

# Клінічна характеристика жінок із завмерлою вагітністю в анамнезі

**Р.М. Міцода<sup>1,2</sup>, Ю.М. Садигов<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

<sup>2</sup>Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака, м. Ужгород

У статті представлені результати аналізу клінічної характеристики жінок із завмерлою вагітністю в анамнезі. Особливу увагу приділяли акушерському анамнезу та перенесенням захворюванням.

**Ключові слова:** вірус герпесу, цитомегаловірус, завмерла вагітність.

Серед порушень репродуктивної функції у жінок, які впливають на частоту материнської захворюваності та смертності, особливе місце посідає один із різновидів мимовільного переривання вагітності, при якому відбувається внутрішньоутробна загибель плода чи ембріона [2, 4]. Згідно з МКХ-10 такий стан відомий як викидень, що не відбувся [5]. Затримка загиблого плода в матці негативно позначається на подальшій репродуктивній функції жінки, загрожуючи її здоров'ю та життю, що свідчить не тільки про медичну, але й про соціальну значущість проблеми [1]. Профілактика втрат бажаної вагітності є резервом збереження репродуктивного здоров'я жінки, що особливо актуально в умовах низької народжуваності і негативного приросту населення [3].

**Мета дослідження:** аналіз особливостей клінічної характеристики пацієнток із завмерлою вагітністю.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 135 історій захворювань жінок, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у гінекологічному відділенні Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака за 2010–2013 роки з приводу завмерлої вагітності з моменту зачаття до 22 тиж гестаційного процесу.

Було встановлено, що частота викиднів, що не відбулися у жінок, за даними підрозділу Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака, складає 11,7%.

Під нашим спостереженням знаходилися 135 жінок. 100 вагітних із обтяженим акушерським та гінекологічним анамнезом ми розділили на дві групи: I група – основна – ОГ (n=50), II група – порівняння – ГП (n=50). Контрольну групу (КГ) склали 35 вагітних – практично здорові, без акушерської та соматичної патології зі сприятливим завершенням перших пологів та без мимовільних репродуктивних втрат в анамнезі. Критерієм включення в дослідження були жінки, що мали завмерлу вагітність терміном до 22 тиж, наявність клініко-лабораторних ознак вірусної інфекції. Не досліджувалися жінки, які мали завмерлу вагітність в терміні більше 22 тиж гестації, пацієнтки з вираженими ендокринними порушеннями та завмерлу вагітність внаслідок хромосомних аномалій, жінки, які мали загострення бактеріальної інфекції урогенітального тракту, супутню соматичну патологію в стадії суб- чи декомпенсації, вроджену форму тромбофілії, стрес та ранній гестоз на момент дослідження.

У кожної жінки, що перебувала під спостереженням, вивчали скарги, анамнез життя і захворювання, перенесені дитячі, соматичні та гінекологічні захворювання. Детально вивчали дітородну функцію, особливості перебігу і ускладнення вагітностей та попередніх пологів, частоту і терміни переривання вагітності, мимовільних викиднів та передчасних пологів, наявність ектопічних вагітностей.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз вікового складу вагітних виявив, що в усіх групах переважали жінки активного репродуктивного віку – від 20 до 35 років. Проте, середній вік пацієнток КГ склав  $21,2 \pm 1,4$  року, а в ОГ та в ГП цей показник був достовірно вище і не відрізнявся по цих групах –  $25,3 \pm 2,6$  року ( $p < 0,05$ ). Кількість жінок, в яких завмерла вагітність була після 30 років, складала 28 пацієнток (20,7%), жінок до 20 років – 13 (9,6%). Цей факт пояснюється тим, що жінки після 30 років мають більший відсоток вірусносійства та екстрагенітальної патології, які ввійшли до складу I та II груп. Юних вагітних та жінок пізнього репродуктивного віку в усіх групах не було.

При вивченні соціального статусу вагітних було виявлено, що в КГ переважають жительки міст (77,1%), а в ОГ та ГП переважають жительки сільської місцевості – I – 36 (72%), II – 34 (68%).

Стосовно зайнятості (таблиця), то у КГ більшість складають робітнички розумової праці – 13 (37,1%), тоді як в ГП та ОГ переважають сільгоспробітничі – I група – 22 (44%), II група – 21 (42%) та домогосподарки – I група – 14 (28%), II група – 15 (30%).

Як видно з таблиці, соціальний статус вагітних ОГ та ГП суттєво не відрізняється ( $p < 0,05$ ).

При аналізі анамнестичних даних пацієнток приділяли увагу вивченню частоти вірусних та бактеріальних інфекцій, що були перенесені в дитячому та підлітковому віці.

Установлено, що жінки з ОГ та ГП мали значно більший відсоток перенесених вірусних інфекцій в дитячому та підлітковому віці, на відміну від вагітних з КГ ( $p < 0,05$ ). Привертає увагу те, що жінки з завмерлою вагітністю в 1,5 рази частіше хворіли на вітряну віспу (I група – 18 (36,0%), II група – 19 (38,0%)) та майже в 2 рази частіше зустрічалися ангіни та тонзиліти (I група – 23 (46,0%), II група – 22 (44,0%)) у порівнянні з вагітними, які мали необтяжений репродуктивний анамнез і фізіологічний перебіг вагітності – 11,4% та – 20,0% відповідно ( $p < 0,05$ ).

У структурі соматичної патології на перше місце виходять часті ГРВІ – I група – 96,0%, II група – 94,0%, майже кожна жінка з I та II групи хворіє на ГРВІ більше 4 разів на рік. Також дуже високим є показник патології нирок (серед якої, найчастіше зустрічався пієлонефрит, цистит) –

# ГИНЕКОЛОГИЯ

## Соціальний статус вагітних (абс. число, %)

Професія	Групи жінок					
	КГ, n=35		I група, n=50		II група, n=50	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Домогосподарки	6	17,1	14	28,0	15	30,0
Робітники розумової праці	13	37,1	2	4,0	1	2,0
Держслужбовці	7	20	4	8,0	3	6,0
Студентки	5	14,3	8	16,0	10	20,0
Сільгоспробітниці	4	11,5	22	44,0	21	42,0

I група – 56,0%, II група – 52,0%. На досить високому рівні знаходяться захворювання травного тракту (I група – 18,0%, II група – 20,0%) та ендокринна патологія (I група – 28,0%, II група – 30,0%). В усіх випадках вагітність настає під час ремісії соматичної патології.

Жінок із жовчнокам'яною хворобою, виразковою хворобою шлунка та/або дванадцятипалої кишки, специфічними та пухлинними захворюваннями травного тракту ми не включали у досліджувані групи. Також ми не включали у дослідження жінок із ожирінням, для того щоб можна було виключити завмирання вагітності з приводу антифосфоліпідного синдрому. Натомість жінки з КГ були практично здорові та соматична патологія зустрічалася в поодиноких випадках – 8,6%, а саме: лише 1 жінка мала в анамнезі пневмонію та 2 жінки – хронічний гастрит.

Аналізуючи отримані дані встановлено, що вагітні з I та II груп демонструють досить високу частоту екстрагенітальної патології у порівнянні з КГ. Проте, показники соматичного здоров'я у жінок I та II груп не мали суттєвих відмінностей між собою, відповідно ці групи можуть бути порівнянні між собою в подальшому.

При вивченні гінекологічного анамнезу у досліджуваних жінок привертає увагу високий рівень запальних захворювань матки і придатків у пацієнток I групи – 68,0% та II групи – 62,0% ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з жінками КГ – 2,8%. Число гінекологічних захворювань на одну жінку в I та II групі складає 1,3, тоді як у КГ – 0,3. Усе це має негативний вплив на реалізацію репродуктивної функції і призводить до передчасного виснаження компенсаторних резервів організму вагітної та зниження її адаптаційної спроможності, що в свою чергу може призвести до перинатальних втрат.

Ураховуючи спрямованість нашої роботи, є вкрай важливим та доцільним дослідити наявність уrogenітальної інфекції в анамнезі в обстежуваних жінок. Неможливо не звернути увагу на той факт, що всі 100% жінок з основної групи та групи порівняння мали в анамнезі уrogenітальну інфекцію. За відсутності суттєвих розбіжностей між основними досліджуваними групами жінок, отримані дані серед вагітних із викликом, що не відбувся, суттєво відрізнялися від показників КГ ( $p < 0,05$ ). Тоді як, у жінок КГ найчастіше зустрічалися гриби роду *Candida* (5,7%), бактеріальний вагіноз (11,4%) та неспецифічні інфекції (8,6%), то у жінок I та II груп на перший план виходить вірусна інфекція у 100% випадків. Також досить високим є показник міст-інфекції: I група – 92,0%, II група – 88,0%.

Наведені вище дані свідчать про те, що наявність в анамнезі уrogenітальної вірусної інфекції є фактором ризику виникнення завмирання плода при наступній вагітності. Тому дуже важливим, на наш погляд, є обстеження цих жінок в період планування наступної вагітності.

Також не менш важливим є дослідження та аналіз акушерського анамнезу у обстежених жінок. Як свідчать результати, у КГ переважали впершевагітні жінки – 88,6% і відповідно жінки, які народжують уперше. А в обох досліджуваних групах переважали повторновагітні пацієнтки: I група – 64,0% і II група – 66,0%. Відсоток штучних абортів у I та II групі був приблизно однаковий і становив 20,0% в ОГ та 22,0% в ГП, на відміну від КГ, де цей показник відсутній. Привертає увагу високий відсоток завершених вагітностей в анамнезі серед жінок I – 80,0% та II – 84,0% груп, тоді як цей показник в КГ також відсутній. 8,0% жінок з I та 6,0% жінок II групи мали в анамнезі позаматкову вагітність як наслідок перенесених запальних процесів. На відміну від КГ, де показники синдрому затримки розвитку плода (СЗРП) та ante-, інтранатальної загибелі плода не зустрічаються, показник СЗРП при попередніх вагітностях в I групі становить 10,0% та 8,0% в II групі, ante- та інтранатальна загибель плода в анамнезі в цих групах становлять 2,0% та 4,0% випадків відповідно.

Ураховуючи дані попереднього аналізу, великий відсоток завершених вагітностей в анамнезі у досліджуваних жінок, вважаємо за потрібне проаналізувати та дослідити терміни завмирання та переривання цих вагітностей. Найбільший відсоток завершених вагітностей в I та II групі діагностовано в терміни від 1 тиж до 6 тиж (I група – 36,0%, II група – 32%) та від 7 тиж до 12 тиж (I група – 40,0%, II група – 46,0%). Це можна пояснити тим що на 6–7-му тижні вагітності відбувається пік першої хвилі інвазії цитотрофобласта в ендометріальний сегмент маткових артерій, що дає початок формуванню матково-плацентарному кровообігу. Як відомо, вплив вірусної інфекції спричинює системне враження ендотелію, що в свою чергу призводить до порушення першої та другої хвилі інвазії, а недостатність першої хвилі інвазії цитотрофобласта веде до затримки початку матково-плацентарного кровообігу, утворенню зон некрозу в decidua basalis та загибелі ембріона. Також досить високим є відсоток завершених вагітностей в період з 12-го по 18-й тиждень (I група – 16,0%, II група – 18,0%), що припадає на другу хвилю інвазії цитотрофобласта. Пік другої хвилі інвазії цитотрофобласта припадає на 16–18-й тиждень вагітності, і порушення другої хвилі інвазії також призводить до неадекватного приросту матково-плацентарного кровообігу, що в свою чергу веде до зменшення кровопостачання плаценти, ішемії ворсин та в подальшому до розвитку плацентарної недостатності (ПН), СЗРП та загибелі плода.

Щодо відсоткових відмінностей між I та II групами, то вони є несуттєвими і дані групи можуть порівнюватись між собою надалі.

Аналізуючи отримані дані анамнезу, можна виділити основні фактори ризику виникнення завмерлої вагітності:

це наявність в анамнезі урогенітальних інфекцій та їхній широкий спектр, перенесені вірусні захворювання, такі, як: HSV-2 та CMV. Це обтяжений соматичний анамнез та гінекологічний, наявність викиднів, замерлих вагітностей та висока частота запальних захворювань органів малого таза. Обтяжений акушерський анамнез, загибель плода, СЗРП, передчасні пологи в минулому.

Проведений клініко-статистичний аналіз не виявив істотної різниці між жінками ОГ та ГП за вивченими показниками, отже дані групи є рандомізованими та можуть порівнюватись між собою.

**Клиническая характеристика женщин с замершей беременностью в анамнезе**  
**Р.М. Мицода, Ю.М. Садыгов**

В статье представлены результаты анализа клинической характеристики женщин с замершей беременностью в анамнезе. Особое внимание обращалось на акушерский анамнез и перенесенные заболевания.  
**Ключевые слова:** вирус герпеса, цитомегаловирус, замершая беременность.

**ВИСНОВОК**

Основними факторами ризику виникнення замерлої вагітності є наявність в анамнезі урогенітальних інфекцій, перенесені вірусні захворювання (HSV-2 та CMV), а також обтяжений соматичний, гінекологічний та акушерський анамнези.

**Перспективи подальших розроблень.** Зрозуміло, що без встановлення статистичної вагомості кожного з факторів завмирання вагітності є неможливим розроблення лікувально-профілактичних заходів для жінок даної групи та доведення їх до позитивного результату.

**Clinical characteristics woman with miscarriage anamnesis**  
**R.M. Mitsoda, Y.M. Sadigov**

The results of the analysis of the clinical characteristics of women with miscarriage anamnesis. Particular attention was paid to the obstetric history and past illnesses.  
**Key words:** herpes virus, cytomegalovirus, miscarriage.

**Сведения об авторах**

**Мицода Роман Миронович** – Закарпатская областная клиническая больница им. А. Новака, ГВНЗ «Ужгородский национальный университет», 88000, г. Ужгород, пл. Народная, 3; тел.: (050) 529-13-36  
**Садыгов Юрий Мехдиевич** – Закарпатская областная клиническая больница им. А. Новака, ГВНЗ «Ужгородский национальный университет», 88000, г. Ужгород, пл. Народная, 3; тел.: (066) 715-03-72. E-mail: dok9@mail.ru

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Бала О.О., Бенюк В.О., Сікачов Б.А., Бу Вей Вей, Атамась А.В. Прогностичні критерії замерлої вагітності на ранніх термінах // Таврический медико-биологический вестник. – 2011. – Т. 14, № 3, ч. 1 (55). – С. 17–19.
2. Даниленко О.Г. Патогенетичні аспекти вагітності що не розвивається // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2014. – № 2 (14). – С. 107–110.
3. Корнацька А.Г., Даниленко О.Г., Біль І.А., Флаксемберг М.А. Особливості лікування жінок з ранніми втратами вагітності на тлі вірусно-бактеріального навантаження // Здоровье женщины. – 2012. – № 10. – С. 120–122.
4. Маркін Л.Б., Матвієнко О.О. Профілактично-терапевтичні заходи у вагітних з припиненням розвитку ембріона в анамнезі // Здоровье женщины. – 2011. – № 6 (62). – С. 31–32.
5. Наказ № 676 від 31.12.2004 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

Статья поступила в редакцию 21.12.2015

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

**ЕЖЕГОДНЫЙ АНАЛИЗ КРОВИ ПОМОЖЕТ ВОВРЕМЯ ВЫЯВИТЬ РАК ЯИЧНИКОВ**

Рак яичников часто протекает бессимптомно, потому у многих женщин его выявляют на поздних стадиях. Лечение опухолей этого типа затруднено, а пятилетняя выживаемость после постановки диагноза составляет лишь 45%.

Группа исследователей из Университетского колледжа Лондона (University College London) в течение 14 лет наблюдала за здоровьем более двухсот тысяч женщин в возрасте от 50 до 74 лет.

Ученые во главе с Дэвидом Агусом (David Agus) проанализировали, как часто участницы исследования проходили различные скрининговые обследования, направленные на выявление признаков рака яичников.

Одна группа женщин ежегодно сдавала анализ крови, а при необходимости проходила процедуру УЗИ. Женщины, входившие во вторую группу, раз в год подвергались трансвагинальному ультразвуковому исследованию, а участницы из третьей группы не проходили никаких обследований.

Реже всего рак яичников диагностировали у тех, кто ежегодно

сдавал анализ крови. В период между 7 и 14 годами наблюдения риск возникновения болезни у женщин из этой группы снизился на 20%.

Несмотря на то, что исследователям удалось выявить оптимальную схему проведения скрининговых обследований, позволяющих своевременно выявлять рак яичников, критики отмечают, что необходимы еще более длительные наблюдения, чтобы окончательно подтвердить ее эффективность.

Источник: <http://medportal.ru>