

УДК 618.39-089.888.14-06-037:618.3

© Колектив авторів, 2011.

## ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ЗАВМЕРЛОЇ ВАГІТНОСТІ НА РАННІХ ТЕРМІНАХ

**О. О. Бала, В. О. Бенюк, Б. А. Сікачев, Бу Вей Вей, А. В. Атамась**

*Кафедра акушерства та гінекології №3 (зав. кафедри – проф. В. О. Бенюк),  
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ.*

### ASPECTS OF STOP-DEAD PREGNANCY IN EARLY TERMS

**O. O. Bala, V. A. Benyuk, B. A. Sikachev, Bu Vey Vey, A. V. Atamas**

#### SUMMARY

In this article we introduced results of examination of women with stop-dead pregnancy on early stages. Analyzing this results we can check the tendency of increasing of this pathology. The highest percent of stop-dead pregnancy in the case of middle-age reproductive women with fouled somatic, obstetrical, gynecological status.

### ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

**О. О. Бала, В. А. Бенюк, Б. А. Сикачев, Бу Вей Вей, А. В. Атамась**

#### РЕЗЮМЕ

В статье приведены результаты исследований женщин с замершей беременностью в первом триместре. Анализируя клинико-статистические показатели, мы отмечаем тенденцию роста этой патологии. Большой процент замершей беременности у женщин среднего и старшего репродуктивного возраста с нарушенными соматическим, акушерским и гинекологическим статусами.

**Ключові слова:** замерла вагітність, аборт, ускладнення.

Невиношування вагітності – важлива проблема сучасного акушерства. Однією з її складових частин є замерла вагітність, відсоток якої у структурі репродуктивних втрат складає 10-20% [1]. Не виникає сумніву, що це питання потребує сучасних методів прогнозування, своєчасної діагностики, проведення відповідних лікувальних заходів і впровадження профілактичних методів, направлених на попередження ускладнень запального генезу, можливість забезпечити нормальну репродуктивну функцію жінки у майбутньому. Слід зазначити, що тривала внутрішньоматкова затримка плідного яйця у матці – загроза не лише здоров'ю, але і життю жінки, оскільки пацієнтки із замерлою вагітністю – група високого інфекційного ризику реалізації гнійно-запальних ускладнень у післяабортному періоді [3, 5, 6].

Частота запальних процесів в матці, порушень менструальної функції, кількість гормоно-залежних захворювань коливається від 15-16% – на ранньому, до 50-60% – на пізньому етапах після проведення абортів [7, 12]. Основними його наслідками є гострі захворювання запального генезу і загострення хронічних процесів геніталій, що може привести до стійкого безпліддя (В. Б. Трубін, 2001; Е. А. Міхніна та ін., 2002). Ендометрит після абортів залишається одним із найрозповсюдженіших інфекційних ускладнень. Його частота складає 30-35% (Н. М. Полозкова та ін., 2001; В. Б. Трубін, 2001). Вивчення віддалених наслідків

медичного абортів показало його негативний вплив на дітородну функцію жінки: виникнення вторинного безпліддя, самовільні аборти, привичне невиношування, трубна вагітність [4, 9, 11]. До пізніх наслідків абортів, причиною яких, як правило, є нейроендокринні порушення центрального генезу, відносять олігоменорею, мено- і метрорагії.

Унаслідок сказаного вище, залишається актуальною проблема профілактики післяабортних ускладнень і стимуляція повноцінної регенерації ендометрію у пацієнток із замерлою вагітністю. Це у майбутньому сприяє збереженню менструальної і репродуктивної функцій жінки і веде до успіху у підготовці до наступної планованої вагітності.

#### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Нами було проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 800 жінок із замерлою вагітністю та гестаційним терміном до 12 тижнів. Пацієнтки знаходились на обстеженні і лікуванні у пологовому будинку №3 м. Києва. Детально вивчено та проаналізовано анамнестичні дані, гінекологічний та акушерський анамнези.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Етіологія замерлої вагітності різноманітна і залежить від медичних і соціальних чинників, які пов'язані з організмом жінки і чоловіка, особливостями розвитку плоду і можуть діяти як одночасно, так і

послідовно (В. Н. Парусов та ін., 1996). На сьогоднішній день дослідження етіології, патогенезу, клініки замерлої вагітності носять фрагментарний характер.

На основі наших досліджень, ми переконались, що замерла вагітність – проблема, актуальність якої зростає у часовому аспекті: 2003 рік – 110 випадків, 2004 – 155, 2005 – 170, 2006 – 180, 2007 – 185. З 2008 року кількість замерлої вагітності різко зростає і становить відповідно 231, 2009 – 253 випадки, 2010 – 236.

На основі детального аналізу вікових груп жінок із замерлою вагітністю, можна говорити, що лідерами є категорії середнього і старшого репродуктивного віку: 15-20 років – 8,6%, 21-25 років – 28,5%, 26-30 років – 35,4%.

Нами було проаналізовано соціальний статус пацієнток із замерлою вагітністю у I триместрі, адже, загальновідомо, що важкі умови праці в тій чи іншій мірі можуть негативно вплинути на перебіг вагітності.

За професійною діяльністю обстежена група виглядає наступним чином: робітники – 7,4%, службовці – 48,0%, студенти – 19,6%, домогосподарки – 25,0%.

Маса тіла у обстежених жінок із замерлою вагітністю коливалась у межах 54-105 кг, при чому переважна більшість обстежених мали надлишкову вагу, а середній зріст становив 159,34 см. Це дає підставу вважати, що серед пацієнток частіше зустрічаються жінки з порушенням обміну речовин.

На основі аналізу захворювань у дитячому, пубертатному та зрілому віці, звертає на себе увагу висока частота перенесених хронічного тонзиліту, пієлонефриту, циститу, холециститу, гастриту, що є основними ознаками неблагоприємного преморбідного фону.

78,0% обстежених перенесли у дитинстві дитячі інфекційні хвороби. Відомо, що гострі і хронічні інфекції є однією з причин замерлої вагітності. Інфекційні агенти впливають на ембріон і трофобласт, індукуючи трофобластичну недостатність і вторинну ембріопатію [2, 3, 8, 10]. У 35,5% жінок в анамнезі хронічний тонзиліт, у 16,2% – хронічний пієлонефрит, 20,2% – хронічний гастрит, 16,1% – хронічний цистит.

Звертає на себе увагу високий відсоток оперативних втручань – 32,0% у анамнезі пацієнток. Слід зазначити, що важливу роль у формуванні ризику замерлої вагітності відіграють захворювання, які супроводжуються змінами мікроциркуляції та гемодинаміки, і приводять до порушення плодово-плацентарного кровообігу [4]. Вегето-судинна дистонія по гіпо- і гіпертонічному типу реєструвалась у 12,5% обстежених, вроджені і набуті вади серця – у 1,9%.

Особливої уваги заслуговує аналіз акушерського анамнезу пацієнток: ризик замерлої вагітності у повторновагітних удвічі вищий, чим при першій вагітності, 68,0% і 32,0% відповідно.

Досить високий відсоток – 26,0% жінок – перенесли один артіфіційний аборт і у 28,7% у анамнезі вже була замерла вагітність.

Частою патологією у жінок із замерлою вагітністю були перенесені у минулому кольпіти (37,6%), цервіцити (32,7%), ерозія шийки матки (23,2%), гострий сальпінгофорит (32,3%).

Ми провели розподіл пацієнток відповідно терміну замерлої вагітності. У терміні 11-12 тижнів зафіксовано 3,0% випадків, 7-8 тижнів вагітності – 32,2%, 9-10 тижнів – 16,4%, 5-6 тижнів – 48,4%.

Слід зазначити, що з 100% випадків діагноз замерлої вагітності був підтверджений трансвагінальним ультразвуковим обстеженням, оскільки серцеву діяльність у плода можна встановити, починаючи з шостого тижня вагітності (Т. W. Wong et al., 1998; G. C. England, 1998). Як правило, при грубих хромосомних порушеннях здійснюється природний відбір і вагітність переривається у самих ранніх термінах – 3-4 тижні.

Жінки із замерлою вагітністю у I триместрі при надходженні у стаціонар, в основному, скаржились на болі – 28,1% та болі з кров'янистими виділеннями – 35,2%. У 62,0% пацієнток розміри матки при поступленні були менші, ніж повинні бути на даному терміні гестації.

Найчастіше зустрічалася саме внутрішньоутробна загибель ембріона – 90,3% випадків; анембріонія – значно рідше – 9,7% випадків.

#### ВИСНОВКИ

Таким чином, на основі проведених нами обстежень пацієнток із замерлою вагітністю можна зробити наступні висновки: кількість випадків цієї патології у жінок середнього та старшого репродуктивного віку зростає. Замерла вагітність частіше зустрічається при обтяженому соматичному, акушерському та гінекологічному анамнезах. Жінки переважно скаржаться на болі з кров'янистими виділеннями.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Айламазян Е. К. Невідкладна допомога при екстремальних станах в акушерській практиці / Айламазян Е. К. – Н. Новгород: Видавництво НГМА, 1997. – 272 с.
2. Ганіна С. А. Патологія плідного яйця і позазакричних органів у жінок з інфекцією геніталій: автореферат дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / С. А. Ганіна. – Омськ, 2000. – 20 с.
3. Інфекційні аспекти вагітності, що не розвивається / Н. М. Полозкова, В. Г. Істрагов, Б. Б. Мукова [та ін.]: матеріали 3-го Російського форуму «Мати і дитина» (Москва, 22-26 жовтня 2001 р.). – Москва, 2001. – С. 151-152.
4. Клініко-морфологічні паралелі при вагітності, що не розвивається / Е. Л. Давтян, З. С. Хожаєва, П. А. Кирющенков [та ін.]: матеріали 4-го російсько-

го форуму [«Мати і дитина»], (Москва, 21-24 жовтня 2002 р.). – Москва, 2002. – С. 264–265.

5. Міхніна Е. А. Морфо-функціональний стан ендометрію у жінок із самовільними викиднями і привичним невиношуванням вагітності / Е. А. Міхніна : матеріали 4-го російського форуму [«Мати і дитина»], (Москва, 21-24 жовтня 2002 р.). – Москва, 2002. – С. 409–410.

6. Мукова Б. Б. Інфекційний генез синдрому ранніх втрат плоду: міфи і реальність / Б. Б. Мукова : матеріали 4-го російського форуму [«Мати і дитина»], (Москва, 21-24 жовтня 2002 р.). – Москва, 2002. – С. 414–416.

7. Омаров С.-М. А. Профілактика кровотеч при вагітності, що не розвивається / С.-М. А. Омаров, Ю. І. Магомедов // Акушерство і гінекологія. – 1991. – № 3. – С. 43–46.

8. Патогенез, діагностика і лікування внутрішньоутробної інфекції / М. В. Тарєєва, І. І. Федорова,

А. В. Ткачева [та ін.] // Вісник російської асоціації акушерів-гінекологів. – 1994. – № 2. – С. 11.

9. Перинатальні аспекти штучного аборту / Н. К. Нікіфоровський, В. Н. Покусаєва, В. Н. Петрова [та ін.] // Вісник російської асоціації акушерів-гінекологів. – 2000. – № 1. – С. 25.

10. Пестрикова Т. Ю. Внутрішньоутробне інфікування, можливості прогнозування, діагностики і лікування. Ведення вагітності і пологів високого ризику / Пестрикова Т. Ю. – Москва, 1994. – С. 107–121.

11. Привична втрата вагітності / Сідельнікова В. М. – Москва, 2002. – 304 с.

12. Сідорова І. С. Діагностика і лікування внутрішньоутробної інфекції по триместрам вагітності / І. С. Сідорова, І. О. Макаров, С. М. Воєводін : матеріали 4-го російського форуму [«Мати і дитина»], (Москва, 21-24 жовтня 2002 р.). – Москва, 2002. – С. 558–560.