

3. Пауарстейн К.Д., Рикардо Г.А. Менопауза. Гинекологические нарушения.- М.,1985.- С. 510-534.
4. Савельева Г.М. Климактерический синдром. Справочник по акушерству и гинекологии.- М.: Медицина,1992.- С.239-241.
5. Сиетник В.П., Ткаченко Н.М., Глезер Г.А. и др. Климактерический синдром.- М.: Медицина, 1986.

УДК 618.396-037-07

И.И.Бенедиктов, С. И.Воронова

ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ПРЕРЫВАНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ
Кафедра акушерства и гинекологии

Последнее десятилетие характеризуется нарастанием экологического неблагополучия в различных районах страны, в том числе в Уральском регионе. Факторы внешней среды выступают в качестве непосредственного этиологического агента, а также в качестве условий, формирующих фенотип популяции.

Как известно, на полиэтиологические раздражители репродуктивная система часто отвечает монопатогенетической реакцией. Нарушения репродуктивной функции человека выражаются в следующих формах: бесплодие, привычные выкидыши, мертворождаемость, эктопическая беременность, генетическая патология, которые тесно взаимосвязаны между собой.

Невынашивание беременности остается серьезной проблемой в современном акушерстве. Частота данной патологии составляет 10-30%, достигая 32% в Уральском регионе, и не имеет тенденции к снижению (А.Н. Андреев, 1994) [1].

Актуальность проблемы не вызывает сомнения, что обусловлено целым рядом причин. Во-первых, угроза прерывания является наиболее частым осложнением течения беременности. Участвуя в формировании плацентарной недостаточности, невынашивание обуславливает высокий процент перинатальной заболеваемости и смертности. На долю недоношенных детей приходится до 50% случаев мертворождений, 60-70% - ранней неонатальной и 65-75% детской смертности. Перинатальная смертность в 10-33 раза, ранняя неонатальная в 18-33 раза выше в группе недоношенных по сравнению с детьми, родившимися в срок (В.М. Сидельникова, 1986). Самопроизвольный выкидыш является причиной конфликтных ситуаций в семье, психологических травм, значительных экономических потерь. Он отрицательно влияет на полноценность здоровья женщины, усугубляя, как правило, нарушения репродуктивной функции. Так, изменения менструации после самопроизвольного аборта встречаются в 23% случаев, бесплодие - в 8,8% [7].

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о многообразии и множественности этиологических факторов, происхождение патологических изменений всегда носит полиорганный характер, т.е. всегда имеется заинтересованность многих звеньев репродуктивной системы.

В настоящее время нет исчерпывающей классификации причин невынашивания, что объясняется их разнообразием и определенной трудностью сведения в единую систему. Наиболее часто факторы, ведущие к самопроизвольному прерыванию беременности, подразделяют на медицинские и социально-средовые.

Для выявления ведущих факторов риска невынашивания нами был

проведен ретроспективный анализ 770 историй болезни женщин, поступивших в клинику неотложной гинекологии ГКБ N40 с симптомами начавшегося самопроизвольного аборта, за 5 лет (с 1990 по 1994 год), что составило 4,5% от числа всех госпитализированных больных.

Результаты проведенного исследования показали следующее. Из общего числа женщин в возрасте до 20 лет было 16,8%, старше 30 лет - 26,7%, что выше данных, представленных другими авторами (В.М. Сидельникова, 1986). Установлено, что риск самопроизвольного аборта у женщин до 20 лет и старше 30 лет возрастает в 1,6-2 раза, в возрасте 40 и более лет - в 3,1 раза.

По социальному статусу преобладали рабочие (20,2%) и служащие (49,2%), что говорит о широком участии женщин репродуктивного возраста в производстве и частых контактах с неблагоприятными производственными факторами. Такие производственные факторы, как наличие химических агентов, шум, стресс, суточная работа, командировки или запоздалый перевод во время беременности на более легкую работу являются весомыми факторами риска возникновения преждевременного прерывания беременности.

Расторгнутый брак, психологическая несовместимость супругов, плохие взаимоотношения в семье, а также малая продолжительность сна, слабая физическая подготовка и наличие вредных привычек существенно осложняют течение беременности и влияют на ее исход.

У 20% женщин это была первая беременность, у остальных в анамнезе были срочные роды, искусственные и самопроизвольные аборты. Среди повторнобеременных у 5,9% были только самопроизвольные выкидыши, у 15,3% - самопроизвольные выкидыши и искусственные аборты, у 45,3% - искусственные аборты. Общее количество искусственных абортов повторнобеременных женщин составило 1185, в среднем 1,7 на каждую женщину. По данным А.В. Калюш [3], риск преждевременного прерывания беременности возрастает при наличии в анамнезе невынашивания в 3,3-3,4 раза, при неоднократных искусственных абортах в 1,7-2,9 раза. Основное значение имеет прерывание беременности, непосредственно предшествовавшей данной.

Нерациональное репродуктивное поведение (неэффективная контрацепция, высокая частота unplanned и нежелательных беременностей, искусственных абортов и их осложнений, несоблюдение оптимальных интергенетических интервалов) также является одним из ведущих отрицательных факторов.

Среди медицинских факторов одно из первых мест занимают инфекционные заболевания матери. Хронические инфекционные заболевания женщин характеризуются персистенцией возбудителя в организме с активацией процесса при любом нарушении гомеостаза - под влиянием стресса, изменения характера питания, неблагоприятных экологических факторов и т.д. [6]. Эти заболевания часто приводят к внутриутробному инфицированию плода, осложняя течение беременности, развитию позднего гестоза, самопроизвольному аборту, неразвивающейся беременности, хронической гипоксии плода, задержке внутриутробного развития, гипотрофии плода, многоводию, аномалиям развития плода, антенатальной его гибели, рождению больного ребенка [6].

В этиологической структуре инфекционных заболеваний в акушерстве и перинатологии в настоящее время произошли существенные изменения, обусловленные рядом причин: возрастающим применением антибактериальных препаратов, особенно широкого спектра действия, использованием инвазивных методов обследования и лечения [2,4].

Основными возбудителями инфекционных заболеваний в акушерстве и перинатологии в настоящее время являются условно-патогенные

микроорганизмы – аэробные и анаэробные, среди аэробов существенно возросла роль грамотрицательных бактерий. Наряду с этим особенностью этиологической структуры бактериально-вирусных заболеваний в акушерстве стало преимущественное участие в их развитии различных аэробных, аэробно-анаэробных и вирусных ассоциаций. По данным Кулакова В.И. [4] вирусно-бактериальное поражение половых органов наблюдается в каждом 4-м наблюдении при невынашивании беременности.

К группе риска по инфекционной патологии у матери, плода и новорожденного следует относить около 25% беременных, поступающих в акушерские стационары и перинатальные центры [4]. По данным других авторов у 89,6% обследуемых беременных женщин были диагностированы инфекции, передаваемые половым путем [9].

В патогенезе инфекционных заболеваний в акушерстве существенная роль принадлежит изменению иммунного статуса. При воспалительных заболеваниях отмечается угнетение Т-клеточного (Т-лимфоцитопения, снижение пролиферативной активности лимфоцитов, повышение активности Т-супрессоров) и гуморальных звеньев иммунитета. Развивается вторичный иммунодефицит.

Существенные изменения отмечаются и в системе гемостаза, сущность которых заключается в увеличении реактивности тромбоцитов и умеренной активности свертывания крови. Возникает тромбофилическое состояние, т.е. повышенная готовность организма к возникновению ДВС.

Обращает внимание высокий инфекционный индекс обследуемых женщин: 40% из них имели в анамнезе детские инфекционные заболевания, 70% отмечали частые простудные инфекции, ОРВИ, грипп, ангины; 10% произведена аппендэктомия, 7% тонзиллэктомия. Из экстрагенитальных заболеваний, на наличие которых указывали 31,2% женщин, чаще встречались воспалительные процессы мочевыделительной системы, патология желудочно-кишечного тракта. Воспалительные заболевания гениталий встречались у 49,7% обследованных.

Экстрагенитальные заболевания в детском и юношеском возрасте играют важную роль в последующем развитии невынашивания, по-видимому, за счет нарушения в становлении гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, формирования очагов хронической инфекции. Экстрагенитальные заболевания зрелого возраста усугубляют нарушения гормонального и иммунного статуса. Наличие медицинских факторов риска невынашивания беременности (патология беременности, наличие генитальных и экстрагенитальных заболеваний, генетические факторы), особенно в сочетании с социально-демографическими, часто оказывается критическим для возможности дальнейшего пролонгирования беременности.

Особенностью человека является неоднородность его ответа на то или иное воздействие. Предрасположенность отдельных лиц к болезням также различна, несмотря на идентичное воздействие факторов внешней среды.

Проанализировав основные факторы риска самопроизвольного прерывания беременности, можно выделить группы различной степени риска и установить ряд патологических состояний, предшествующих развитию невынашивания. Полученные данные позволяют осуществить научно обоснованный подход к разработке мер интегрированной профилактики невынашивания беременности.

Все большее значение приобретает социальная профилактика – оптимизация условий и образа жизни, улучшение условий труда, оздоровление окружающей и микросоциальной среды. Медицинская реабилитация должна охватывать все звенья репродуктивной системы обоих супругов, продолжаться от наступления зачатия в течение всей бе-

ременности до рождения человека. Основные мероприятия медицинского реабилитации включают: планирование семьи, коррекцию до наступления беременности врожденных аномалий развития органов и систем (хирургическую и консервативную), полноценную санацию обоих супругов, патогенетическую терапию невынашивания беременности медикаментозными и немедикаментозными средствами до и во время беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А.Н., Якушев А.М., Шардин С.А. и др.//Международная научная конференция. Тезисы докладов. Екатеринбург, 1994.С.19-20.
2. Гуртовой В.Л.//Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1994. N1. С.16-20.
3. Калюш А.В. Эпидемиология невынашивания беременности в условиях крупного промышленного центра Среднего Урала: Автореф.дис... канд.мед.наук. М., 1992.
4. Кулаков В.И., Вихляева Е.М.// Акуш. и гин. 1995. № 4. С.3-6.
5. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. М: Медицина, 1986. С.5-9.
6. Симакова М.Г., Смирнова В.С., Дурова А.А, Овечко-Филиппова Л.И.// Акуш. и гин. 1995. N4. С.7.
7. Таптунова А.И., Головачев Г. Д., Хачатуров Т.В.// Акуш. и гин. 1985. N10. С.43.
8. Халемин А.Я., Батыршина С.В., Сидорова Л.А. и др.// Республиканская научно-практическая конференция - Тезисы докладов. Екатеринбург, 1994. С.16.

УДК 618.31:618.15-006.2-072.1-08

О.И.Мазуров, М.К.Киселева

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ Кафедра акушерства и гинекологии

Подавляющее число хирургических вмешательств с использованием классических лапаротомных способов доступа у гинекологических больных производится по поводу внематочной беременности.

После оперативных вмешательств при трубной беременности, выполненных обычным способом, увеличивается вероятность нарушений репродуктивной функции, таких как развитие трубного и перитонеального бесплодия у 18-73% больных, возникновение дисгормональных нарушений у 73,2-92,2%, возрастает риск повторной эктопической беременности 4-20%, а также возможно развитие спаечной болезни и возникновение грыж [1,2,9,14].

Наряду с факторами операционной агрессии существенная роль в развитии трубно-перитонеального бесплодия принадлежит инфекции, передающимся половым путем, в первую очередь хламидийной [8,10,12].

Предложенные меры реабилитации репродуктивной функции после внематочной беременности зачастую не дают желаемого результата, так как в последующем маточная беременность наступает не чаще, чем в 23-40% случаев [3].

В современных условиях имеет место тенденция к формированию нового направления в оперативной гинекологии - малой функциональ-