

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ

Косцова Л.В., Гутикова Л.В., Кухарчик Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Неразвивающаяся беременность представляет собой внутриутробную гибель эмбриона и/или плода, не сопровождающаяся его самопроизвольным изгнанием из полости матки с задержкой плодного яйца на неопределенно долгое время [2, 3].

Частота невынашивания беременности среди самопроизвольных выкидышей до 12 недель в Республике Беларусь составляет около 15% и не имеет тенденции к снижению, несмотря на активное изучение факторов риска и проводимые лечебно-профилактические мероприятия [2, 3].

Согласно литературным данным, причиной неразвивающейся беременности могут быть различные генетические, анатомические, эндокринные, иммунологические факторы, тромбофилии, воспалительные процессы в организме, а также наличие экстрагенитальной патологии и профессиональных вредностей [2-4].

Ряд авторов указывают на неблагоприятное влияние персистирующей патогенной и условно-патогенной флоры, включающей хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, вирус простого герпеса, цитомегаловирус и другие [1, 3, 5]. Однако, отрицательные результаты бактериологического исследования цервикальной слизи не могут являться подтверждением отсутствия инфекции в полости матки, так как возможна бессимптомная персистенция микроорганизмов в эндометрии, препятствующая имплантации плодного яйца и дальнейшему развитию эмбриона [3, 5].

Следовательно, анализ факторов риска неразвивающейся беременности является актуальным вопросом для изучения.

Цель. Провести анализ факторов риска у женщин с неразвивающейся беременностью в ранние сроки.

Методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 72 историй болезни женщин с неразвивающейся беременностью в ранние сроки в возрасте 18–45 лет, госпитализированных в гинекологическое отделение УЗ «ГКБСМП г.Гродно». Выполнена оценка клинико-anamnestических и лабораторно-инструментальных методов исследования.

Диагноз устанавливался на основании результатов ультразвукового исследования при трансвагинальном сканировании. Всем пациенткам было выполнено раздельное диагностическое выскабливание слизистой полости матки с последующим гистологическим исследованием abortивного материала.

Результаты исследования внесены в компьютерную базу данных. Полученные материалы обработаны на персональном компьютере с

использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 10.0», «Microsoft Excel».

Результаты и их обсуждение. При анализе нами выявлено, что большинство пациенток находилось в возрасте 20-35 лет – 55 человек (76,4%), в возрасте 35-45 лет – 10 (13,9%) и 7 женщин (9,7%) в возрасте 18-20 лет. В зарегистрированном браке находились 59 женщин (81,9%), 13 (18,1%) – в гражданском браке.

На основании оценки клинических симптомов, установлено, что 49 женщин (68,1%) предъявляли жалобы на боли внизу живота, 17 пациенток (23,6%) на кровянистые выделения из половых путей, у 6 (8,3%) женщин отсутствовали жалобы. Диагноз у обследованных установлен в условиях женской консультации на основании результатов ультразвукового исследования.

Анализ менструальной функции показал, что средний возраст менархе составил $13,4 \pm 1,3$ лет, продолжительность менструального цикла – $26,1 \pm 2,2$ дней, длительность менструации – $4,2 \pm 0,7$ дней. В анамнезе у 9 женщин (12,5%) отмечены нарушения менструального цикла. Возраст начала половой жизни составил в среднем $18,7 \pm 1,8$ лет.

Неразвивающаяся беременность была зарегистрирована у 30 (41,7%) первобеременных женщин и у 42 (58,3%) повторнобеременных женщин. Наличие повторной неразвивающейся беременности являлось критерием исключения. Прегравидарную подготовку прошли только 33 женщины (45,8%).

Нами установлено, что частота встречаемости неразвивающейся беременности у большинства пациенток (62,5%) имела место в сроке беременности 7-8 недель, что соответствует периоду органогенеза.

По данным ультразвукового исследования – у 65 (90,3%) выявлено отсутствие сердцебиения плода (эмбриона), у 7 (9,7%) – анэмбриония.

Отмечено нами, что гинекологический анамнез отягощен более чем у половины пациенток – 42 (58,3%). Из них – хронический аднексит имел место у 15 женщин (20,8%), миома матки – 14 (19,4%), фоновые заболевания шейки матки – 13 (18%), кольпит – 10 (13,9%). Экстрагенитальная патология отмечена у 37 (51,4%) женщин.

Анализ посевов из цервикального канала показал, что у 42 женщин (58,3%) была выделена условно-патогенная флора. Из них *Escherichia coli* у 22 (52,4%), *Enterococcus faecalis* у 15 (35,7%), *Staphylococcus hemolyticus* у 5 (11,9%), а также другая бактериальная флора.

После инструментального удаления плодного яйца все пациентки получали противовоспалительную терапию, физиотерапевтическое лечение, по показаниям – антианемическое лечение. На 2-3 сутки после эвакуации содержимого из полости матки всем обследованным проводилось контрольное ультразвуковое исследование.

Результаты патоморфологического исследования показали, что в 54 (75,0%) случаях выявлено наличие воспалительно-инфекционных изменений: в децидуальной ткани определялись мелкоочаговые некрозы с выраженной лимфоидной инфильтрацией; в железах – гигантоклеточная трансформация

эпителия. При этом у 15 (27,8%) из них на фоне воспалительных изменений определялись морфологические признаки гормональной недостаточности – мелкие железы эндометрия с дистрофическими изменениями и отсутствием «клубочков» спиральных артерий.

На основании изучения анамнеза, результатов клинических и лабораторных обследований, а также гистологических заключений выявлено, что частым и важным фактором риска возникновения неразвивающейся беременности является воспалительный процесс уrogenитального тракта (наиболее часто встречающийся возбудитель *Escherichia coli* – 52,4%).

Выводы. Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости обязательного обследования на наличие инфекций уrogenитального тракта и санации хронических воспалительных очагов, а также проведения гормональной коррекции при выявлении признаков гормональной недостаточности в программах реабилитации и прегравидарной подготовки женщин с неразвивающейся беременностью.

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. Кухарчик, Ю.В. Современные методы диагностики невынашивания беременности ранних сроков / Ю.В. Кухарчик, Л.В. Гутикова // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2012. – № 4(40). – С. 23–25.
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. Неразвивающаяся беременность / В. Е. Радзинский, В. И. Димитрова, И. Ю. Майскова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 200 с.
5. Сидельникова, В. М. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему / В. М. Сидельникова // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 5. – С. 24–27.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Кринец Ж.М.¹, Карпович Н.В.²

*Гродненский государственный медицинский университет¹,
Гродненская университетская клиника²*

Актуальность. Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) является аутоиммунным заболеванием щитовидной железы, которое проявляется отеком и инфильтрацией