

УДК 618.39 (575.2) (04)

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

М.О. Исхакова – соискатель,
З.З. Громова – канд. мед. наук, доцент

The article considers leading causes of miscarriage. Particular attention is paid to infectious agents and immunological factors. Antiphospholipid Syndrome is the major factor among them.

Невынашивание беременности – один из основных видов акушерской патологии. Классическое определение “привычного невынашивания” – это три или более самопроизвольных выкидыша в сроке до 22 недель или плодом до 500 г [1]. Вопросы изучения механизмов патогенеза и причин невынашивания беременности и перинатальных потерь являются актуальными и важными для выработки оптимальных подходов к терапии и профилактике повторных потерь плода. Несколько десятилетий назад ведущими причинами невынашивания беременности были заболевания эндокринной системы и истмико-цервикальная недостаточность. В настоящее время среди причин невынашивания доминируют иммунные нарушения в организме женщины и инфекции, передаваемые половым путем. Доля генетических нарушений в структуре причин привычного невынашивания относительно мала и составляет 3–6% [2], хотя по данным В.М. Сидельниковой (1996), процент их может быть высоким. 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, спаечные процессы в малом тазу, миомы матки. Частота анатомических аномалий у женщин с привычным выкидышем

колеблется в пределах 3–16%, что, вероятно, связано с различными диагностическими возможностями исследовательских центров [2].

Особую значимость в последнее время в патогенезе невынашивания приобретают инфекции, передающиеся половым путем. Спектр инфекционных агентов очень широк. Имеют значение хронические вирусные инфекции, аденовирусы, энтеровирусы (А.В. Коксаки), хламидиоз, группа микоплазмоза, гепатит В. Среди персистирующих вирусных инфекций наибольшее значение имеют герпес-вирусные инфекции (ЦМВ, ВПГ I, II типов, герпес-зостер). Иммунологические факторы как причина невынашивания встречаются в 10–40% случаев [3] и протекают в сочетании с изменениями в системе гемостаза в виде трофобластических осложнений. G.R.V. Huges в 1986 г. высказал мнение о существовании особого синдрома у беременных – антифосфолипидного (АФЛС), связанного с циркуляцией антител (АТ) к фосфолипидам (ФЛ), который в классической форме проявляется рецидивирующими артериальными и венозными тромбозами, тромбоцитопенией и неврологической симптоматикой [4]. Именно во время беременности создается уникальная, комплексно функционирующая система из трех эндотелиальных поверхностей: фетоплацентарного эндотелия, эндотелия сосудов матки и эндотелия трофобласта, выстилающего межворсинчатое

пространство. С использованием моноклональных АТ к ФЛ было показано, что трофобласт при дифференциации и инвазии в экстрацеллюлярный матрикс экспонирует фосфатилсерин (ФС). Так как слияние клеток и рост синцития продолжаются почти всю беременность, клетки трофобласта, возможно, являются единственными клетками в организме человека, столь долго экспонирующими на своей поверхности отрицательно заряженные ФЛ. Уже между 10-м и 13-м днем после овуляции между пролиферирующими клетками трофобласта начинают образовываться лакуны, которые в дальнейшем увеличиваются, сливаются и преобразовываются в межворсинчатое пространство плаценты. Именно с этого момента начинается активный контакт с плазмой матери, а значит, и с циркулирующими АТ к ФЛ. К 21-му дню после овуляции ворсины трофобласта уже достаточно васкуляризованы и можно констатировать факт установления маточно-плацентарного кровотока. АТ к ФЛ многосторонне влияют на процесс имплантации и ранние стадии эмбриогенеза [5].

АТ к ФЛ напрямую взаимодействуют с синцитиотрофобластом и цитотрофобластом и ингибируют межклеточное слияние клеток трофобласта [6]. ФС является матрицей для активации протромбиназного комплекса и протромбина, что имеет значение в тромбообразовании в сосудах плаценты по мере прогрессирования беременности. Если беременность не прервалась на ранних этапах, то при наличии предпосылок на более поздних сроках (22–28 нед.) возможно развитие тяжелой плацентарной недостаточности (ПН), которая, согласно литературным данным, встречается в 47,6–77,3% наблюдений и может быть причиной антенатальной гибели плода, задержки внутриутробного развития плода, рождения недоношенного ребенка [7]. По нашему мнению, невынашивание беременности представляет собой полиэтиологический симптомокомплекс, в развитии и реализации которого принимают участие важнейшие системы организма женщины.

До настоящего времени недоношенными было принято считать детей, родившихся с массой тела менее 2500 г. Эксперты Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ)

пришли к заключению, что плод является жизнеспособным и подлежит выхаживанию, если его гестационный возраст составляет 21–22 недели, а масса тела 500 и более грамм – чрезвычайно низкая масса тела (ЧНМТ). В нашей республике переход на критерии живорождения и мертворождения, рекомендованные ВОЗ, был осуществлен в феврале 2003 г. С этого периода проводится регистрация всех маловесных детей, родившихся в роддомах г. Бишкек и Чуйской области и вскрытие умерших детей этой категории в РПАБ.

Статистика большинства стран свидетельствует о значительном месте недоношенных детей среди перинатальных потерь. В США к концу 90-х годов летальность детей с массой тела 500–749 г составила около 50%, с массой тела от 750 до 999 г – более 20%. В других развивающихся странах выживаемость детей с ЧНМТ в настоящее время составляет менее 10% [8].

Целью нашего исследования было впервые изучение причин очень ранних родов, число которых неуклонно растет.

Материалы и методы исследования.

Материалом исследования послужил ретроспективный анализ 384 историй родов и 384 историй новорожденных детей, 485 протоколов вскрытия маловесных детей за период 2003–2004 гг. в РПАБ. При анализе данных не учитывали индуцированные роды – прерывания по соц. показаниям и мед. показаниям, а учитывали самопроизвольные очень ранние роды. Анализ данных показал, что соотношение очень ранних родов у первородящих и повторнородящих женщин составляет 1:1,6. Из общего числа первородящих женщин было 37%, повторнородящих – 63%. Из числа первородящих 73% составляют первобеременные и 27% повторнобеременные. Возрастной пик первородящих женщин приходится на 20–24 года, повторнородящих – на 30–34 лет. Среди всех родившихся маловесных детей мертворожденные составили 51%, из них 197 погибли в антенатальном и 16 – в интранатальном периоде, живорожденные составили 49%. Причем у первородящих женщин имеется тенденция к увеличению живорожденных от 45% до 59% за два года. Среди причин антенатальной смерти маловесных детей на первом месте

БГМ, на втором – асфиксия плода, обусловленная чаще всего хронической фетоплацентарной недостаточностью. При анализе данных обратили внимание на такой интересный факт, что у повторнородящих женщин преимущественно рождаются девочки, составляя 59% и 58% соответственно в 2003 и 2004 г., а у первородящих женщин – мальчики (53% и 51% соответственно). В первые трое суток жизни умирают 80% маловесных детей. В этот период умерло около 80% всех родившихся маловесных детей. Как показали данные, из числа живорожденных в первый час жизни умерло 41% новорожденных, в течение первых суток – 31,3% и 20,3% – к 3-м суткам. Несколько большая продолжительность жизни (больше 7 суток) была у детей, рожденных от первородящих женщин. Так, по сравнению с 2003 г., когда 12% детей выжило более 7 суток, в 2004 г – 21% детей. Детей массой тела 900–999 г рождается больше у первородящих женщин, составляя 31%, у повторнородящих – 20%. У повторнородящих женщин почти в два раза больше рождается детей с массой тела 500–599 г и составляет 15%, тогда как у первородящих с этой массой рождается лишь 8%. Наибольшее количество очень ранних родов было в период 24–27 недель, что составило 74% от всех очень ранних родов. Интересно, что 46% случаев очень ранних родов зарегистрировано у женщин с А (II) группой крови, лишь единичные –

у женщин с АВ (IV) группой крови. Большое количество очень ранних родов приходится в осенне-зимний период, что, возможно связано со временем зачатия в летние и ранние осенние месяцы. Это явление необходимо учитывать при планировании беременности.

Литература

1. KN Siva Subramanian, MD Extremely low body weight. // Am J perinatol. – 2003. – P. 181–188.
2. Божков Л.К. Физиология и патология недоношенного ребенка / Авт. пер. с болг. – Минск: Беларусь, 1983.
3. Avery G.B. (ed.). Neonatology: Pathophysiology and Management of the newborn. – Philadelphia: Lippincott, 1987.
4. Gomella T.L. Neonatology (fourth Edition). Appleton & Lange, 1999.
5. Klaus M.H., Fanaroff A.A. Care of the high-risk neonate, 5th edition. WB Saunders Company. – 2001.
6. Робертон Н.Р.К. Практическое руководство по неонатологии. / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1998.
7. Братанов Б.Р. Клиническая педиатрия. – София: Медицина и физкультура, 1987.
8. Приказ МЗ КР №249 от 20.10.1998 г. “О введении международных определений, относящихся к перинатальному периоду и совершенствовании учета рождений и смерти”