAYS OF ITS PREVENTION**

*Non developing pregnancy is common gestation pathology and is 18% of spontaneous abortions in the Republic of Belarus. According to scientific data, the cause of non developing pregnancy can be a variety of genetic, anatomic, endocrine, immunological factors, and the presence of inflammatory processes in the body. The article reflects the retrospective analysis of 76 clinical records of patients with non developing pregnancy. Based on the study of records, the results of clinical and laboratory examinations as well as histological reports show that the most important risk factor for non developing pregnancy is an inflammation of the urogenital tract. It was found that the maximum infectious*

## □ Оригинальные научные публикации

*burden falls on the age of 20–29 years, and most frequently (in 59.2% of cases) conditionally pathogenic flora (E. Coli in 53.3% of cases, Ent Faecalis – 35.5%, St. Hemolyticus – 13.2%). Patients with non developing pregnancy in 77.6% of cases were indicated with the presence of inflammatory and infectious changes in pathological morphological study. The findings indicate the need for mandatory testing for infections of the urogenital tract and the rehabilitation of chronic inflammatory lesions in the programs of rehabilitation and pregravid training for women with non developing pregnancy.*

**Key words:** non developing pregnancy, urogenital tract infection, pregravid preparation.

**Н**еразвивающаяся (замершая) беременность (НБ) согласно определению ВОЗ – внутриутробная гибель эмбриона (плода), не сопровождающаяся его самопроизвольным изгнанием из полости матки (выкидышем) с задержкой плодного яйца на неопределенно долгое время.

Частота НБ среди самопроизвольных выкидышей до 12 недель в Республике Беларусь составляет около 18% и не имеет тенденции к снижению, несмотря на активное изучение факторов риска и проводимые лечебно-профилактические мероприятия.

Многие авторы сходятся на том, что причиной НБ являются те же факторы, что и факторы, приводящие к самопроизвольным выкидышам в первом триместре беременности [3–6], и все чаще указывают на неблагоприятное влияние персистирующей патогенной и условно-патогенной флоры, включающей хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, вирус простого герпеса, цитомегаловирус и др. [3–5]. Персистенция в эндометрии бактериально-вирусной инфекции нередко сопровождается нарушениями в системе гемостаза и метаболическими изменениями в слизистой оболочке матки, что может приводить к эмбрио- и фетопатии, развитию первичной плацентарной недостаточности и гибели эмбриона или плода. Вирусная инфекция способна приводить к анэмбрионии, неразвивающейся беременности, порокам развития плода, самопроизвольным прерываниям беременности.

Действие других многочисленных факторов (генетических, анатомических, эндокринных, иммунологических) также связано с различными повреждающими механизмами, приводящими к истощению резервных возможностей хориона и гибели плодного яйца [1, 2, 6].

Цель: изучить репродуктивный анамнез и особенности этиологических факторов у женщин с НБ для последующей разработки методов профилактики и прегравидарной подготовки.

### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 76 историй болезни женщин с НБ в возрасте 18–45 лет, госпитализированных в гинекологические отделения УЗ «5-я ГКБ». Диагноз НБ устанавливался на основании результатов ультразвукового исследования при трансвагинальном сканировании. Признаками НБ считали отсутствие эмбриона при диаметре плодного яйца 18 мм (диагноз – анэмбриония) или отсутствие сердцебиения у эмбриона с копчико-теменным размером 5 мм. Всем пациенткам было выполнено раздельное диагностическое выскабливание слизистой полости матки с последующим гистологическим исследованием аборт-

тивного материала в Городском патолого-анатомическом бюро. Наличие повторной НБ являлось критерием исключения.

Результаты исследования статистически обработаны с помощью электронных таблиц Excel 2001 (Microsoft, США).

### Результаты и обсуждение

При анализе выявлено, что большинство пациенток находилось в активном репродуктивном возрасте (20–35 лет) – 59 человек (77,6%), в позднем репродуктивном – 11 (14,4%) и 6 (8%) в возрасте 18–20 лет. В зарегистрированном браке находились 81,5% женщин, 18,5% – в гражданском.

При поступлении большинство пациенток – 71% предъявляли жалобы на боли внизу живота ноющего характера, кровянистые выделения из половых путей отмечали 64,4% обследованных.

Анализ менструальной функции показал, что средний возраст менархе составил  $13,6 \pm 1,1$  лет, продолжительность менструального цикла –  $26,2 \pm 2,1$  дней, длительность менструации –  $4,1 \pm 0,8$  дней. В анамнезе у 13,1% женщин отмечены нарушения менструальной функции. Возраст начала половой жизни составил в среднем  $18,9 \pm 1,6$  лет.

Гинекологический анамнез был отягощен более чем у половины пациенток – 53 (69,7%). Из них – хронический аднексит имели 28 (36,8%), кольпит – 24 (31,6%), эндометрит – 14 (26,4%), фоновые заболевания шейки матки, потребовавшие хирургического лечения – 19 (35,8%).

У 54 (71%) женщин настоящая беременность протекала на фоне экстрагенитальной патологии инфекционного генеза. Из них у 62,9% была перенесена ОРВИ, в т.ч. с повышением температуры у 22,2%, обострение герпетической инфекции отмечали 9,2% женщин, пиелонефрит – 16,6%, цистит – 7,4%, бессимптомная бактериурия была выявлена у 11,1% пациенток.

У 32 (42,1%) женщин настоящая беременность была первой, у 44 (57,9%) в анамнезе были роды. Прегравидарную подготовку прошли только 21% обследованных женщин.

При гинекологическом осмотре у 76,3% пациенток размеры матки не соответствовали сроку беременности. По данным УЗИ – у 92,1% выявлено отсутствие сердцебиения, у 7,9% – анэмбриония. Около половины пациенток (38,1%) имели срок беременности 7–8 недель, что соответствовало периоду органогенеза. Уровень хорионического гонадотропина отставал от ожидаемого уровня соответствующему сроку в среднем на 3 недели.

## Оригинальные научные публикации

Анализ посевов цервикального канала показал, что в 59,2% случаев была выделена условно-патогенная флора. Из них *E. Coli* у 53,3%, *Ent. Faecalis* у 35,5%, *St. Hemolyticus* у 13,2%, а также другая бактериальная флора. При этом максимальная инфекционная нагрузка была в самой благоприятной для деторождения группе – 20–29 лет.

После удаления плодного яйца путем инструментального выскабливания полости матки все пациентки получали антибактериальную терапию, утеротоники, физиотерапевтическое лечение (лазеротерапия, переменные магнитные поля), по показаниям – антианемическое лечение. На 2–3 сутки после удаления замершей беременности всем пациенткам проводилось контрольное ультразвуковое исследование.

При патоморфологическом исследовании в 59 (77,6%) случаях выявлено наличие воспалительно-инфекционных изменений: в децидуальной ткани определялись мелкоочаговые некрозы с выраженной лимфоидной инфильтрацией; в железах – гигантоклеточная трансформация эпителия. При этом у 17 (28,8%) из них на фоне воспалительных изменений определялись морфологические признаки гормональной недостаточности – мелкие железы эндометрия с дистрофическими изменениями и отсутствием «клубочков» спиральных артерий.

Всем пациенткам после выписки было рекомендовано обследование на наличие инфекций передаваемых половым путем, оральная контрацепция не менее 6 месяцев, повторный курс физиотерапии.

Таким образом, НБ является часто встречающейся патологией беременности. Важным этиопатогенетическим механизмом НБ является воспалительный про-

цесс, связанный с хронической инфекционной патологией урогенитального тракта и его высокой обсемененностью (наиболее часто высеваемый возбудитель *E. Coli* – 53,3%), что подтверждается наличием воспалительных изменений у 77,6% женщин в удаленных тканях плодного яйца. Женщины, имеющие в анамнезе НБ нуждаются в прегравидарной подготовке с обязательным обследованием на наличие инфекций урогенитального тракта и санации хронических очагов, а также оценке состояния эндометрия с последующей гормональной коррекцией при выявлении признаков гормональной недостаточности.

### Литература

1. Антипов, М. С. Прегравидарная подготовка эндометрия при невынашивании беременности / М. С. Антипов // Журнал практического врача акушера-гинеколога. – 2008. – № 1 (15). – С. 3–7.
2. Макацария, А. Д. Профилактика повторных осложненных беременностей в условиях тромбофилии / А. Д. Макацария, В. О. Бицадзе. – М.: Триада-Х, 2008. – 152 с.
3. Можейко, Л. Ф. Невынашивание беременности: учебно-методическое пособие / Л. Ф. Можейко, Е. Н. Кириллова, Р. Л. Коршикова. – Минск: БГМУ, 2013. – 28 с.
4. Радзинский, В. Е. Комплексный подход к лечению неразвивающейся беременности в раннем сроке / В. Е. Радзинский, И. Ю. Майскова, В. И. Димитрова // Гинекология. – 2008. – Т. 10, № 1. – С. 42–45.
5. Сидельникова, В. М. Невынашивание беременности / В. М. Сидельникова. – М.: Медицина, 2001. – 175 с.
6. Сидельникова, В. М. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему / В. М. Сидельникова // Акуш. и гинеколог. – 2007. – № 5. – С. 24–27.

Поступила 23.06.2016 г.