

МЕСИКОВА Д. С., АНДРЕЕВА Н. А., ИСЛАМОВА М. Н.

**ИНФЕКЦИОННЫЙ ФАКТОР КАК ПРИЧИНА
НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Аннотация. В статье рассматриваются современные взгляды на этиопатогенез неразвивающейся беременности. Выявляются дополнительные факторы, способствующие возникновению данной патологии.

Ключевые слова: невынашивание беременности, неразвивающаяся беременность, урогенитальные инфекции.

MESIKOVA D. S., ANDREEVA N. A., ISLAMOVA M. N.

THE INFECTIOUS FACTOR AS A CAUSE OF NON-DEVELOPING PREGNANCY

Abstract. The article considers the modern views on the etiopathogenesis of non-developing pregnancy. The authors identify the additional factors promoting occurrence of this pathology.

Keywords: miscarriage, non-developing pregnancy, reproductive tract infections.

Невынашивание беременности – это актуальнейшая проблема современного акушерства и гинекологии. Частота ее встречаемости составляет от 10 до 25% всей акушерской патологии. Одной из наиболее часто встречаемых причин невынашивания беременности, являются урогенитальные инфекции. Важнейшая роль отводится микоплазменной, хламидийной, уреоплазменной инфекции, вирусу папилломы человека (ВПЧ) и генитальному герпесу.

Во время беременности изменяется иммунный статус женщины, развиваются иммунодефицитные состояния, которые повышают риск развития инфекционных заболеваний. Генитальные инфекции, в большинстве случаев, встречаются в различных ассоциациях. Огромное значение в последнее время придается ассоциациям инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Среди возбудителей этой группы наиболее частой причиной невынашивания беременности являются: уреоплазмы, хламидии, генитальные микоплазмы, цитомегаловирус (ЦМВ), вирус простого герпеса, вирус папилломы человека (ВПЧ).

Влагалище небеременной женщины в норме заселено аэробными и анаэробными микроорганизмами. В дебюте беременности, у здоровых женщин происходит снижение численности и вида непатогенных микроорганизмов с повышением и формированием колонизаций, представленных условнопатогенной флорой. Клетки влагалищного эпителия в период беременности становятся более эластичными, пролиферируют, выделяя большое

количество гликогена, увеличивается численность лактобацилл и дрожжеподобных грибов, и данные факты должны учитываться при назначении этиотропной терапии.

Большой процент самопроизвольных выкидышей приходится на ранние сроки беременности, и из-за размытой клинической картины они проходят бессимптомно. По данным И.И.Гузова около 80% самопроизвольных выкидышей приходится на I триместр беременности. Последние десять лет особое место в структуре невынашивания беременности на I триместре занимает неразвивающаяся беременность (НБ) или несостоявшийся выкидыш (missed abortion). Наиболее частыми причинами НБ остаются эндокринные, хромосомные аномалии, иммунные нарушения, инфекционные факторы, приводящие к персистирующему эндометризу.

Эпизодическое прерывание беременности на малых сроках рассматривается многими исследователями как проявление естественного отбора, но для общего состояния женщины это огромная психологическая травма.

Исходя из вышеизложенного, целью данного исследования является выявление доминирующих инфекционно-причинных факторов НБ и разработка алгоритма диагностики в подготовке к последующей беременности.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 102 женщины в возрасте от 18 до 35 лет с НБ. Анализировали анамнез, условия жизни и работы, наличие экстрагенитальных и генитальных заболеваний, проводились клиническое, лабораторное бактериоскопическое, бактериологическое, ПЦР, ИФА диагностика, гормональное и ультразвуковое исследование. У 68,4% обследованных беременность прекратила свое развитие до 8 недель беременности. Длительность пребывания погибшего плодного яйца в полости матки от 3 до 6 недель наблюдалась в 26,5% случаев. В большинстве случаев, диагноз устанавливался с помощью метода УЗИ диагностики на 5-8 неделе беременности. Регистрировали отсутствие сердцебиения эмбриона, а в 30,6% случаев анэмбрионию.

Клиническая картина проявлялась тянущими болями внизу живота, кровянистыми выделениями из половых путей, общей слабостью и недомоганием, а в 15% случаев субфебрилитетом.

Всем поступившим женщинам был разработан следующий алгоритм обследования:

- общий анализ крови, для определения гематологических показателей;
- коагулограмма;
- контрольное УЗИ;
- для определения в сыворотке крови ИППП, TORCH инфекций применялись ПЦР и ИФА методы диагностики;
- гистологическое исследование абортусов, ворсин хориона и ткань эндометрия;

- определение содержания гормонов в периферической крови;
- генетическое консультирование после проведенного стационарного лечения.

Лечение данной группы пациенток заключалось в эвакуации погибшего плодного яйца путем вакуум-аспирации или кюретажа. Материал, фиксированный в 10% формалине, был отправлен на гистологическое исследование. Данным пациенткам была проведена противовоспалительная терапия по общепринятым стационарным методикам. В постабортную реабилитацию были включены комбинированные оральные контрацептивы, с целью восстановления гормонального баланса, 100% контрацепции на время дообследования и лечения пациенток.

Результаты исследования и обсуждение. Нами проведено разделение пациенток с НБ на 3 группы по этиопатогенетическим признакам: 1-ая группа включила пациенток с эндокринными нарушениями (нами не рассматриваемая в рамках статьи) - 39 женщин, 2-ая группа инфекционно-причинные факторы - (48)женщин, 3-я группа пациентки с анэмбрионией - 15 женщин. Исследования проводились на базе ГБУЗ РМ ГKB №5 4 гинекологического отделения с 2011 по настоящее время (2013 год).

Пациенткам данных групп определялась коагулограмма. Наиболее заслуживали внимания изменения в свертывающей системе крови, выраженность которых коррелировала с длительностью задержки элементов плодного яйца в полости матки и характеризовалась сменой фаз гиперкоагуляции с фазой гипокоагуляции.

На начальных этапах исследования инфекционный скрининг пациенток с НБ ограничивался проведением обследования на наличие TORCH-комплекса методом ПЦР и ИФА- диагностики. Материалом для исследования стали эпителиальные соскобы из уретры и цервикального канала, периферическая кровь. Лишь в 23% случаев регистрировалась моноинфекция, в 77% случаев была выявлена микст-инфекция в различных ее вариациях. Самым распространенным вариантом регистрировался бактериально-микотический (45%) и вирусно-бактериальный (22%), причем масштабность поражения была в пользу вируса папилломы человека (ВПЧ) в различных типовых ассоциациях. Клинически наличие вируса было подтверждено аногенитальными папилломами.

В последующих исследованиях, был расширен диагностический поиск инфекционных факторов в развитии НБ. Для гистологического обследования были взяты 10 соскобов из полости матки с элементами плодного яйца и тканью эндометрия. Патоморфологически в соскобах из полости матки превалировали децидуит, микроабсцесс с кариолизисом, некроз децидуальных клеток. Увеличение числа плацентарных макрофагов в строме ворсин является одним из важных гистологических

критериев воспаления при НБ. В ответ на чужеродный антиген: уреаплазмы, хламидии, микоплазмы, ВПЧ, вирус простого герпеса и др. происходит активация макрофагов. Вырабатываются цитокины, которые обладают трофолитическим воздействием и приводят к гибели эмбриона.

В результате проведенного исследования НБ, на фоне урогенитальной инфекции, обусловлена массивной воспалительной инфильтрацией. Изменяется состав децидуальных лимфоцитов в количественном увеличении макрофагов с последующим развитием париетального и базального децидуита. В децидуальной ткани развивается микротромбоз, с формированием участков некроза и гибелью эмбриона.

Лечение урогенитальных инфекций сводится к применению антибиотикам широкого спектра действия, иммуномодуляторам, эубиотикам, проведению энзимотерапии. После проведенной этиотропной терапии, через 2 месяца, накануне очередной менструации была проведена аспирационная биопсия эндометрия с целью гистологического исследования. Практически у всех пациенток прослеживалась полноценная секреторная трансформация эндометрия и отсутствие воспалительной инфильтрации. У 25% наблюдаемых нами пациенток, в анамнезе у которых регистрировалась НБ, морфологически была картина персистирующего эндометрита. В строме определялась воспалительная инфильтрация лимфоцитов, эозинофилов и полиморфно-ядерных лейкоцитов, маточный эпителий участками носил прерывистый характер. Следовательно, картина персистирующего эндометрита связана либо с недостаточной диагностикой, либо с неадекватной терапией выявленных инфекционных агентов.

Выявленная высокая частота урогенитальных инфекций в генезе НБ требует комплексного клиничко-лабораторного обследования пациенток планирующих беременность и их партнеров, и всех беременных женщин начиная с ранних сроков гестации. Этиотропная терапия необходима не только после хирургического удаления погибшего эмбриона, но также и в постабортной реабилитации пациенток после выявления возбудителя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гузов И. И. Остановка развития зародыша. – М., 2002. – С.14.
2. Жук С. И., Калинка Я., Сидельникова В. М. Невынашивание беременности: новый взгляд на старую проблему // Журнал «Здоровье Украины». – 2007. – № 5/1. – С.3-5.
3. Занько С. Н., Семенов В. М., Семенов Д. М. Инфекционные заболевания и беременность. – М.: Медицина, 2006. – 304 с.

4. Подзолкова Н. М. Комплексное морфологическое изучение роли инфекционных процессов в этиологии неразвивающейся беременности // Мать и дитя: материалы VI Рос. Форума. – М., 2003. – С. 171.
5. Радзинский В. Е., Дмитрова В. И., Майскова И. Ю. Неразвивающаяся беременность. – М.: Геотар-Медиа, 2009. – 196 с.