

ПРИЧИНЫ ОСТАНОВИВШЕЙСЯ В РАЗВИТИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Невынашивание беременности — проблема, значение которой не только не уменьшается со временем, но, пожалуй, даже возрастает. В настоящее время в России 36 млн. женщин находятся в репродуктивном возрасте. По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ за 2004 г., нормальные роды составили лишь 31,2 %. Ситуация вряд ли будет улучшаться, поскольку в первые десятилетия нового века в активную фазу репродукции вступает популяция женщин, имеющая серьезные проблемы с репродуктивным здоровьем.

Проблема невынашивания плода является не только медицинской, но и социальной, особенно в настоящее время, когда происходит снижение естественного прироста населения. За последние 10 лет общие потери в численности новорожденных составили 6 миллионов. Ситуацию осложняет ухудшающееся общее и репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста, которые неспособны выносить и родить здорового ребенка. С медицинской точки зрения замершая беременность — это патологический процесс, который ведет к неожиданной остановке развития плода и его смерти. Чаще всего это происходит в первом триместре беременности. Замершая беременность может случиться у женщины любого возраста.

Цель исследования: выявить основные причины замершей беременности. Для достижения данной цели мы проанализировали истории болезни гинекологического отделения ГБУЗ ТО "Больницы скорой медицинской помощи" за 2014 и 2015 года. Из 4788 историй, 632 оказались с патологией остановившейся в развитии беременности, что составило 14 %.

Изучая истории болезней и данные научной литературы, мы выделили следующие основные причины замершей беременности:

- патологические состояния эндометрия, характеризующиеся его неполноценностью и неспособностью обеспечить процессы гестации, в том числе в связи с хроническими заболеваниями матери;
- нарушение анатомии половых органов роженицы;
- врожденные пороки развития плода;
- нарушения свёртывающей системы крови — наследственные тромбофилии и антифосфолипидный синдром (АФС);
- инфекции в сочетании с эрозией шейки матки;
- заболевания репродуктивной системы.

Структурные и функциональные нарушения эндометрия — независимый фактор бесплодия и невынашивания беременности, который является причиной 70 % неудач ЭКО. Патофизиологической основой этих состояний могут быть эндокринные, инфекционные и аутоиммунные расстройства. Гистологическое исследование выявляет недостаточность плацентарного ложа у 64 % пациенток с привычным невынашиванием против общепопуляционного значения в 25 %.

Наиболее типичным состоянием, обуславливающим невынашивание, в том числе по варианту замершей беременности, выступает хронический аутоиммунный эндометрит.

Хронический эндометрит — клинко-морфологический синдром, представляющий собой комплекс морфофункциональных изменений эндометрия воспалительного генеза, которые сопровождаются нарушением нормальной циклической трансформации и рецептивности ткани.

При хроническом эндометрите не происходит, как при нормальной беременности, подавления иммунных реакций отторжения агрессивного аллотрансплантата, каковым, по сути, и выступает эмбрион. Имеющая половину чужеродных (отцовских) антигенов

бластоциста в процессе имплантации агрессивно разрушает ткани эндометрия, миометрия и даже стенок сосудов. Столь агрессивные процессы должны были бы встречать сопротивление со стороны иммунной системы, однако типичная для беременности иммуномодуляция позволяет ей прогрессировать при отсутствии воспалительных реакций.

Наличие хронического эндометрита наблюдалось в анамнезе у 146 пациенток, что составило 22 % и заняло одно из ведущих мест в причинах исследуемой патологии.

Структурные аномалии половых путей включают врождённые и приобретённые дефекты матки. Врождённые дефекты матки диагностируют у 10–25 % женщин с привычным невынашиванием. По нашим данным, такой врожденный порок, как двурогая матка, встретился у 7 женщин, что составило 2 %. Во всех этих случаях имплантация плодного яйца была в одном из рогов матки. Беременность замерла в сроках 4–6 недель у 5 женщин и 17–18 недель у 2. По данным литературы при врождённых дефектах матки чаще наблюдают поздние прерывания беременности.

Одним из приобретённых анатомических дефектов является субмукозная миома, которая встретилась у 52 женщин (8 %), при этом половина из них прибегала к медикаментозному прерыванию беременности, у 8 из них предшествовали замершие беременности.

При анатомических аномалиях матки прерывание беременности бывает связано с неудачной имплантацией плодного яйца.

Врожденные пороки развития (ВПР) — стойкие отклонения в строении органов, возникающие внутриутробно и выходящие за пределы вариаций нормы. Проводя исследования, у 6 плодов были выявлены такие пороки, как спина бифида, анэнцефалия и множественные пороки развития. Можно предположить, что это и послужило причиной остановившейся беременности.

Антифосфолипидный синдром (АФС) является как аутоиммунным расстройством, так и тромбофилическим. Антифосфолипидные антитела присутствуют в крови у 27–42 % пациенток с привычным невынашиванием беременности против общепопуляционных 2–4 %. Повышение содержания антифосфолипидных антител может быть транзиторным на фоне инфекционных заболеваний бактериальной и вирусной природы; также играют роль истинные аутоиммунные и воспалительные заболевания, особенно их сочетания. Существуют данные о генетической предрасположенности.

Антифосфолипидные антитела мешают созреванию клеток трофобласта и нарушают нормальное течение плацентации, а также способны вызывать привычное невынашивание.

Подозревать АФС следует при наличии критериев, представленных ниже с данными нашего исследования: поздний выкидыш, преждевременные роды отмечались у 86 женщин, 13 %; гематологические нарушения в анамнезе — у 6 женщин, 1 %; сердечные шумы или вегетации на клапанах сердца в анамнезе — у 2 женщин, 0,3 %; преэклампсия в анамнезе — у 4 женщин, 0,6 %. Подтвержденный АФС был выявлен у 3 пациенток (0,5 %), чьи карты участвовали в нашем исследовании.

Инфекции в сочетании с эрозией шейки матки. Эрозия шейки матки во время беременности представляет угрозу в сочетании с инфекцией (герпес, хламидиоз, трихомоноз, уреоплазмоз, вирус папилломы человека, грипп), в связи с пониженным иммунитетом у беременной женщины. Развитие инфекции в сочетании с эрозией шейки матки может вызвать остановившуюся в развитии беременность. Всего в ходе исследования было выявлено 44 пациентки с данной патологией, что составило 7 % от общего числа исследуемых.

Заболевания репродуктивной системы. Также в числе возможных причин, обуславливающих замершую беременность, могут быть названы следующие:

- Сальпингофорит — это воспалительное заболевание придатков матки. Беременность, которая наступает на фоне заболевания, подвергается опасности из-

за бактерий (хламидии, микробактерии туберкулеза, стафилококки, стрептококки). Данное заболевание было обнаружено у 68 женщин, 10 %.

- Пузырный занос — это осложнение беременности, при котором эмбрион не развивается, нет плодного пузыря и нормальной ткани плаценты. Плацента продолжает формироваться, но в виде наростов, наподобие грозди. Данное осложнение зафиксировано у 24 женщин, 3,5 %.

Учитывая основные причины, были выявлены следующие факторы риска: поздний репродуктивный возраст матери — 184 женщины, 28 %; 2 и более аборт в анамнезе — 146 женщин, 22 %; ожирение — 54 женщины, 8 %; синдром поликистозных яичников — 50 женщин, 7,5 %; болезни мочевыделительной системы — 46 женщин, 7 %; тяжёлая артериальная гипертензия — у 46 женщин, 7 %; курение одного из родителей — 22 женщины, 3 %; стрессовые ситуации — 2 женщины, 0,3 %; некомпенсированные заболевания щитовидной железы (гипотиреоз) — 2 женщины, 0,3 %.

Замершая беременность встречалась примерно одинаково во всех возрастах с 21 до 40 лет, но наибольший пик — в 26-30 лет (у 198 женщин, 30 %).

Заключение: причины остановившейся в развитии беременности полиэтиологичны. Однако доминируют связанные со здоровьем матери, а именно: возраст, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА), хронический сальпингоофорит. Поэтому в условиях неблагоприятной демографической ситуации необходимо по возможности исключить факторы риска, а также отказаться от вредных привычек, соблюдать режим труда и отдыха, проводить обследование и лечение обоих партнеров до наступления желанной беременности.

Литература

1. Акушерство: учебник / Под ред. В. Е. Радзинского: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 904 с.
2. Акушерство: учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, М. А. Курцер. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 656 с. : ил.
3. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1200 с.
4. Нерывивающаяся беременность. Методические рекомендации МАРС (Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины) / [авт.-сост. В. Е. Радзинский и др.]. — М.: Редакция журнала Status Praesens, 2015. — 48 с.
5. Агаркова И. А. Нерывивающаяся беременность: проблема предгравидарной подготовки и снижения репродуктивных потерь [Электронный ресурс] / Агаркова И. А. — Режим доступа: <https://www.evrika.ru/show/696>