

Выводы:

1. Основной причиной развития НБ являются гормональные и инфекционные факторы, влекущие за собой развитие гинекологической патологии с последующим нарушением генеративной функции.

2. Триггером развития НБ является наличие факта прерывания нормальной или замершей беременности в анамнезе и неадекватная медико-социальная постабортная реабилитация.

3. Подготовка к последующей беременности у пациенток с НБ должна проходить под мониторингом контролем врача-гинеколога после адекватной медико-социальной реабилитации и включать следующие этапы:

- Обследование на инфекции, передающиеся половым путем, антифосфолипидный синдром.
- Ультразвуковое исследование органов малого таза.
- Гормональные исследования.
- Исследование тромбоцитарного звена гемостаза.
- Лечение экстрагенитальной и гинекологической патологии.
- Медико-генетическое консультирование обоим супругам.

Литература

1. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности / В.М.Сидельникова.-Москва: Триада-Х,2005.-303с.

2. Пересада, О.А. Современная концепция невынашивания беременности: этиопатогенез, диагностика, профилактика и лечение/ О.А.Пересада, И.Л.Дусь, А.М.Камлюк.-Минск:БелМАПО,2005.- 69с.

ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП РИСКА ПО НЕВЫНАШИВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ

Кухарчик Ю.В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, РБ*

Реферат. В статье приведены данные анализа клинико-лабораторных данных с последующим формированием группы риска по невынашиванию беременности.

Невынашивание беременности (НБ) – одна из наиболее актуальных проблем современного акушерства и гинекологии, имеющая не только медицинское, но и социально-экономическое значение. Частота данного осложнения составляет 15–20% всех желанных беременностей [Сидельникова В.М.,2005; Радзинский В.Е., 2009; Gracia C.R., Sammel M.D., Chittams J., Hummel A.C.,2005].

Около 80% самопроизвольных выкидышей происходит в первые 12 недель беременности, причиной 70% выкидышей, происходящих на ранних сроках беременности, являются хромосомные аномалии [Leon Speroff, Robert H. Glass, Nathan G.,1994]. Особую форму НБ представляет неразвивающаяся беременность [Katherine J. Gold[et al],2010].

Целью нашего исследования явилось формирование групп риска прерывания беременности на основании анализа клинических данных и лабораторно-инструментальных методов исследования у женщин с невынашиванием беременности.

Материалы и методы исследования. Обследованы 63 пациентки в возрасте от 18 до 43 лет, находящиеся на стационарном лечении в гинекологическом отделении УЗ «ГКБСМП г. Гродно» за период 2010–2011гг. с диагнозом неразвивающаяся (замершая) беременность. Респонденты были разделены на следующие группы: 1-я группа – 33 женщины, настоящая беременность у которых была первой; 2-я группа – 23 женщины, в анамнезе которых были роды; 3-я группа – 7 женщин, в анамнезе которых были беременности, закончившиеся прерыванием (аборт, выкидыш, замершая беременность). Всем женщинам проведено полное клинико-лабораторное обследование. Анализ и обработка полученных материалов производились с помощью программного продукта Microsoft Excel.

Результаты исследования. В ходе анализа данных получены следующие результаты. Средний возраст обследованных больных составил $26,94 \pm 6,0$ года. При этом первый эпизод НБ встречался чаще в возрасте 23–25 лет. При поступлении в стационар 47,62% женщин предъявляли жалобы на тянущие боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей; 17,46% – на болезненные ощущения внизу живота; 33,33% – кровянистые выделения из половых путей, 1,59% женщин при поступлении не предъявляли жалоб.

Диагноз неразвивающейся беременности в 87,3% случаев был выставлен и подтверждён с помощью УЗИ. Основные эхографические признаки, ставшие основанием для выставления диагноза в 25,6% случаев – дегенерация структурных элементов плодного яйца; отсутствие сердечной деятельности эмбриона – в 52,4% случаев; в 22% – отсутствие спонтанных и спровоцированных движений эмбриона. Установлено, что неразвивающаяся беременность в 32,9% случаев наблюдалась в сроке беременности 8–10 недель, в 67,1% случаев срок беременности составил 3–7 недель.

Большая часть женщин 1-й группы имели среднее образование – 48,5%, во 2-й группе преобладали женщины с высшим обра-

зованием – 47,8%, а у женщин в 3-й группе процент высшего и среднего образований оказался одинаковым – по 42,9%.

Аллергические реакции на лекарственные препараты наблюдались у 12,7% обследуемых, при этом у женщин 1-й группы – 18,2%, что в 2 раза больше, чем у женщин 2-й группы – 8,7%. У женщин 3-й группы аллергологический анамнез не отягощен.

Основными характеристиками менструального цикла являются их продолжительность, регулярность, болезненность и характер выделений. Среди обследованных нами женщин выявлено: у женщин 1-й группы средняя продолжительность менструации – $5 \pm 0,91$ дней, регулярные (у 6,1% менструации не регулярные); среднее количество дней цикла $28,66 \pm 1,77$ дней, болезненность менструаций в 78,8% случаев (болезненные – 21,2%), обильность: умеренные – 90,9%, обильные – 9,1% случаев. У женщин 2-й группы: средняя продолжительность менструаций $5,13 \pm 0,73$ дней, регулярность – регулярные (среднее количество дней цикла $27,43 \pm 2,53$ дня), болезненные менструации – у 87% женщин, болезненные – у 8,7%; характер выделений: умеренные – у 95,7%, обильные – у 4,3%. У женщин 3-й группы: $3,43 \pm 0,49$ дня, регулярные (среднее количество дней цикла $28,66 \pm 0,89$ дней), болезненные в 85,71% случаев, обильность – умеренные у 85,71%, обильные у 14,28%. Средний возраст наступления менархе составил в среднем $13,87 \pm 1,41$ года; в 1-й и 2-й группах – $13,86 \pm 0,95$ лет и $13,43 \pm 1,16$ лет, соответственно, и $14,57 \pm 0,77$ лет – у женщин 3-й группы, что соответствует среднестатистическим показателям.

Распределение по группам крови среди женщин 1-й группы следующее: О (I) – 33,3%, А (II) – 18,2%, В (III) – 48,5%. Во 2-й группе: О (I) – 26,1% женщин, А (II) – 39,1%, В (III) – 17,4%, АВ (IV) – 17,4%. В 3-й группе: О (I) – у 28,6% женщин, А (II) – 42,9%, В (III) – 28,5%. При пересчёте на общее количество женщин получено: О (I) – 28,6%; А (II) – 27%; В (III) – 34,9%; АВ (IV) – 6,5%. Среднестатистические показатели распределения по Rh-фактору: положительный Rh-фактор – 78% женщин; отрицательный Rh-фактор – 22% женщин. Структура гинекологической заболеваемости характеризуется тем, что у трети пациенток в анамнезе имелась эрозия шейки матки, у шестой части – хронический аднексит.

На основании анализа полученных данных группу риска женщин по НБ составляют: 1) женщины старше 30 лет; 2) имеющие средне-специальное образование; 3) с В (III) группой крови резус-положительной; 4) без отягощённого аллергологического и с отягощённым акушерско-гинекологическим анамнезом; 5) с нормальным менструальным циклом; 6) с анемией лёгкой степени тяжести.