

Особенности клинической характеристики женщин с репродуктивными потерями в анамнезе

А.А. Довгань

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что пациентки с репродуктивными потерями в анамнезе отличались от женщин группы сравнения по следующим характеристикам: числу родов, частоте курения, индексу соматического здоровья, возрасту полового дебюта и состоянию репродуктивного здоровья. Это диктует необходимость дальнейшего изучения данной научной проблемы для разработки усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: репродуктивные потери, клиническая характеристика.

Актуальность проблемы ранних репродуктивных потерь определяется их стабильной и достаточно высокой частотой – каждая пятая желанная беременность прерывается до срока, причём до 80% в I триместре или 16–20% от всех беременностей [1–6].

Понятие «репродуктивные потери» – РП – как критерий общественного репродуктивного здоровья населения трактуется авторами неоднозначно и включает материнскую смертность, плодовые потери, к которым относят не только самопроизвольные выкидыши и перинатальную смертность, но также внематочную беременность [4]. При этом на конгрессе F1GO в Куала-Лумпуре (2006) был поставлен знак равенства между несостоявшимся выкидышем и хроническим аутоиммунным эндометритом, который встречается у 75% женщин с ранними РП. Структурные изменения в эндометрии сопровождаются нарушением его функции, в частности продукции эндометриальных белков, отражающих полноценность секреторных преобразований эндометрия в лютеиновую фазу цикла, необходимых для поддержания беременности: белков альфа-2-микроглобулина фертильности – показателя функциональной активности маточных желез и плацентарного альфа-1-микроглобулина – показателя децидуализации эндометрия. Данные литературы [1–6] убедительно свидетельствуют о важной роли эндометриальных белков в механизмах развития невынашивания беременности и подтверждают роль хронического воспалительного процесса в нарушении репродуктивной функции женщин. Причём неполноценность эндометрия, включающая недоразвитие железистого и стромального элементов, является одной из причин недостаточности лютеиновой фазы цикла [2, 3, 6].

Несмотря на значительное число научных публикаций по проблеме РП нельзя считать все научные вопросы полностью решёнными, особенно в аспекте клинической характеристики женщин.

Цель исследования: изучение особенностей клинической характеристики пациенток с РП в анамнезе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели мы провели клиническую оценку состояния здоровья обследованных женщин с помощью разработанной нами статистической карты. При этом мы обследовали 91 женщину репродуктивного возраста вне беременности. Из них 47 женщин с наличием РП в анамнезе и 44 пациентки без РП, которые составили группу сравнения.

Изучаемые параметры отражали паспортные данные, сведения о наличии профессиональных вредностей. При сборе анамнеза обращали внимание на время появления первой менструации, характер менструальной функции, регулярность и продолжительность менструальных циклов; особенности половой жизни: возраст начала по-

ловой жизни, какой брак по счёту, а также используемый метод контрацепции.

Гинекологический статус обследуемых женщин определяли на основании осмотра наружных половых органов, исследования влагалища и шейки матки с помощью зеркал, бимануального влагалищного исследования, при котором оценивали величину матки, её консистенцию, форму, состояние придатков матки, наличие спаечного процесса в малом тазу. Экстрагенитальные заболевания выявляли в результате комплекса клинических, лабораторных и функциональных исследований по специально разработанной программе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что при анализе возраста пациенток в основной группе и группе сравнения выяснилось, что все пациентки находились в репродуктивном возрасте, средний возраст составил $29,2 \pm 0,5$ и $28,3 \pm 1,2$ года соответственно.

При оценке распределения обследованных по профессиональной принадлежности большинство имели высшее или среднее специальное образование и относились к категории служащих – в среднем каждая вторая пациентка. Изучение вредных привычек женщин всех групп показало, что курят в среднем каждая вторая пациентка с репродуктивными потерями (44,1%), тогда как в группе сравнения – одна из десяти ($p < 0,05$).

Оценка антропометрических показателей свидетельствует, что индекс массы тела достоверно не отличался у пациенток с репродуктивными потерями и женщин без репродуктивных потерь. При анализе структуры сопутствующих экстрагенитальных заболеваний было установлено, что наиболее соматически отягощенными были женщины с репродуктивными потерями в анамнезе. Так, в группе женщин с репродуктивными потерями в среднем на одну пациентку приходилось почти 2 заболевания, а в группе сравнения – 1,1 ($p < 0,05$). В структуре экстрагенитальных заболеваний у пациенток с репродуктивными потерями преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, мочевыделительной системы, органов дыхания и пищеварения, анемии. Заболевания сердечно-сосудистой системы были отмечены практически у каждой второй пациентки с репродуктивными потерями в анамнезе (46,4%), тогда как у женщин без репродуктивных потерь – у каждой четвертой (22,3%) ($p < 0,05$). Заболевания мочевыделительной системы (мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, хронический цистит) в 3 раза чаще были диагностированы среди пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе – 57,1%, а в группе сравнения – 18,5% ($p < 0,05$). Заболевания органов дыхания отметила каждая четвертая женщина (25,1%) с РП, а у женщин без РП только одна из восьми (14,8%), что в два раза меньше ($p < 0,05$). Заболевания пищеварительного тракта встречались практически с одинаковой частотой в обеих группах – 27,9% и 29,8% соответственно. Частота анемии у пациенток с РП была выше – у каждой шестой женщины (14,9%), чем в группе сравнения – 9,5% ($p < 0,05$).

При оценке структуры заболеваний мочевыделительной системы у женщин обследуемых групп следует отметить высокую частоту хронического цистита и пиелонефрита у пациенток с РП в анамнезе ($p < 0,05$). Так, каждая вторая пациентка с РП в анамнезе отмечала перенесённый цистит (61,1%), а каждая третья – хронический пиелонефрит (30,9%). При этом в группе сравнения частота заболеваний мочевыделительной системы была значительно ниже ($p < 0,05$).

При оценке основных менструальных функций у пациенток обследуемых групп достоверных различий не было, что объясняется исключением из исследования женщин с выраженными эндокринными нарушениями. Однако при анализе возраста начала половой жизни выяснили, что средний возраст пациенток группы сравнения достоверно отличается от этого же показателя жизни женщин с РП в анамнезе ($p < 0,05$). Так, в среднем половина обследуемых женщин основной группы начали сексуальные отношения в возрасте до 17 лет (55,7%), а в группе сравнения большинство начали половую жизнь в период 18–24 лет (84,5%). Распределение пациенток по отношению к браку не показало каких-либо значимых отличий, более половины женщин обеих групп были замужем – 63,4% в группе с РП и 75,6% женщин в группе без РП. Анализируя характер применяемой контрацепции, следует отметить, что большинство женщин с РП отдадут предпочтение барьерным (66,1%) и внутриматочным (14,8%) методам контрацепции, что можно объяснить доступностью использования ($p < 0,05$). При этом гормональную контрацепцию в группе сравнения предпочитала каждая пятая (20,6%), а среди пациенток с РП данный метод контрацепции использовали только 8,7%

Нами оценена частота и структура гинекологических заболеваний в обследуемых группах. Заболевания шейки матки встречались в обеих группах практически с одинаковой частотой – 37,3% и 39,6% соответственно. Воспалительные заболевания матки и придатков встречались чаще у женщин с РП в анамнезе по сравнению с группой сравнения ($p < 0,05$). Так, у женщин с неотягощенным анамнезом, без РП, воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) встречались у каждой шестой пациентки (15,4%), а у женщин с РП почти у каждой второй (40,8%), что в 2,5 раза чаще ($p < 0,05$). Аденомиоз почти в шесть раз чаще ($p < 0,05$) отмечался у пациенток с РП в анамнезе (25%), чем у женщин группы сравнения (4%). Миома матки у пациенток с РП встречалась в три раза чаще по сравнению с группой женщин без РП ($p < 0,05$) – 14,5% и 4,2% соответственно. Доброкачественные новообразования яичников встречались во всех группах. В группе женщин с РП у каждой третьей (27,2%), в группе сравнения у каждой восьмой пациентки (13,3%). Нарушение менструальной функции у пациенток с РП в анамнезе (27,4%) встречалось в два раза чаще, чем в группе без РП (11,1%).

Частота неспецифических вульвовагинитов была достоверно выше ($p < 0,05$) в группах женщин с РП в анамнезе по сравнению с группой сравнения (27,1%) и составила 89,8%. Итого, только у од-

ной из десяти женщин группы с РП не было неспецифического вагинита. Общее количество гинекологических заболеваний на одну женщину в группах составил: с РП – 2,6 заболевания, без РП – 1,2, т.е. женщины, имеющие потери беременности, в два раза чаще страдают вульвовагинитами.

Мы выявили, что количество несостоявшихся беременностей в среднем на одну пациентку в группе с РП составило 2,3. При этом соотношение родов и искусственных абортов у этих женщин составило 1:3,3, а количество нерожденных детей в целом почти в семь раз превышало число рожденных. Следует отметить, что искусственное прерывание беременности было проведено хирургическим методом, что оказывает влияние на репродуктивную функцию этих пациенток.

Проведенный клинико-статистический анализ состояния соматического и репродуктивного здоровья обследованных пациенток показал, что в целом группы сопоставимы по основным анализируемым параметрам. При клинико-статистическом сопоставлении группы с РП и без них мы выявили ряд особенностей, которые приводят к повторным потерям беременности:

- низкий индекс соматического здоровья (высокая частота заболеваний мочевыделительной системы – 31,5%);
- ранний половой дебют – больше половины пациенток начинали половую жизнь до 17 лет (55,6%);
- высокий уровень искусственных (42,4%) и самопроизвольных абортов (18,9%), а также неразвивающаяся беременность (44,2%);
- высокая частота использования внутриматочных контрацептивов (14,9%);
- наличие хронических воспалительных заболеваний органов малого таза – у женщин с РП в анамнезе в 2,5 раза чаще (40,7%);
- табакокурение – практически каждая вторая женщина с РП курит (44,9%).

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что пациентки с репродуктивными потерями в анамнезе отличались от женщин группы сравнения по следующим характеристикам: паритету, частоте курения, индексу соматического здоровья, возрасту полового дебюта и состоянию репродуктивного здоровья. Это диктует необходимость дальнейшего изучения данной научной проблемы для разработки усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Особливості клінічної характеристики жінок з репродуктивними втратами в анамнезі А.А. Довгань

Результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки з репродуктивними втратами в анамнезі відрізнялися від жінок групи порівняння за наступними характеристиками: числом пологів, частотою куріння, індексом соматичного здоров'я, віком статевого дебюту і станом репродуктивного здоров'я. Це диктує необхідність подальшого вивчення даної наукової проблеми для розроблення вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: репродуктивні втрати, клінічна характеристика.

Features of the clinical characteristic of women with reproductive losses in anamnesis A.A. Dovgan

Results of the spent researches testify that patients with reproductive losses in anamnesis differed from women of group of comparison under following characteristics: to number of sorts, frequency of smoking, an index of somatic health, age of a sexual debut and a condition of reproductive health. It dictates necessity of the further studying of the given scientific problem for working out of advanced algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: reproductive losses, the clinical characteristic.

Сведения об авторе

Довгань Андрей Анатольевич – ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского, 95006, г. Симферополь, бульвар Ленина, 5/7; тел.: (050) 904-46-90. E-mail: dovgan.a@mail.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пестрикова Т.Ю. Перинатальные потери. Резервы снижения / Т.Ю. Пестрикова. – М.: Литтерра, 2008. – 208 с.
2. Подзолкова Н.М. Клинические и патогенетические аспекты не-развивающейся беременности / Н.М. Подзолкова, В.Г. Истратов, Т.В. Золотухина и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 2. – С. 40–44.
3. Радзинский В.Е. Аборт – проблема национальной безопасности страны. Охрана репродуктивного здоровья – будущее России / В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, М.Г. Лебедева, И.А. Чакчурина // Мат-лы Всероссийской конференции с международным участием, посвященные 10-летию кафедры акушерства и гинекологии мед.

- факультета Белгородского гос. университета. – Белгород, 2010. – С. 165–167.
4. Радзинский В.Е. Неразвивающаяся беременность / В.Е. Радзинский, В.И. Димитрова, И.Ю. Майскова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 196 с.
5. Радзинский В.Е. Прогнозы лечения невынашивания беременности в первом-триместре прогестагенами / В.З. Радзинский, Е.Ю. Запертова, А.В. Миронов // Гинекология. – 2006. – Т. 8, № 4. – С. 35–37.
6. Радзинский В.Е. Реабилитация репродуктивного здоровья после хирургического аборта / В.Е. Радзинский, С.М. Семятов // Гинекология. – 2006. – Т. 8, № 1. – С. 5–9.

Статья поступила в редакцию 26.02.2014