Ретроспективный анализ историй болезни пациенток с диагнозом «непрогрессирующая беременность».

Эллиниди В.Н., Костючек Д.Ф., Новиков Е.И., Рустанович Ю.Г.

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздравсоцразвития России. Пискаревский проспект 47/21. Тел: 8(953)3437780 / karen83@yandex.ru

РЕЗЮМЕ

В статье приводятся сведения о ретроспективном анализе историй болезни женщин с непрогрессирующей беременностью. Проведен морфологический анализ гистологических соскобов данных женщин с непрогрессирующей беременностью на сроках от 4до 15 недель. Описана взаимосвязь морфологических изменений при гистологическом исследовании с этиологическими факторами.

Ключевые слова: непрогрессирующая беременность, морфологическое исследование, ретроспективный анализ.

The retrospective analysis of medical reports of patients with the diagnosis «missed abortion».

Ellinidi V. N, Kostjuchek D.F, Novicov E.I., Rustanovich J.G.

GBOU VPO "North-West state medical University. I.I. Mechnikov" Health And Social Development Ministry Of Russia. Piskaryovsky prospect 47/21.tel: 8(953)3437780 karen83@yandex.ru

SUMMARY

The article presents data on the retrospective analysis of medical reports of women with missed abortion are resulted. The morphological analysis histology scrapes the given women with missed abortion on terms from 4до is carried out 15 weeks. We describe the relationship of morphological changes in histological examination of etiologic factors.

Keywords: missed abortion, morphological research, the retrospective analysis.

Актуальность. Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает непрогрессирующая беременность - гибель эмбриона или плода на раннем сроке беременности с длительной задержкой его в полости матки [4,7,8,11]. Чаще всего это происходит в первом триместре – до 12 недель, однако прекращение развития может случаться и на более поздних сроках беременности [1,2,5,16]. Гибель эмбриона (плода) не всегда сопровождается быстрым самопроизвольным изгнанием его из матки. Отсутствие каких-либо пролиферативных и метаболических процессов со стороны клеточно-тканевых элементов плодного яйца в связи с их далеко зашедшими дистрофическими и некробиотическими изменениями усугубляется ареактивностью матки, которая не отторгает погибший плод и оно может задерживаться в матке на неопределенно долгое время, вплоть до предполагаемого срока беременности [13].

В структуре репродуктивных потерь частота непрогрессирующей беременности составляет 10-20% [15]. Этиология непрогрессирования беременности разнообразна и зависит от многих факторов, действующих одновременно или последовательно [6,14,12,10]. В настоящее время считается, что наиболее частыми причинами прекращения жизнедеятельности плода являются генетические, гормональные, аутоиммунные, инфекционные факторы [2,3,9,16].

Цель исследования. Проанализировать истории болезни пациенток с диагнозом «Непрогрессирующая беременность» для возможного выявления причин прекращения жизнедеятельности плода.

Методы. Ретроспективный анализ, морфологическое исследование.

Результаты: Проведен анализ 95 историй болезни пациенток с диагнозом «Непрогрессирующая беременность» при сроках от 4 до 8 недель беременности (77 пациенток) и от 9 до 15 недель (18 пациенток), за период с 2005 по 2009 год. Средний возраст женщин составил 29,25 лет ±1,0год. Диагноз непрогрессирующей беременности был поставлен по данным ультразвукового исследования при обращении в женскую консультацию. При этом расхождение между гестационным сроком беременности и сроком прекращения жизнедеятельности плода составил 3,03 недели у женщин при сроках от 4 до 8 недель и 3,04 недели, при сроках от 9 до 15 недель.

При анализе историй болезни женщин с непрогрессирующей беременностью отмечено, что беременность чаще замирала на сроках от 4 до 8 недель (4-8 нед.-81% и 9-15 нед. – 19%). При изучении анамнеза пациенток с непрогрессирующей беременностью чаще всего прекращение жизнедеятельности плода происходило у первобеременных, как при сроках от 4 до 8 нед., так и при сроках от 9 до 15 нед.. На втором месте по частоте

непрогрессирующая беременность была у женщин, имевших в анамнезе более двух беременностей независимо от срока (табл.1).

Таблица 1.

Особенности анамнеза женщин с непрогрессирующей беременностью.

Акушерский анамнез и гинекологические заболевания.	Срок беременности	
	4-8нед.(81%)	9-15нед.(19%)
Первая беременность	12,9%	33,3%
Срочные роды	1,2%	5,5%
Самопроизвольный выкидыш	3,89%	5,5%
Внематочная беременность	2,59%	Не было
Непрогрессирующая беременность	3,89%	Не было
Аборт	14,2%	5,5%
Миома матки.	1,2%	5,5%
Воспалительные процессы придатков матки.	11,6%	5,5%
Эрозия шейки матки.	24,6%	33,3%

Из гинекологических заболеваний чаще встречалась эрозия шейки матки 24,6% при сроках от 4 до 8 нед. и 33,3% при сроках от 9 до 15 нед. Так же следует отметить, что наблюдалось сочетание воспалительных процессов и эрозии шейки матки (табл.1). У 40,2 % пациенток при сроках 4-8 нед. и 27,7% при сроках 9-15 нед. были выявлены следующие урогенитальные инфекции: уреаплазмоз, хламидиоз, микоплазмоз. У всех пациенток проводилось лечение до беременности, без контрольных исследований и лечения партнера. Сопутствующие соматические заболевания имели 32,46% пациенток при сроках 4-8 нед. и 27,7 % при сроках 9- 15 нед., чаще встречались заболевания мочевыделительной системы (30,7% - 4-8 нед., 40% - 9-15 нед.), желудочно-кишечного тракта (30,7% - 4-8 нед., 20% - 9-15 нед.) и другие. Наличие соматической патологии отрицали 67,53% пациенток при сроках 4-8 нед. и 72,2% при сроках 9- 15 нед.. При исследовании биоценоза влагалища, признаки воспаления были выявлены у 56 пациенток, из них 43 пациентки(76,7%) были со сроками 0т 4 до 8 нед., и 13 пациенток(23,2%) со сроками беременности от 9 до 15 недель. При поступлении жалобы предъявляли 73 пациентки (76,8%), из которых только 2 были при сроках непрогрессирующей беременности 9-15 нед.. При этом кровянистые выделения были у 63 пациенток (86,3%).

Перед опорожнением полости матки пациенткам брали венозную кровь для общего анализа крови и коагулограммы. Так у 16 (16,8%) пациенток отмечается повышение количества тромбоцитов до 320 $x10^9$ клеток/L и выше, при этом 3 (18,7%) пациентки были

на сроках от 9 до 15 нед., и 13 (81,2%) пациенток от 4 до 8 недель беременности. При изучении показателей отмечалось, что у пациенток со сроком беременности от 9до 15 нед. наряду с изменениями количества тромбоцитов имелось увеличение показателя АПТВ, несмотря на то, что остальные показатели коагулограммы были в пределах референтных значений можно говорить о нарушении в свертывающей системе крови у данных пациенток. В группе пациенток со сроками беременности от 4 до 8 недель также отмечалось увеличение показателя АПТВ при одновременном повышении тромбоцитов, что так же свидетельствует о наличии нарушений в свертывающей системе крови. Наличие лейкоцитоза у всех пациенток с тромбоцитозом указывает на наличие бактериальной, вирусной или грибковой инфекции.

При морфологическом исследовании трофобласта отмечалась патологическая незрелость ворсин хориона, аваскуляризированные ворсины наблюдались в 55.5% случаев при сроке непрогрессирующей беременности от 4 до 12недель, гиповаскуляризированные ворсины были выявлены в 13% случаев при сроке беременности 10-12 недель. При сроке непрогрессирующей беременности 14-15 недель чаще наблюдались (75%) склерозированные ворсины, реже (25%) гипо и аваскуляризированные ворсины. Известно, что развитие фиброза стромы ворсин часто наблюдается при преэклампсии, диабете у беременных, а также при иммунологических нарушениях и несовместимости по группе крови [18].

Дистрофические изменения ворсин хориона в виде гидропической дистрофии с развитием крупных кист наблюдались чаще (44, 4% случаев) при сроке непрогрессирующей беременности 4 - 12 недель. По данным Jauiaux E, Hustin J (1998 г.) считается, что первичные хромосомные нарушения затрагивают процессы фетального васкулогенеза, что проявляется аваскуляризацией ворсин и кистозной трансформацией с формированием крупных полостей [17].

Воспалительные изменения плаценты были представлены различными патоморфологическими проявлениями от серозной лейкоцитарной инфильтрации до очаговых некрозов децидуальной ткани и развития экссудативно-некротического децидуита, субхориального интервиллузита с краевым стоянием лейкоцитов и развитием фибринозно-лейкоцитарного воспаления. Лейкоциты определялись в межворсинчатом пространстве и базальной пластинке. Воспалительные изменения в децидуальной ткани коррелировали со сроком беременности и наблюдались чаще при сроке непрогрессирующей беременности 9 - 15 недель (52,9%) в сравнении со сроком прекращения жизнедеятельности плода 4 -8 недель. (37%) ($p>0,05$)

Морфологические проявления недостаточности гравидарного желтого тела и относительной гипопрогестеронемии наблюдались чаще (67 %) при сроке непрогрессирующей беременности 4 - 8 недель и в 60% случаев при сроке 9 -12 недель, и лишь в 25% данные проявления отмечались при сроке 13 - 15 недель. Основные гистологические изменения при данной патологии были представлены неполноценной гравидарной трансформацией эндометрия, в виде преобладания отростчатых предецидуальных клеток в отечной строме с расположенными в ней узкими и кистозно-растянутыми железами эндометрия с низким функциональным слоем эпителия. Сочетание воспалительного процесса в виде серозного экссудативного и экссудативно-некротического децидуита с незавершенной гравидарной трансформацией эндометрия наблюдалось в каждом 3 случае.

Данные комплексного клинико-морфологического исследования позволили выделить особенности патогенеза непрогрессирующей беременности, такие как преобладание гормональных и хромосомных нарушений на сроках 4 – 8 недель, инфекционные и иммунологические причины на сроках 9 – 15 недель.

Список литературы:

1. Винницкий О.И. Ранняя диагностика неразвивающейся беременности, профилактика ее осложнений. // Методические рекомендации Львов, 1987.
2. Глуховец Б.И., Глуховец Н.Т. Патоморфологическая диагностика ранних самопроизвольных выкидышей. СПб, 1999. 96 стр.
3. Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г., Тарасов В.Н., Мезин В.Я., Мезин Е.В. Патоморфологические и гормональные критерии в диагностике причин самопроизвольных выкидышей. Архив патологии, 2001 год. Т. 63. №5. С. 31 - 36.
4. Зароченцева Н.В. Морфофункциональное состояние эндометрия у женщин с невынашиванием беременности гормонального генеза. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии 2003. том 2. № 1. С. 49 - 52.
5. Иммуноферментный метод определения плацентарного альфа 1-микроглобулина в сыворотке крови человека. Петрунин Д.Д., Зарайский Е.И., Олефиренко Г.А. и др. Информационное письмо МЗ СССР, 1990.
6. Кулаженко В.П. Аномалия развития абортусов. Тератология человека // Под ред. Г.И. Лазюка. - М.: Медицина, 1991.
7. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В., Беженарь В.Ф., Берлев И.В.. Невынашивание беременности. СПб, 1999. 60 стр.

8. Невынашивание беременности: этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение. Учебное пособие. / Н.Г.Кошелева, О.Н.Аржанова, Т.А. Плужникова, СПб, 2002. 59 стр.

9. Новиков Е.И., Рухляда Н.Н., Глуховец Н.Г. Неразвивающаяся беременность первого триместра. Современные аспекты клинико-морфологической диагностики и лечения: Пособие для врачей / СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Дженелидзе. СПб.,2009. 42с.

10. Слепцова С.И. Факторы риска и причины невынашивания беременности. Акуш. и гин. 1991. № 4. С. 20 - 23.

11. Салов И.А., Маринушкин Д.Н. Прекращение секреции фетального окситоцина как причинный фактор задержки погибшего плода в полости матки при неразвивающейся беременности. Тез. Докл. III межобл. научн. - практ. конф. Саратов, 1997. С. 93.

12. Сидельникова В.М. Гормональные аспекты в клинике невынашивания. Русский медицинский журнал, 2001. Том 9. № 19. С. 817 - 819.

13. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. М.: Триада - Х, 2002. 304 стр.

14. Серов В.Н., Тихомиров А.Н., Лубнин Д.Ж. Современные принципы терапии воспалительных заболеваний женских половых органов (методическое пособие для врачей акушеров-гинекологов) М.,. 2003. 19 стр.

15. Сидорова И.С., Шешукова Н.А. Гинекология 2006. Т. 3. № 8. С. 4 - 7.

16. Сидельникова, В. М. Невынашивание беременности - современный взгляд на проблему / В. М. Сидельникова // Акушерство и гинекология. 2007. № 5. С. 24 - 27.

17. Jauiaux E, Hustin J.//Hum. Pathol.-1998-Vol. 29. P.1195 - 9.

18. Vijay V. Joshi. Handbook of Placental Pathology. New York 1994.