

УДК: 618.3

**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОЛОГИЮ И ФАКТОРЫ РИСКА
НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Асранкулова Д.Б., Маматова М.Р., Махмудова К., Абдуллаева М.А.,
Зияева Э.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

**MODERN VIEW TO RISK FACTORS AND ETIOLOGY OF
UNDEVELOPING PREGNANCY**

Asrankulova D.B., Mamatova M.R., Makhmudova K., Abdullayeva M.A.,
Ziyayeva E.R.

Andizhan state medical institute

**РИВОЖЛАНМАЁТГАН ХОМИЛАДОРЛИКНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ ВА
ХАВФ ОМИЛЛАРИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ**

Асранкулова Д.Б., Маматова М.Р., Махмудова К., Абдуллаева М.А.,
Зияева Э.Р.

Андижон давлат тиббиёт институти

РЕЗЮМЕ:

Изучены особенности этиологии, эпидемиологии неразвивающейся беременности 224 пациенток госпитализированных в Областной перинатальный центр Андижана. Установлен период развития эмбриона, когда наиболее часто замирает беременность. Выявлены факторы риска неразвивающейся беременности.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, замершая беременность.

SUMMARY:

Features of etiology and epidemiology of undeveloping pregnancy in 224 patients admitted to the Hospital of the First Aid (HFA) 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.

Key words: undeveloping pregnancy, the stood pregnancy.

ХУЛОСА:

224 та ривожланмаётган хомиладорликларнинг этиологияси, эпидемиологияси ўрганиб чиқилди. Эмбрионнинг ўсмай қолиш энг юқори бўлган даври аниқланди. Ривожланмаётган хомиладорликнинг хавф омиллари аниқланди.

Калит сўзлар: ривожланмаётган хомиладорлик, ўсмай қолган хомила.

Неразвивающаяся беременность (НБ) или замершая беременность по определению Всемирной организации здравоохранения — это внутриутробная гибель эмбриона, не сопровождающаяся его самопроизвольным изгнанием из полости матки (выкидышем) с задержкой плодного яйца на неопределенно долгое время [11]. Частота НБ среди случаев самопроизвольных выкидышей на ранних сроках возросла с 10-20% до 24,5-28,6% в последние годы [6]. Однако, несмотря на известные факторы риска НБ, проводимые лечебно-профилактические мероприятия при несостоявшемся выкидыше не всегда оказываются эффективными. Это обуславливает приоритетное значение углубленного исследования причин и факторов риска НБ у женщин репродуктивного возраста.

Цель исследования: Изучить особенности этиологии, эпидемиологии НБ у женщин для разработки эффективных профилактических мероприятий.

Материалы и методы: Отобраны истории болезней 224 женщин с НБ в возрасте 18-49 лет, госпитализированных в 2014-15 гг. в гинекологическое отделение АОПЦ. Среди обследованных 127 (50,7%) женщин были в возрасте 20-29 лет, 66 (29,5%) — 30-39 лет, 23 (10,3%) — 40-49 лет и 8 (3,57%) — в возрасте до 20 лет. 165 (73,7%) поступивших женщин были работающими, 59 (26,3%) — занимались домашним хозяйством. Большинство женщин были офисными служащими — 29 (17,5%), работали экономистами и педагогами по 23 (14%) женщин, медицинских работников было 18 (11%), 17 (10,3%) работали в сфере обслуживания. 131 (59%) женщин на момент поступления в больницу состояли в браке. При поступлении больные предъявляли жалобы на тянущую боль внизу живота и кровомазание. У 40 (18%) больных выделения крови из половых путей были обильные. Были использованы клинико-эпидемиологический, инструментальный — ультразвуковое исследование (УЗИ), лабораторный (общеклинический, биохимический), бактериологический, цитогистологический методы исследования. Результаты исследования обработаны статистически с помощью электронных таблиц Excel

2001(Microsoft , США). Достоверность различий определялась по критерию t Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: Исследования показали, что у 205 (91,5%) исследуемых женщин беременность замерла в эмбриональном периоде и у 19 (8,5%) женщин — в фетальном периоде (рис.1). Начиная с 3 нед. и до 8 нед. происходит увеличение числа замерших беременностей с 7 (3,12%) до 35 (16%), что соответствует периоду плацентации и органогенеза (рис. 1). У 184 (82,1%) женщин при гинекологическом осмотре размеры матки не соответствовали сроку беременности, у 17 (7,6%) женщин была обнаружена эрозия шейки матки. По УЗИ малого таза отсутствовало сердцебиение плода у 213 (95,1%), анэмбриония обнаружена у 11 (4,9%) женщин. Хорионический гонотропин (ХГЧ) 67 (29,9%) женщин отставал от ожидаемого срока беременности в среднем на 2 недели. В периферической крови у 104 (46,4%) женщин при поступлении наблюдался лейкоцитоз — $11,8 \pm 0,4 \times 10^6 / л$, СОЭ было в пределах 20-33 мм/ч, у остальных больных показатели периферической крови были в пределах нормы. У 156 (73,2%) женщин в мазках преобладала смешанная флора, 2-3 степень частоты влагалища с обильным количеством эпителиальных клеток у 125 (58,3%), у 20 (9%) женщин обнаружен дрожжевой грибок, у 15 (6,7%) — ключевые клетки и у 2 (0,9%) — трихомонады. В бактериологическом посеве из цервикального канала *E. Coli* выделяли у 9 (27,3%), *Ent. faecalis* — у 5 (15,5%), *St.haemolyticus* — у 3 (9%), *St. epidermidis* — у 3 (9%) больных; по 1 (3%) случаю были выделены *Corynebacterium xerosis*, *St.aureus*, *Streptococcus*, *Enteribacter*, *Candida albicans*; у 8 (24,2%) больных роста не было. В целом у женщин с замершей беременностью преобладала гнойно-бактериальная микрофлора. У всех больных был отягощенный гинекологический анамнез: воспалительные заболевания органов малого таза — у 130 (73%), эрозия шейки матки — у 63 (35,2%), инфекции, передающиеся половым путем — у 40 (22,3%) женщин. При этом максимальная инфекционная нагрузка была в самой благоприятной для деторождения возрастной группе — 20-29 лет.

Кроме того, в этой возрастной группе достоверно чаще ($p < 0,05$) происходило заражение герпесом, вирусом папилломы человека и другими внутриклеточными паразитами. Во всех возрастных группах, кроме группы до 20 лет, женщины делали аборт, причем, наибольшее число аборт было в возрасте 30-39 лет — 125 (56%), соотношение абортов к родам составило 1:2; в возрасте 20-29 лет 71 (32%) беременностей закончилось абортами (аборты:роды=1,3:1), в возрасте 40-49 лет 39 (17,4%) беременностей закончилось абортами (аборты: роды = 1:1). В репродуктивном анамнезе госпитализированных женщин были также самопроизвольные выкидыши с наибольшим числом 28 (42,4%) в группе 30-39 лет. В возрастных группах 20-29 лет и 30-39 лет ранее имелись НБ — 4 (3,1%) и 8 (12,1%) соответственно.

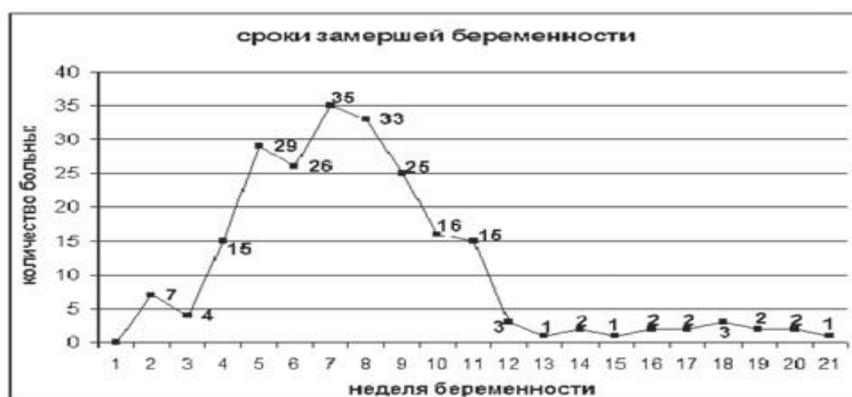


Рис. 1. Диаграмма распределения женщин с замершей беременностью.

В этой связи можно предположить, что аборт явился одним из факторов риска неразвивающейся беременности, поскольку создают условия для инфицирования половых органов женщины, длительной персистенции вирусно-бактериальной инфекции. Следует добавить, что в развитии замершей беременности у исследуемых женщин прослеживается и другой фактор риска — сопутствующие соматические и инфекционные заболевания, в том числе с хроническим течением (количество диагнозов на одну больную — 1,5). Обращает на себя внимание превалирование вирусной инфекции: детские инфекции — 106 (47%), ОРВИ — 62(27,7%), вирусные гепатиты —

18 (8,03%) случаев. У 7,1% была резекция яичника (-ов) и это, возможно, в сочетании с частыми абортами могло привести к гормональной недостаточности яичников и повлиять на развитие замершей беременности.

Выводы: В развитии замершей беременности у женщин способствовали такие факторы, как отягощенный гинекологический анамнез, сопутствующая соматическая и инфекционная патология, частые аборт, профессиональная деятельность женщин, сопровождающаяся нервным перенапряжением, застоем в малом тазу по причине гиподинамии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кирющенко П.А., Белоусов Д.М., Верясов В.Н. и др.

Значение патологии матки и особенности предгестационной подготовки женщин с синдромом привычной потери беременности ранних сроков // Акуш. и гинек. — 2009. — № 5. — С. 15-19.

2. Нефедов П.В., Колычева С.С., Нефедова Л.В. Пестициды, окружающая среда и здоровье населения. — Краснодар, 1990. — 50с.

3. Никонов А.П., Асцатурова О.Р., Капильная В.А.

Инфекции мочевыводящих путей и беременность // Гинекология. — 2007. — Т. 9, № 1. — С. 52-57.

4. Орлов А.В., Крукиер И.И., Друккер Н.А., Каушвнская Л.В.

Роль факторов роста в патогенезе неразвивающейся беременности. // Рос. вестн. акуш-гин. — 2005. — № 3. — С.7-10.

5. Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л., Шарапова Г.А. и др.

Экологические аспекты репродуктивной медицины: женщины в опасной и вредной профессиональной среде // Акуш. И гинек. — 2006. — Прил. — С.24-27.

6. Радзинский В.Е., Майскова И.Ю., Димитрова В.И.

Комплексный подход к лечению неразвивающейся беременности в ранние сроки // Гинекология. — 2008. — Т. 10, № 1. — С. 42-45.

7. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности — современный взгляд на проблему // *Акушерство и гинекология*. — 2007. — №5. — С. 24-27.
8. Фофанова И.Ю. Роль генитальной условно-патогенной микрофлоры в акушерстве и гинекологии // *Гинекология*. — 2008. — Т. 10, № 2. — С. 52-57.
9. Chen K.T., Eskild A., Bresnahan. M., et al. Previous maternal infection with *Toxoplasma gondii* and the risk of fetal death. // *Am.J. Obstet. Gynecol.* — 2005. — Vol. 193. — № 2. — P. 443-449.
10. Yuan H., Platt R.W., Morin L., et al. Fetal deaths in the United States. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2005. — Vol. 193. — № 2. — P. 489-495.
11. <http://www.mdidam.ru/1.0.files/page0013.htm>