

Аскеров А.А., Жалиева Г.К., Аманова А.М., Малдыбаева А.А.

ТҮЙҮЛДҮК ЖОГОТУУСУ БАР АЙЫМДАРДЫН РЕПРОДУКТИВДҮҮ СИСТЕМАСЫНДАГЫ ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨР

Аскеров А.А., Жалиева Г.К., Аманова А.М., Малдыбаева А.А.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ПЛОДОВЫМИ ПОТЕРЯМИ

A.A. Askerov, G.K. Zhalieva, A. Amanova, A.A. Maldybaeva

FEATURES OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM IN WOMEN WITH FRUIT LOSS

УДК: 618.145-074:618.39

Изилдөө максаты: түйүлдүктүн өспөй калышына репродуктивдүү системасынын дисфункциясынын таасирин изилдөө.

Материалдар жана ыкмалары: түйүлдүктүн өспөй калган 2294 Кыргыз Республикасындагы жашаган кош бойлуу айымдардын ретроспективдүү талдоосу көрсөтүлгөн. Биздин изилдөөдө түйүлдүктүн өспөй калышынын себеби 36,6% жатындын патологиясы түзөт. Гистологиялык изилдөөдө өнөкөт эндометрит 15,3% табылган, жана өткүр эндометрит 3,8% учурда байкоолордо билинген.

Корутунду: өнөкөт эндометрит түйүлдүктүн өспөй калышынын негизги себеби болуп саналууда.

Негизги сөздөр: түйүлдүктүн өспөй калышы, ретроспективдүү талдоо, жатындын патологиясы.

Цель исследования: изучить особенности влияния дисфункции репродуктивной системы на распространенность замершей беременности.

Материалы и методы исследования: проведено изучение 2294 случаев с неразвивающейся беременностью, проживающих в различных регионах Кыргызской Республики. Маточный фактор как одна из причин замершей беременности составляет 36,6%. Хронический эндометрит выявлен в 15,3% наблюдениях, острый эндометрит в 3,8% случаях при гистологическом исследовании.

Заключение: хронический эндометрит является ведущей причиной неразвивающейся беременности.

Ключевые слова: замершая беременность, патология матки, ретроспективный анализ.

Objective: the study a prevalence and risk factors of missed abortion.

Materials and methods: this article presents results of a retrospective analysis of 2294 medical cards of women with missed abortion, whose live in the different regions of Kyrgyz Republic. Uterine factor as a cause of missed abortion is 36,6%. Histologically, chronic endometritis detected in 15,3% of cases, acute endometritis was verified in 3,8%.

Conclusion: chronic endometritis is the leading cause of missed abortion.

Key words: missed abortion, uterine pathology, retrospective analysis.

Введение. Частота патологии матки у пациенток с замершей беременностью варьирует в пределах 10-25% [6]. Главный орган репродуктивной системы женщины это матка, где происходит имплантация и вынашивание плода. У женщин с замершей беременностью (ЗБ) также выявляется врожденная (удвоенная матки, двуроговая, однорогая матка, седловидная,

перегородка матки) и приобретённая (внутриматочные синехии, миома матки, эндометриоз и др.) патологии матки. Рассмотрим некоторые варианты патологии матки.

Двуроговая матка и седловидная матка относятся к аномалиям развития матки, при котором происходит полное или частичное разделение полости матки на два рога. Встречается у 0,1-0,5% женщин [2]. Формирование двурогой матки происходит на стадии внутриутробного развития зародыша на 10 –14 неделе, за счет слияния парамезонефральных протоков. Однако при нарушениях процесса эмбриогенеза возможно неполное слияние мезонефральных протоков с формированием различных вариантов двурогой матки.

Генитальный инфантилизм. В некоторых случаях прерывание беременности может быть обусловлено гипоплазией матки вследствие генитального инфантилизма. В патогенезе прерывания беременности при генитальном инфантилизме ведущим является маточный фактор: недостаточная подготовка эндометрия к имплантации, повышенная возбудимость миометрия инфантильной матки, тесные пространственные соотношения [1].

Среди приобретённых заболеваний матки при замершей беременности особое место занимает *хронический эндометрит* (ХЭ). По данным многих исследователей, ХЭ гистологически был верифицирован в 45-70% случаев. У 70% женщин с ХЭ наблюдается хроническая персистенция условно-патогенных микроорганизмов в эндометрии [3,4]. По данным различных авторов, факторами риска развития ХЭ являются все инвазивные вмешательства, урогенитальная инфекция, длительное использование внутриматочных контрацептивов. Прерывание беременности при ХЭ связано с недостаточностью рецептивности эндометрия и наличия инфекционного агента в полости матки, где происходит инфицирование плода [2,3].

Внутриматочные синехии (синдром Ашермана) представляют собой соединительнотканые сращения, спаивающие между собой стенки матки и вызывающие ее деформацию. Внутриматочные синехии создают препятствие для продвижения сперматозоидов, ухудшают условия для имплантации плодного яйца. Диагностируются при помощи гистероскопии у 9,8% обследованных по поводу ЗБ [7].

Миома матки - распространенное гинекологическое заболевание. По некоторым данным, миома матки выявляется после 30 лет почти у 80% женщин. Патогенез прерывания беременности при миоме матки связан повышенной сократительной активностью матки, с недостаточностью прогестерона, нарушением питания в миоматозных узлах, и изменением пространственных взаимоотношений между размерами узлов миомы и растущим плодным яйцом [5].

Эндометриоз – это заболевание, при котором клетки слизистой оболочки матки могут обнаруживаться в других органах или тканях. Эндометриоз оказывает неблагоприятное влияние на течение и исход беременности. Патогенез прерывания беременности при эндометриозе до конца не изучен и возможно связан с иммунными нарушениями, а также с собственно патологическим состоянием эндометрия и миометрия [6].

Полипы полости матки характеризуются чрезмерным разрастанием эндометрия с формированием единичного или множественных выростов от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Полип эндометрия значительно повышает риск невынашивания, затруднение имплантации, повышает сократительную способность матки [5].

Таким образом, прерывание беременности при патологии матки может быть связано с неудачной имплантацией плодного яйца, недостаточной васкуляризацией и рецепцией эндометрия, гормональными нарушениями и хроническим эндометритом.

Цель исследования. Изучить распространённость патологии матки при замершей беременности.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование 2294 случаев с неразвивающейся беременностью. Все пациентки были госпитализированы в отделение гинекологии городской гинекологической больницы г. Бишкек за период 2010-2014 гг. В ходе исследования было изучено:

- клинико-anamnestические данные: жалобы, анамнез жизни, перенесенные заболевания, гинекологические заболевания, менархе, характер менструальной функции, течение и исход предыдущих беременностей;
- общеклинические лабораторные методы: развернутый анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма (ПТИ, ПТВ, уровень фибриногена, АЧТВ);
- микробиологическое исследование включало 2294 мазков, окрашенных по Грамму;
- ультразвуковое исследование до и после прерывания беременности;
- гистологическое исследование: анализ 2294 тканей из полости матки.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программы «Statistica for Windows 6.0» и «Microsoft Excel-2010».

Результаты исследования. Возраст всех пациенток варьировал от 15 до 47 лет. Средний возраст составил $25,5 \pm 5,3$ лет. Все женщины проживали в городе. В основном все пациентки были домохозяйками 1555 (67,7 %), работающими были – 608 (26,5%), учащимися – 132 (5,8%).

При поступлении в стационар предъявляли жалобы на боли в низу живота и мажущие кровянистые выделения 1876 (81,7%) женщин (табл. 1). Чаще всего женщины отмечали жалобы в течение нескольких дней, в среднем $3 \pm 1,5$ (851 (37%)). На учете состояли лишь 170 (7,4%) пациенток.

Таблица 1.

Основные жалобы у пациенток с замершей беременностью.

№	Жалобы при поступлении	Абс.	%
1.	Жалоб не отмечали	116	5
2.	Боли и кровянистые выделения	1353	59,1
3.	Кровянистые выделения	322	14
4.	Боли в низу живота	348	15,1
5.	Повышение температуры тела	155	6,8

Анализ менструальной функции показал, что средний возраст менархе составил $14 \pm 1,3$ лет (12-17 лет), продолжительность менструального цикла составила $28,2 \pm 2,0$ дней, длительность менструации – $4,5 \pm 0,9$ дней (3-7 дней). Настоящая беременность была первой у 464 (20,2%) пациенток. В браке состояли 2034 (88,6%) и не состояли в браке 260 (11,3%) женщин. Раннюю половую жизнь начали 169 (7,3%). Медицинские абортс производили 884 (38,5%) женщин. Самопроизвольные выкидыши в анамнезе отмечают 330 (14,3%) женщин. Замершую беременность перенесли ранее 96 (4,1%) пациенток.

Гинекологический анамнез у женщин был отягощен воспалительными заболеваниями 1201 (52,3%) (рис. 1). Среди гинекологических заболеваний были выявлены: миома матки 140 (6,1%), загиб матки 122 (5,4%), киста яичника 128 (5,5%), эрозия шейки матки 170 (7,4%), воспалительные заболевания 299 (13%), двурогая матка, седловидная и двойная матка 17 (0,7%) случаев. Рубец на матке имели в анамнезе 254 (11%). Нарушения менструального цикла была у 71 (3%) женщины.

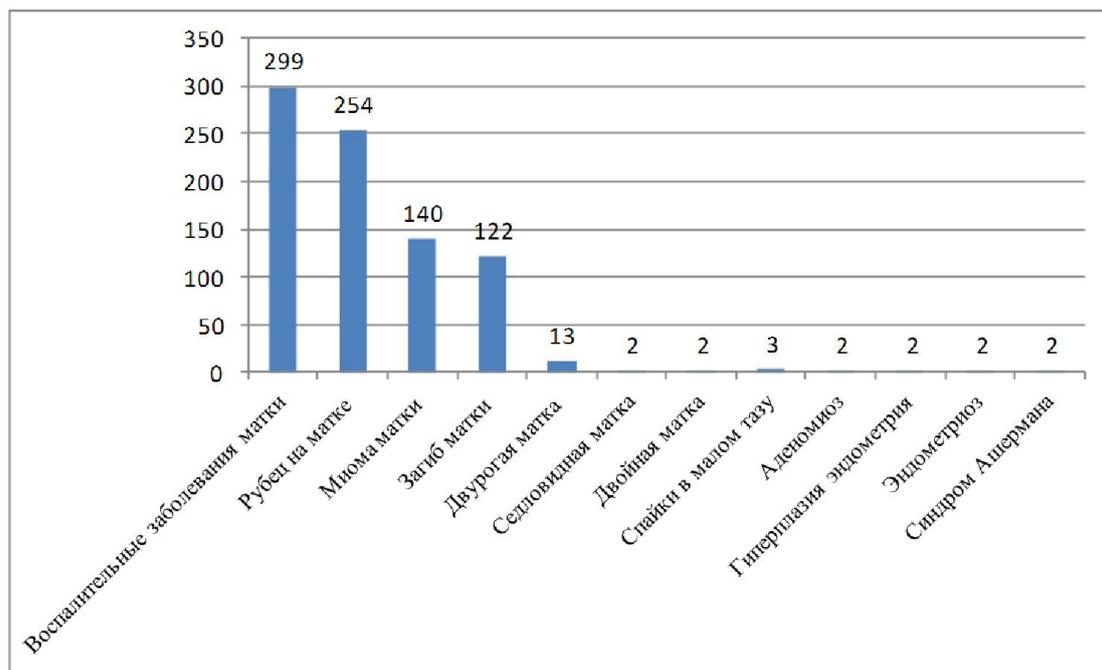


Рисунок 1. Структура гинекологической патологии с учетом маточного фактора у женщин с замершей беременностью.

Акушерский анамнез был отягощен у 281 (12,2%) пациенток. У 1620 (70%) женщин беременность протекала с осложнениями: угроза прерывания беременности 486 (30%), ОРВИ с повышением температуры 243 (15%), анемией 485 (30%), многоводие или маловодие 50 (3%), гестационный пиелонефрит 194 (12%). Резус отрицательной крови была у 61 (2,6%) женщин.

Воспалительные изменения крови наблюдались у некоторых женщин (132 (6%)). Коагулопатии были обнаружены у 135 (5,8%) женщин, по типу гиперкоагуляции - 92 (4%) и гипокоагуляции - 43 (1,8%).

У женщин обследуемых групп, I-II степень чистоты влагалищного мазка выявлена у 1266 (55,2%) пациенток, III-IV степень чистоты у 1028 (44,8%). Анализ посева содержимого из влагалища показал, что инфекционный фактор риска ЗБ составил 1617 (70,4%), в 742 (31,5%) случаев определялась условно-патогенная и сапрофитная флора, а также были выявлены грибы рода *Candida albicans*, трихомонады, гарднереллы и гонорея.

Ультразвуковые признаки по типу замирания эмбриона отмечены в 2058 (89,7%) случаях и по типу анэмбрионии в 236 (10,3%) случаях.

Прерывание замершей беременности в первом триместре проводилось методом кюретажа полости матки и медикаментозное прерывание во втором триместре. Среднее пребывание в стационаре составило $5,1 \pm 3,4$ койко-дней.

После прерывания всем женщинам было проведено гистологическое исследование соскоба из эндометрия. При проведении гистологического исследования соскобов из полости матки обнаружено, что в 353 (15,3%) наблюдений отмечаются гистологические признаки, свойственные хроническому эндометриту, в 89 (3,8%) наблюдений – острому

эндометриту. Признаки плацентарной недостаточности встречались в 203 (9,1%) случаях, децидуит – 289 (12,5%). Генетические нарушения наблюдались в 147 (6,4%) случаях, эндокринная патология встречалась в 69 (3%) наблюдениях. Иммунные и аутоиммунные процессы были выявлены в 249 (10,8%) биоптатах.

Обсуждение результатов исследования. В настоящем исследовании нами была изучена взаимосвязь патологии матки с неразвивающейся беременностью у женщин проживающих в разных регионах Кыргызской Республики. Как и ожидалось, хронический эндометрит значимо коррелировало с замершей беременностью, поэтому основное внимание было сфокусировано на верификации хронического эндометрита.

Нами выявлено и гистологически подтверждено, что хронический эндометрит занимает ведущую роль в патогенезе замершей беременности.

Как известно, инвазивные процессы в матке, хронические воспалительные заболевания органов малого таза, патология развития матки и другие процессы в матке наблюдались у женщин с замершей беременностью. В исследованиях Н.В. Зароченцевой (2013), Р.Р. Юлбарисовой (2014) верификация хронического эндометрита трактуется как достоверный предиктор неразвивающейся беременности [3,5].

Неразвивающаяся беременность при патологии матки связана с неудачной имплантацией плодного яйца, недостаточностью рецепторного аппарата эндометрия и гормональными нарушениями.

Выводы. Таким образом, согласно результатам исследования было установлено, что в генезе замершей беременности играет роль состояние эндометрия, наличия аномалий развития матки, инфекционно-воспалительные заболевания матки,

опухоли матки и гормональные нарушения. При данной патологии маточный фактор как одна из причин замершей беременности составляет 36,6%. При гистологическом исследовании хронический эндометрит выявлен в 15,3% наблюдениях, а острый эндометрит в 3,8% случаях.

Литература:

1. Абжалилова, А.Р. Анализ причин неразвивающейся беременности [Текст] / А.Р. Абжалилова [и др.] // Матер. междунар. научной конф. // “Новые задачи современной медицины”. - Пермь. - 2012. - С. 52-57.
2. Доброхотова, Ю.Э. Неразвивающаяся беременность: тромбофилические и клинико-иммунологические факторы: руководство [Текст] / Ю.Э. Доброхотова, Э.М. Джобава, Р.И. Озерова - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2010. - С. 144.
3. Зароченцева, Н.В. Хронический эндометрит: этиология, клиника, диагностика, лечение [Текст] / [Н.В. Зароченцева, Аршакян А.К., Меньшикова Н.С. и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога - 2013. - № 5. - С. 21-27.
4. Семенцова, Н.А. Клинико-морфологические аспекты ранних репродуктивных потерь [Текст]: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.01 / Н.А. Семенцова. - Москва, 2013. - 24 с.
5. Юлбарисова, Р.Р. Оптимизация ведения пациенток с неразвивающейся беременностью / Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Уфа. - 2014г. – С. 23.
6. Branch, D.W., Gibson M., Silver R.M. Recurrent Miscarriage // N. Engl. J. Med. 2010. Vol. 363. P. 1740–1747. [PMID: 20979474]
7. Cogendez, E. Post-abortion hysteroscopy: a method for early diagnosis of congenital and acquired intrauterine causes of abortions [Text] / [E. Cogendez, Z.N. Dolgun, I. Sanverdi et al.] // The European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. - 2011. - Vol. 156. - Issue 1. - P. 101-104.

Рецензент: к.м.н., доцент Осмоналиева Р.К.