

К.М. Солонец

**НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ:
ЭТИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. В.М. Савицкая

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

K.M. Salanets

UNDEVELOPING PREGNANCY: ETIOLOGY AND RISK FACTORS

Tutor: associate professor, Ph. D. V.M. Savitskaya

Department of Obstetrics and Gynecology

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Изучены особенности этиологии неразвивающейся беременности 32 пациенток госпитализированных в гинекологическое отделение УЗ «Городской клинический родильный дом № 2» г. Минска. Установлен период развития эмбриона, когда наиболее часто замирает беременность. Выявлены факторы риска неразвивающейся беременности.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, отягощенный акушерский анамнез.

Resume. Features of the etiology of undeveloping pregnancy in 32 patients admitted to the gynecological department of the HI "City Clinical Maternity Hospital No. 2" of Minsk have been investigated. The term of development of an embryo when most frequently pregnancy becomes undeveloping has been defined. Risk factors of undeveloping pregnancy have been revealed.

Keywords: undeveloping pregnancy, burdened obstetric anamnesis.

Актуальность. Неразвивающаяся беременность – это внутриутробная гибель эмбриона, не сопровождающаяся его самопроизвольным изгнанием из полости матки, с задержкой плодного яйца на неопределенно долгое время. В структуре репродуктивных потерь доля неразвивающейся беременности составляет 10-20%. Несмотря на активное изучение этиологических факторов и патогенетических механизмов, частота неразвивающейся беременности остается стабильно высокой и составляет 45-88,6% самопроизвольных выкидышей на ранних сроках [1].

Установить истинную причину неразвивающейся беременности удастся не всегда. Наиболее часто в качестве основных причин неразвивающейся беременности рассматривают хромосомные аномалии, инфекционные заболевания, гормональные, иммунные нарушения [2,3]. Однако, несмотря на известные факторы риска неразвивающейся беременности, проводимые лечебно-профилактические мероприятия при несостоявшемся выкидыше не всегда оказываются эффективными. Это обуславливает приоритетное значение углубленного исследования причин и факторов риска неразвивающейся беременности у женщин репродуктивного возраста.

Цель: выявить этиологические факторы развития неразвивающейся беременности на примере пациенток УЗ «Городской клинический родильный дом № 2» г. Минска.

Задачи:

1. Провести анализ современных литературных данных об этиологии и факторах риска развития неразвивающейся беременности.

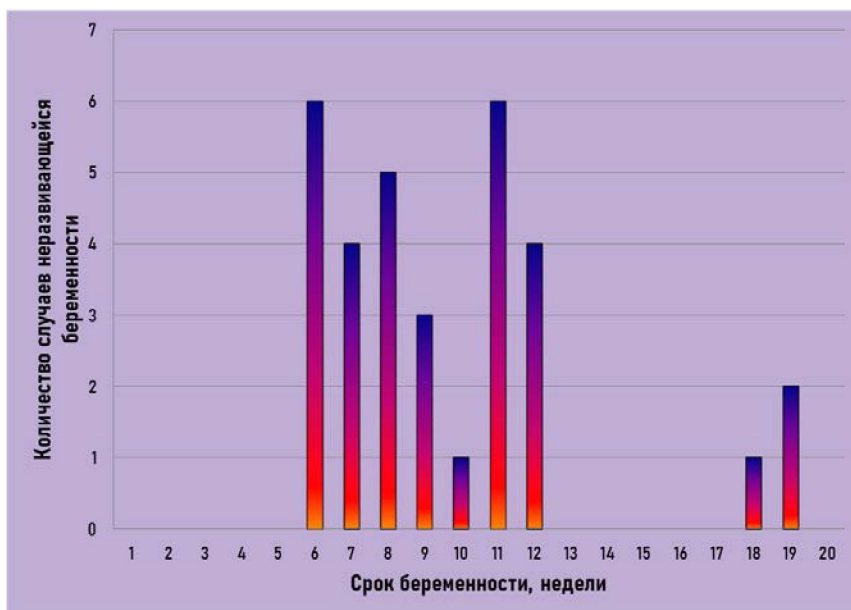
2. Провести ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациенток УЗ «Городской клинический родильный дом № 2» г. Минска с диагнозом неразвивающейся беременности.

3. Выделить основные этиологические факторы развития данной патологии.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили 32 медицинские карты стационарных пациенток, находившихся на лечении в гинекологическом отделении УЗ «Городской клинический родильный дом № 2» г. Минска в 2021-2022 году, которым был выставлен диагноз «Неразвивающаяся беременность» (код по МКБ-10 O02.1). Результаты исследования обработаны статистически с помощью электронных таблиц Excel 2010 (Microsoft).

Результаты и их обсуждение. Возраст пациенток составил от 21 до 43 лет (Мо=36 лет, Ме=35,5 лет). Среди обследованных пациенток 7 женщин были в возрасте 20-29 лет, 20 — 30-39 лет, 5 — 40-49 лет.

Чаще неразвивающаяся беременность встречалась в срок до 12 недель, реже — в срок от 13 до 20 недель (диаграмма 1).



Диагр. 1 – Гистограмма распределения женщин с неразвивающейся беременностью в зависимости от срока беременности

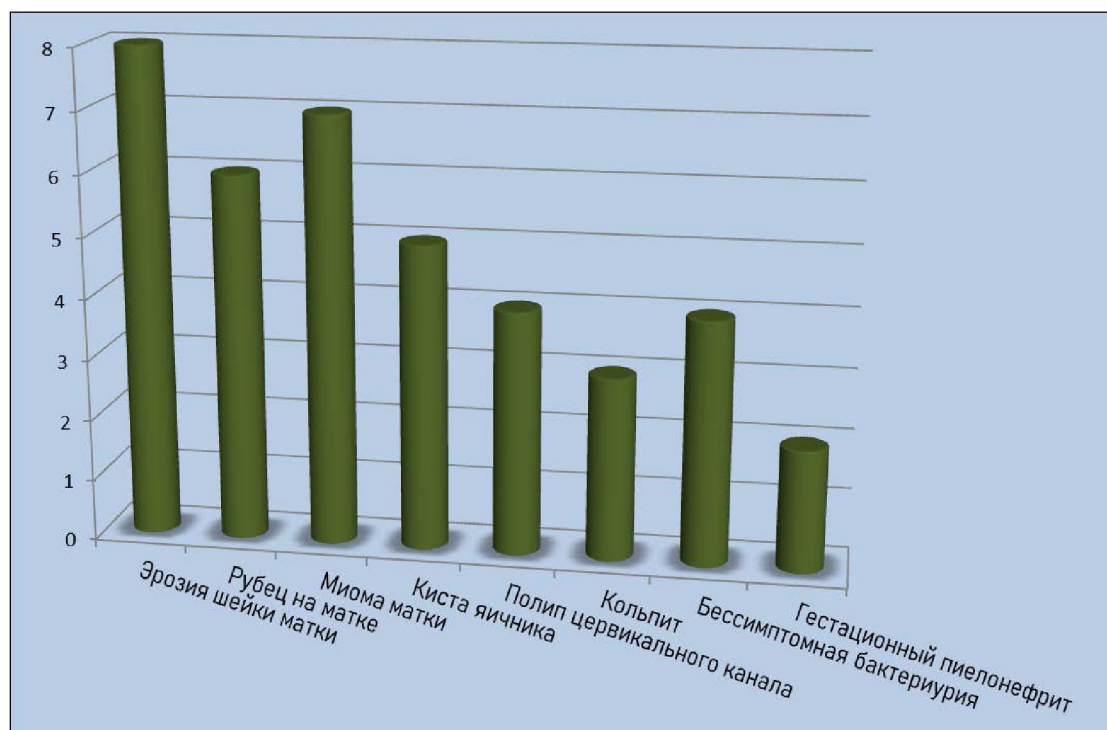
Нами также выявлена чёткая связь гибели плодного яйца с сезоном зачатия. Максимум встречаемости неразвивающейся беременности приходится на периоды, соответствующие зачатием на «стыках» овуляторных и ановуляторных циклов, т.е. в периоды смены сезонов года (март, май, сентябрь, декабрь).

Неразвивающаяся беременность была зарегистрирована у пациенток с первой беременностью – в 5 (15,6%) случаях, у пациенток со второй беременностью – в 10 (31,25%) и в 17 (53,15%) случаях – у пациенток с третьей и более беременностью.

Эрозия шейки матки была выявлена в 8 случаях, у 6 женщин в анамнезе был зарегистрирован рубец на матке. Из часто встречаемых гинекологических заболева-

ний у 7 женщин в анамнезе была миома матки, у 5 – киста яичника, у 4 – полип цервикального канала.

Среди инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовой системы у 3 женщин встречался кольпит, у 4 пациенток – бессимптомная бактериурия, у 2 пациенток – гестационный пиелонефрит (диаграмма 2).



Диagr. 2 – Диаграмма распределения женщин с неразвивающейся беременностью при наличии генитальной патологии и инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовой системы

У 1 пациентки неразвивающаяся беременность была выявлена после ЭКО.

Отягощенный акушерский анамнез выявлен в 14 (43,75%) случаях. В анамнезе неразвивающуюся беременность имели 5 женщин, аборт – 5 женщин, выкидыши наблюдались у 3 пациенток, внематочная беременность – у 4 пациенток. При этом сочетание разных акушерских анамнестических факторов наблюдалось у 2 пациенток.

Следует отметить наличие экстрагенитальной патологии, которая имела место в 22 (68,75%) случаях. 3 случая (13,63%) пришлось на хронический пиелонефрит, 9 (40,9%) – на узловой зоб, гипотиреоз, 5 (22,72%) – на бронхиальную астму, 3 (13,63%) пациентки имели ожирение. 13 (40,63%) пациенток имели признаки гиперкоагуляции в коагулограмме (снижено АЧТВ, повышенный уровень фибриногена, Д-димера).

Необходимо обратить внимание на наличие в анамнезе данных о перенесенной ранее коронавирусной инфекции COVID-19 у 15 (46,88%) пациенток, 3 из которых заболели во время беременности, остальные – накануне беременности, у которых по данным гемостазиограммы были признаки гиперкоагуляции.

При патоморфологическом исследовании соскоба (у женщин, которым проводилось выскабливание слизистой полости матки) выявлены структурные и функци-

ональные изменения эндометрия, неполноценность и неспособность его обеспечить процессы развития беременности: хронический аутоиммунный эндометрит с развитием синдрома восстановительно-пластической недостаточности («тонкий» эндометрий), что подтверждает ведущую роль инфекционного фактора в развитии неразвивающейся беременности.

В нашем исследовании предпочтение отдавалось медикаментозному прерыванию беременности с последующим выскабливанием слизистой полости матки при неразвивающейся беременности более 13 недель.

Учитывая приоритетную роль инфекционного фактора, в послеабортном периоде обязательно проводилась антибактериальная терапия в течение 5-7 дней противомикотическими препаратами. После завершения антибактериальной терапии пациентки выписывались домой с рекомендациями по дальнейшему обследованию и коррекции выявленных нарушений при необходимости.

Выводы:

1. Доминирующими причинами в развитии неразвивающейся беременности являются инфекция, генетические и гормональные нарушения. Инфекционный фактор также подтверждается нашими исследованиями.

2. В результате нашего исследования и по данным литературы причинами неразвивающейся беременности были также отягощенный гинекологический и акушерский анамнез, сопутствующая соматическая патология, особенно патология щитовидной железы. В то же время аутоиммунные (АФС) и гиперкоагуляционный синдром существенного значения не имеют.

3. Причины неразвивающейся беременности многообразны, часто они сочетаются. Нами установлено, что риск развития неразвивающейся беременности многократно возрастает при сочетании двух и более факторов.

4. Также выявлена чёткая связь гибели плодного яйца с сезоном зачатия. Максимум встречаемости неразвивающейся беременности приходится на периоды, соответствующие зачатием на «стыках» овуляторных и ановуляторных циклов, т.е. в периоды смены сезонов года (март, май, сентябрь, декабрь).

Литература

1. Радзинский, В.Е. Неразвивающаяся беременность: методические рекомендации / В. Е. Радзинский и др.; М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 48 с.
2. Сидельникова, В. М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: Метод. пособия и клинические протоколы. / В. М. Сидельникова. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 224 с.
3. Значение патологии матки и особенности предгестационной подготовки женщин с синдромом привычной потери беременности ранних сроков / П. А. Кирющенков, Д. М. Белоусов, В. Н. Верясов и др. // Акуш. и гинек. — 2009. — № 5. — С. 15-19.