

менный разрыв плодных оболочек ($p = 0,01$), а так же преждевременные роды ($p = 0,001$). Беременность в основной группе чаще осложнялась нарушениями фетоплацентарного кровотока ($OR = 4,9$; $CI\ 95\ \% 0,9-26,6$; $p = 0,043$). Стоит указать на более высокую частоту первой беременности у женщин основной группы ($p = 0,002$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Neuronal cell death in neonatal hypoxia-ischemia / F. J. Northington [et al.] // Spine. — 2011. — Vol. 69, № 7. — P. 43–758.
2. Strength of association between umbilical cord pH and perinatal and long term outcomes: systematic review and meta-analysis / G. L. Malin [et al.] // Spine. — 2010. — Vol. 340, № 8. — P. 1471.
3. Long-term neurodevelopmental outcomes after intrauterine and neonatal insults: a systematic review / M. K. Mwanki [et al.] // Spine. — 2012. — Vol. 67, № 5. — P. 445–452.
4. Early cerebral hemodynamic, metabolic, and histological changes in hypoxic-ischemic fetal lambs during postnatal life / V. E. Mielgo [et al.] // Spine. — 2011. — Vol. 12, № 9. — P. 111.
5. Анастасьева, В. Г. Современные методы диагностики и коррекции морфофункциональных нарушений фетоплацентарного комплекса при плацентарной недостаточности / В. Г. Анастасьева. — Новосибирск, 1998. — 287 с.

УДК 618.33-06-018-037:618.39

ФАКТОРЫ РИСКА И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Парасевич М. Г.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент *Н. Л. Громыко*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема невынашивания беременности остается одной из наиболее актуальных проблем в современном акушерстве, так как не только влечет за собой снижение рождаемости, но и оказывает отрицательное влияние на здоровье женщин [1]. Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает несостоявшийся выкидыш, т. е. гибель эмбриона или плода в раннем сроке с длительной задержкой его в полости матки — неразвивающаяся беременность. При этом на основании ультразвукового исследования органов малого таза диагностируют два типа неразвивающейся беременности: анэмбрионию и гибель эмбриона (плода) [2].

Согласно данным литературы, наиболее частыми причинами развития неразвивающейся беременности являются эндокринная патология и иммунологические нарушения у матери, хронический эндометрит, неправильный образ жизни, инфекционные факторы, в том числе инфекции, передаваемые половым путем, аномалии развития матки [3].

Цель

Изучить основные факторы, способствующие возникновению у женщин неразвивающейся беременности, провести морфологический анализ биологического материала этих же пациенток.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 40 историй болезни пациенток, госпитализированных в гинекологическое отделение ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 4» с диагнозом неразвивающаяся беременность в сроке до 12 недель в 2019 г. Для достижения цели изучен возрастной состав пациенток, акушерско-гинекологический и соматический анамнез, срок беременности, на котором была выявлена неразвивающаяся беременность, и клинические данные заболевания. Статистическая обработка результатов проводилась в программе «Microsoft Excel» 2010 с использованием описательной статистики (доля, ошибка доли).

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемой группе 37 (92,5 %) случаев неразвивающейся беременности произошли по типу гибели эмбриона и 3 (7,5 %) случая по типу анэмбрионии. Во всех случаях диагноз неразвивающейся беременности выставлен на основании ультразвукового исследования органов малого таза, клинической картины заболевания.

По срокам гестации 35 (87,5 ± 5,22 %) случаев неразвивающейся беременности произошли на 7–8 неделе.

Возраст женщин колебался от 19 до 42 лет и в среднем составил 31,8 лет. У 65 % женщин беременность была незапланированная, а у 35 % — желанная и женщины проходили прегравидарную подготовку. Первородящими были 12 (30 ± 7,24 %) женщин, повторобеременными — 28 (70 ± 7,24 %), среди которых: 17 (42,5 ± 7,81 %) женщин имели срочные роды в анамнезе, 5 (12,5 ± 5,22 %) — с неблагоприятным исходом беременности в анамнезе (самопроизвольные аборт, неразвивающиеся беременности), у 6 (15 ± 5,64 %) — беременность закончилась искусственным прерыванием.

Среди гинекологических заболеваний, отмеченных в анамнезе жизни пациенток с неразвивающейся беременностью, основное место заняли хронические воспалительные заболевания придатков — 17 (42,5 ± 7,81 %) затем фоновая патология шейки матки — 14 (35 ± 7,54 %), кисты яичников — 5 (12,5 ± 5,22), полип тела матки — 2 (5 ± 3,44 %), миома матки — 1 (2,5 ± 2,46). Из специфических инфекций половых путей кандидоз, вызванный грибами рода *Candida*, выявлен у 7 (17,5 ± 6 %) пациенток, уреоплазменная инфекция у 1 (2,5 ± 2,46 %). Структура экстрагенитальной патологии (77 %) в исследуемой группе представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Экстрагенитальная патология у пациенток с диагнозом неразвивающаяся беременность

Экстрагенитальные заболевания	Абсолютное число	Доля, ошибка доли %
Заболевания мочевыделительной системы	11	27,5 ± 7,06
Заболевания щитовидной железы	9	22,5 ± 6,6
Железодефицитная анемия	8	20 ± 6,32
Заболевания желудочно-кишечного тракта	3	7,5 ± 4,16

По данным ряда авторов, экстрагенитальные заболевания влияют на снижение иммунологической защиты, увеличивают вероятность соматических мутаций клеток, способствуют повышению риска развития неразвивающейся беременности [4].

Всем пациенткам были проведены эвакуация плодного яйца путем медикаментозного аборта, лечебные и реабилитационные мероприятия.

У всех женщин было проведено гистологическое исследование после медикаментозного опорожнения полости матки. Для морфологической картины при неразвивающейся беременности характерен ряд патологических процессов, которые представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Морфологическая характеристика при неразвивающейся беременности

Группа признаков	Абсолютное число	Доля, ошибка доли %
Некротические признаки	16	47,5 ± 7,89
Воспалительные признаки	26	65 ± 7,54
Признаки гравидарной недостаточности эндометрия	22	55 ± 7,86

В большинстве результатов гистологических исследований отмечены: исчезновение сосудов, выраженные в различной степени некробиотические процессы в строме ворсин, инволютивные и дистрофические изменения децидуальной ткани в зоне плацентарного ложа, перифокальная лейкоцитарно-фибринозная экссудативная реакция эндометрия.

Выводы

Для женщин с неразвивающейся беременностью характерна высокая частота сопутствующей экстрагенитальной заболеваемости с преобладанием инфекционно-воспалительных процессов.

Для морфологической картины неразвивающейся беременности свойственны дистрофические и некробиотические процессы в строме ворсин, воспалительные признаки, а также недостаточные децидуальные изменения эндометрия.

Женщины после неразвивающейся беременности требуют обязательного проведения лечебных и реабилитационных мероприятий. Своевременное и рациональное проведение прегравидарной подготовки, коррекция сопутствующей патологии будут способствовать успешному завершению последующей беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: учебное пособие / Ю. К. Малевич [и др.]; под общ. ред. Ю. К. Малевича. — Минск: Беларусь, 2017. — 511 с.
2. Пурит, Е. И. Неразвивающаяся беременность в первом триместре: факторы риска, способы прерывания / Е. И. Пурит // Молодой ученый. — 2018. — № 49. — С. 88–93.
3. Сидельникова, В. М. Невынашивание беременности. Руководство для практикующих врачей / В. М. Сидельникова, Г. Т. Сухих. — М.: МИА, 2011. — 135 с.
4. Радзинский, В. Е. Неразвивающаяся беременность: Метод. Рекомендации Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины / В. Е. Радзинский. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 544 с.
5. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — Киев: МОРИОН, 2001. — 408 с.

УДК 618.39:616.155.295

ЧАСТОТА ГЕНОВ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ

Рубан Н. А., Фещенко Е. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. М. Яковец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В современном акушерстве одной из важнейших проблем является профилактика осложнений течения беременности и репродуктивных потерь. Проблема невынашивания беременности в нашей стране актуальна: неудачно заканчивается каждая пятая беременность. Причинами потерь беременности являются генетические, анатомические, эндокринные, инфекционные и иммунологические факторы.

Невынашивание — это универсальный интегрированный ответ женского организма на любое неблагополучие здоровья беременной и плода, кумулятивный ответ на действие неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов.

Цель

Изучение частоты полиморфизма генов: F1 (гена I фактора свертывания крови Thr312Ala); FVL-G169C (гена V фактора свертывания крови, мутация Лейдена); FII-G20210A (гена II фактора свертывания крови — протромбина); MTHFR-C677T (гена метилентетрагидрофолатредуктазы); MTHFR-A1298AC (гена метилентетрагидрофолатредуктазы); MTR-A2756G (гена метионинсинтазы), ассоциированных с риском акушерских и перинатальных осложнений.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 22 индивидуальных карт беременных, которым было проведено генетическое тестирование.