

Литература.

- 1) Савельева, И.С. Особенности подростковой беременности (обзор литературы) /Савельева И.С., Шадчева Е.В. //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2006. – № 5. – С. 6879.
- 2) Уварова, Е.В. Современные проблемы репродуктивного здоровья девочек / Уварова Е.В., Кулаков В.И. //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2005. – № 1. – С. 610.
- 3) Hileman B. Causes of premature births probed // Chem. And Eng. News. – 2001. – Vol. 79, № 48. – P.21-22.
- 4) Menon R., Fortunate S.J. Fetal membrane inflammatory cytokines: A switching mechanism between the preterm premature rupture of the membranes and preterm labor pathways //J. Perinat. Med. – 2004. – Vol. 32, № 5. – P.391-399.
- 5) Leitich H., Kaider A. Fetal fibronectin how useful is it in the prediction of preterm birth? // 1 International Preterm Labour Congress, Montreux, June, 2002 // BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol. – 2003. – Vol. 110. – P.66-70.

ПРИЧИНЫ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Ю. В. Кухарчик

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Невынашивание беременности (НБ) остаётся одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства. Эта проблема, в связи с низкими демографическими показателями в нашей стране, принятием правительством Республики Беларусь национальных проектов, направленных на укрепление здоровья нации и повышение рождаемости, становится социально и политически значимой. Несмотря на большое количество работ, посвящённых изучению различных этиологических факторов спонтанного аборта, неустановленным остаётся генез невынашивания более чем в половине случаев.

По данным ряда авторов НБ ранних сроков является самой частой причиной осложнения беременности в I триместре и составляет по данным литературы 15-20% всех беременностей. За последние годы не прослеживается тенденция к снижению процента НБ и связано это с различными причинами [1, 2, 3].

Цель исследования: выявить причины, приводящие к НБ, для обоснования разработки новых прогностических и ранних диагностических критериев.

Материал и методы исследования: Обследовано 90 пациенток, находящихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи» за период 2010-2013 гг. с первым эпизодом НБ, привычным НБ, угрозой прерывания беременности по 30 женщин в каждой основной группе соответственно, группа контроля - практически здоровые женщины, состоящие на учете в женской консультации №2 г. Гродно.

Результаты и обсуждение: На основании анализа данных литературы и клинических наблюдений выявлено, что основными причинами НБ и самопроизвольного ее прерывания являются: генетические факторы, эндокринные, иммунологические, инфекционные, тромбофилические,

патология матки (пороки развития, генитальный инфантилизм, гипоплазия матки, истмико-цервикальная недостаточность, внутриматочные синехии).

В структуре причин НБ генетические причины составляют от 3% до 6%. При спорадическом прерывании беременности в I триместре 50% абортусов имеют хромосомные аномалии. Наиболее частые хромосомные нарушения – трисомия, моносомия, триплоидия, тетраплоидия. У женщин с привычным невынашиванием значительные структурные аномалии кариотипа встречаются в 10 раз чаще, чем в популяции и составляют 2,4%. Наиболее распространенным видом хромосомной аберрации являются транслокации и инверсии. У супружеских пар с нарушением репродуктивной системы обнаруживают нарушения кариотипа такие как «мозаицизм», или «малые» изменения морфологии хромосом, объединяющиеся понятием «полиморфизм».

По данным разных авторов, эндокринные причины НБ составляют 8-20%. Из них наиболее значимыми являются недостаточность лютеиновой фазы, гиперсекреция лютеинизирующего гормона, гиперандрогения (яичниковая, надпочечниковая и сочетанная), дисфункция щитовидной железы, сахарный диабет. Многочисленными исследованиями показано, что любая патология репродуктивной функции, сопровождаемая нарушением фолликулогенеза, может привести к увеличению числа аномальных гамет и увеличению частоты ранней эмбриональной гибели.

В настоящее время известно, что около 80% всех ранее необъяснимых привычных потерь беременности (после исключения генетических, эндокринных, анатомических и инфекционных причин) обусловлено иммунологическими нарушениями. Различают аутоиммунные (предмет агрессии иммунной системы-собственные ткани материнского организма) и аллоиммунные (иммунный ответ женского организма направлен против антигенов эмбриона). К аутоиммунным нарушениям относится наличие в сыворотке антифосфолипидных, антитромбоцитарных, антинуклеарных аутоантител. К аллоиммунным процессам, ведущим к отторжению плода относят: наличие у супругов повышенного количества общих антигенов системы HLA, низкий уровень блокирующих антител в сыворотке матери, повышенное содержание естественных киллеров в эндометрии и периферической крови матери как вне, так и во время беременности.

Роль инфекции в этиологии НБ является общепризнанным фактом. Исследования последних лет показали, что у женщин с привычным невынашиванием бактериально - вирусная колонизация эндометрия встречается достоверно чаще, чем у женщин с нормальным акушерским анамнезом.

К анатомическим причинам привычного выкидыша относят: врожденные аномалии развития матки (двойная, двурогая, седловидная, однорогая матка, частичная или полная внутриматочная перегородка) и приобретенные анатомические дефекты - внутриматочные синехии (синдром Ашермана), субмукозную миому матки. Прерывание беременности при анатомических аномалиях матки может быть связано с неудачной

имплантацией плодного яйца (часто на внутриматочной перегородке, вблизи субмукозного узла миомы), недостаточно развитой васкуляризацией и рецепцией эндометрия, тесными пространственными взаимоотношениями, часто сопутствующей истмико - цервикальной недостаточностью (ИЦН), гормональными нарушениями (гипоэстрогения, недостаточность лютеиновой фазы).

Многими учеными выделяется отдельная группа нарушений в системе гемостаза – тромбофилии, приводящая к невынашиванию беременности. Под термином «тромбофилия» понимают наследственные и приобретенные нарушения гемостаза, которые предрасполагают к образованию тромбозов. 30-50% пациенток с привычным невынашиванием беременности имеют те или иные нарушения системы гемостаза. Различают врожденные и приобретенные тромбофилии. К врожденным тромбофилиям относятся: мутация фактора V (лейденовская мутация), мутация G20210A в гене протромбина, полиморфизм 455G/A в гене фибриногена, наследственный дефицит протеина C, наследственный дефицит протеина S, наследственный дефицит антитромбина III, полиморфизм C677T в гене N(5,10)-метилентетрагидрофолат редуктазы, мутация гена цистатион(ОН)-бета синтетазы, полиморфизм PLA1/AII в гене GPIIIA, наследственный дефицит tPA, полиморфизм 4G/5G в гене PAI-1. Однако если наследственные тромбофилии выступают в роли основной причины привычного невынашивания беременности, то приобретенные – это патогенетические факторы (звенья механизма развития) основных заболеваний организма, будь то воспалительные болезни или сосудистые изменения.

Однако, несмотря на наличие большого количества публикаций, касающихся исследованию системы гемостаза, вопрос о роли биогенных аминов в регуляции функции тромбоцитов остается неисследованным.

Вместе с тем, серотонин играет важную роль в процессах свёртывания крови. Известно, что тромбоциты содержат значительные количества серотонина и обладают способностью захватывать и накапливать из плазмы крови этот медиатор, который в свою очередь повышает функциональную активность тромбоцитов и их склонность к агрегации и образованию тромбов. Возникающая при этом тромбоцитарная дисфункция потенцирует вазоконстрикцию, нарушение реологических и коагуляционных свойств крови с развитием тканевой гипоксии.

С другой стороны, тканевая гипоксия связана с процессами свободно-радикального перекисного окисления липидов, выступающим в качестве основной причины деструкции клеточных мембран и системы антиоксидантной защиты.

Кроме того, серотонин наряду с дофамином играет важную роль в механизмах гипоталамической регуляции гормональной функции гипофиза, контролируя секрецию гормонов его передней доли, а также осуществляет паракринную регуляцию сократимости матки и сосудистого тонуса.

Следовательно, есть основание предположить, что дисфункция тромбоцитов в сочетании с дестабилизацией механизмов гормональной и

антиоксидантной защиты могут лежать в основе в основе ранних гестационных потерь.

С этих позиций представляется научно обоснованным изучение обмена серотонина в тромбоцитах при нарушениях репродуктивной функции женщин для оценки этиопатогенетических аспектов и разработки прогностических и ранних диагностических критериев НБ.

Исследования в этом направлении перспективны в изучении проблемы НБ с позиций эмбриофетальной медицины.

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

С. В. Лелевич

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В настоящее время ввиду интенсивного развития химической и фармацевтической промышленности все новые химические вещества внедряются в жизнедеятельность человека. Они направлены на усовершенствование жизни и быта, способствуют повышению урожайности сельскохозяйственных культур, оказывают влияние на сохранение здоровья человека. При определенных условиях многие из химических веществ оказывают неблагоприятное влияние на организм, вызывают отравления различной тяжести и становятся опасными для жизни. Потенциальные возможности отравлений заложены в широком использовании химических средств в медицине, промышленности и быту, в доступности различных химических веществ широким слоям населения, не всегда достаточно знакомым с токсическими свойствами средств, применяемых в качестве лекарств, пестицидов, препаратов бытовой химии, в попытках самолечения и т.д.

Клиническая токсикологическая служба развивается в Республике Беларусь с 80-х гг. прошлого века, когда в больнице скорой медицинской помощи (БСМП) г. Минска было открыто первое в республике токсикологическое отделение (сейчас – Республиканский токсикологический центр по лечению острых отравлений химической этиологии). В 90-е гг. были организованы областные токсикологические центры, а в 2005 году постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 38 была введена отдельная медицинская специальность «врач-токсиколог», а для специалистов клинических и химико-токсикологических лабораторий (ХТЛ) утверждено новое наименование должности «врач лабораторной диагностики», которую может занимать специалист с высшим медицинским образованием.

В 2009 году для обсуждения актуальных проблем служб токсикологии Республики Беларусь и Российской Федерации Министерством здравоохранения РБ была проведена научно-практическая конференция «Лекарственная безопасность и актуальные вопросы клинической токсикологии», на которой главный внештатный токсиколог МЗ РБ изложил