

происходила нормализация показателей, характеризующих суммарную активность факторов свертывания крови: АВР – $66,2 \pm 2,7$ сек, АЧТВ – $35,1 \pm 1,8$ сек. Концентрация фибриногена и протромбиновый индекс существенно не изменились. Активность антитромбина III в процессе применения клексана увеличилась до $105,3 \pm 7,4\%$ уже на третьи сутки после операции. Количество же тромбоцитов существенно не изменилось, оставаясь в пределах $280,4 \pm 5,4$. Осложнений послеоперационного периода в виде очаговой пневмонии, тромбоза вен конечностей мы не наблюдали.

Выводы:

1. У женщин с перекрутом ножки кистомы яичника имеет место хроническое интенсивное внутрисосудистое свертывание крови, что может явиться фактором риска развития ВТО в послеоперационном периоде.

2. Сочетание неспецифических методов профилактики ВТО с назначением клексана в послеоперационном периоде является простым общедоступным методом, не требующим специального лабораторного контроля, способствующим нормализации системы гемостаза и предупреждению развития послеоперационных тромботических осложнений.

Литература:

1. Кулаков В. И. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников / В.И. Кулаков, Р.Г. Гатаулина, Г.Т. Сухих // М.: Триада–Х, 2005. – 256 с.

2. Макацария А.Д. Тромбозы и тромбоземболии в акушерско-гинекологической клинике / А.Д. Макацария, В.О. Бицадзе, С.В. Акиньшина // МИА, 2007. – 1059 с.

3. Макацария А.Д. Беременность высокого риска / А.Д. Макацария, Ф.А. Червенака, В.О. Бицадзе // МИА, 2015. – 916 с.

4. Мельникова Т.В. Восстановительная коррекция показателей репродуктивной системы после консервативно-пластических операций на придатках матки // Материалы 4 регионального форума «Мать и дитя». – Сочи, 2008. – С. 178 – 179

УДК 618.39

**М.Р. Смольникова, Б.Ю. Климентьева, Е.А. Росюк
КЛИНИКО–АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С
СИНДРОМОМ ПОТЕРИ ПЛОДА**

Кафедра акушерства и гинекологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская федерация

M.R. Smol'nikova, B.U. Klimenteva, E.A.Rosyuk
**CLINICOANAMNESTIC FEATURES OF WOMEN WITH FETAL
LOSS SYNDROME**

Department of Obstetrics and gynecology
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: smolnikova-m@ya.ru

Аннотация. Обследовано 60 женщин, наблюдавшихся в Городском перинатальном центре г Екатеринбурга, из них 30 женщин с синдромом потери плода, 30 женщин – без нарушений репродуктивной функции.

Установлено, что в развитии синдрома потери плода основная роль принадлежит гинекологическим и инфекционным факторам.

Abstract. This paper deals with the problems associated with miscarriage in women of Ekaterinburg, were examined 30 women.

It was found that in the development of fetal loss syndrome, the main role belongs to gynecological and infectious factors.

Ключевые слова: синдром потери плода, невынашивание беременности, самопроизвольные выкидыши.

Keywords: fetal loss syndrome, miscarriage, spontaneous abortion.

Невынашивание беременности, частота которого остается довольно высокой и колеблется от 10 до 25% к общему числу беременностей, является одной из актуальных медико-социальных проблем [1]. Известно, что потеря плода различного генеза не только сама по себе является тяжелой акушерской патологией, но и способна послужить инициатором развития вторичного бесплодия ведет к снижению социальной активности населения, повышает число разводов, ухудшает демографическую ситуацию в обществе.

Выделяют множество причин, приводящих к развитию синдрома потери плода, основная доля из них приходится на инфекционные заболевания в среднем составляет до 70% [4, 5].

Немалая роль в развитии синдрома потери плода принадлежит генетическим факторам. Около 50% спорадических ранних потерь беременности обусловлены хромосомными дефектами.

В этиологии синдрома потери плода эндокринные нарушения матери составляют от 30% до 78,2% [3].

В настоящее время уделяется большое внимание генетически детерминированным формам тромбофилий, которые, подобно АФС, сопровождаются тромбоэмболическими осложнениями при беременности и ведут в 68% к потере беременности на любом ее этапе [2, 6].

В 25-57% наблюдений генез самопроизвольного выкидыша остается неустановленным. У большинства пациенток обследование и лечение

приходится осуществлять во время беременности, зачастую на поздних сроках, что не всегда позволяет своевременно выявить и устранить имеющиеся нарушения [6].

Отсутствие снижения частоты невынашивания беременности указывает на трудности, возникающие при ведении этой группы пациенток. С одной стороны, они обусловлены многофакторностью этиологии и патогенетических механизмов заболевания. С другой – несовершенством применяемых диагностических методик и отсутствием адекватного мониторинга осложнений, возникающих во время беременности.

Цель исследования – определение клинико-анамнестических особенностей женщин с синдромом потери плода.

В соответствии с основной целью исследования нами были поставлены следующие задачи:

- 1) Оценить анамнестические особенности пациенток с синдромом потери плода.
- 2) Изучить лабораторные и инструментальные данные, которые бы указывали на наличие синдрома потери плода.
- 3) Провести сравнительную характеристику пациенток с синдромом потери плода и без.

Материалы и методы исследования

Были проанализированы амбулаторные карты пациенток, наблюдающихся в Городском перинатальном центре г. Екатеринбурга. Из них 30 пациенток репродуктивного возраста с синдромом потери плода: наличием в анамнезе мертворождений, три и более самопроизвольных выкидышей до 8 недели эмбрионального развития, неонатальной смерти, один и более самопроизвольных выкидышей или неразвившихся беременностей на сроке 10 и более недель; которые обратились в поликлинику городского перинатального центра №10 г. Екатеринбурга за 2014 год.

Контрольная группа: 30 практически здоровых пациенток без потери плода.

Критерии включения:

- 1) Возраст (20–35 лет) (репродуктивный возраст).
- 2) Состоящие в браке.
- 3) В анамнезе один и более самопроизвольных выкидышей или неразвившихся беременностей на сроке 10 и более недель; мертворождение; неонатальную смертность; три и более самопроизвольных выкидыша до 8 недель эмбрионального развития.
- 4) Отсутствие вредных привычек.

Критерии исключения:

- 1) Возраст до 20 лет и старше 35 лет.
- 2) Не состоящие в браке.
- 3) Соматические заболевания в стадии декомпенсации.
- 4) Присутствие вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики).

Статистическая обработка проводилась с использованием методов описательной статистики, непараметрических критериев, достоверность оценивалась по критерию Фишера ($p < 0,05$ – данные достоверны.)

Результаты исследования и их обсуждение

После проведённого исследования было замечено, что у всех женщин отягощён анамнез жизни. У 30 % женщин 1 группы наблюдается отягощённая наследственность, из них 16% – Сахарный диабет, 14% – миома матки, рак матки, гипотиреоз. 53 % Перенесли заболевания, такие как, желудочно-кишечного тракта 23%, мочеполовой системы 9%, сердечно-сосудистой системы 7%, органов дыхания 7% гинекологические 7%. Перенесли операции 37% и травмы 16%, включая акушерско-гинекологические.

При изучении акушерского анамнеза было выявлено, что средний показатель количества беременностей на одну женщину составляет 3. В исходе беременностей всех женщин были выявлены следующие результаты: срочными родами закончилось у 26 % женщин, преждевременными у 3% . У 37% женщин был проведён медицинский аборт, 84% самопроизвольный выкидыш, 7% внематочная беременность. Количество женщин, у которых была предыдущая беременность, составила 87%, из них закончилась беременность срочными родами у 27%, самопроизвольным выкидышем у 27%, на 8 нед. – 10%, 12 нед. 3%, 16–18 нед. – 10%, после 18 нед. – 3 % . У 3% исследуемых женщин последняя беременность закончилась внематочной беременностью, нормальными родами – 3%, медицинским абортом – 23%, преждевременными родами – 3 %, регрессом – 40 %, на 5–6 нед. – 20%, 8 нед. – 17 %, 15–16 нед – 3%.

В менструальном цикле значительных отклонений не выявлено. Средний возраст начала менструаций составил 13 лет, средний показатель продолжительности – 28,3 дней, характер менструаций: умеренных – 80%, скудных – 7%, обильных – 13%; болезненность наблюдалась у 26% женщин. Данные сопоставимы с контрольной группой ($p > 0,05$).

Гинекологические заболевания были выявлены в анамнезе у женщин 1 группы достоверно чаще по сравнению с группой контроля: 70 % женщин с синдромом потери плода: заболевания верхних отделов половых путей 33% (миома матки, эндометрит, сальпингит), заболевания нижних отделов половых путей 27% («эрозия» шейки матки, цервицит, кольпит), $p < 0,05$.

В лабораторных методах исследования патогенные микроорганизмы в отделяемом из цервикального канала были обнаружены у 36 % женщин, в основном это *Ureaplasma parvum* 37 %, *Chlamydia trachomatis* 18%, ВПЧ 18% *Candida* 9%, ЦМВ 9%, *Mycoplasma hominis* 9%.

Молекулярное исследование генетических полиморфизмов, показало риск развития тромбозов имеется у 10% женщин с синдромом потери плода.

Так же в анализе крови на гормоны были замечены нарушения у 13 % женщин (повышение тестостерона и эстрадиола) 1 группы.

В ходе нашего исследования было обнаружено 4 фактора, влияющие на развитие синдрома потери плода: инфекционные, эндокринные нарушения, гинекологические заболевания, предрасположенность к тромбофилиям (рис.).



Рис. Факторы, влияющие на развитие синдрома потери плода

Выводы:

1. У женщин с синдромом потери плода достоверно чаще встречаются заболевания шейки матки по сравнению с пациентками контрольной группы.
2. В отделяемом из цервикального канала женщин с синдромом потери плода преобладают микроорганизмы – *Ureaplasma parvum* и *Chlamydia trachomatis*.
3. Установлено, что в развитии синдрома потери плода основная роль принадлежит гинекологическим и инфекционным факторам.

Литература:

1. Гинтер Е.К. Генетика тромбофилий // Вестник Российской академии медицинских наук, 1997. – № 1. – С. 42 – 47.
2. Серов О.Ф. Современные возможности коррекции гормональных нарушений у женщин с невынашиванием беременности // Вестник Российской ассоциации акушеров- гинекологов, 2001. – № 2. – С. 47 – 50.
3. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности – современный взгляд // Доктор, 2009. – № 6 – С. 42 – 46.
4. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. Руководство для практикующих врачей // Москва, 2010. – С. 50 – 75.
5. Тирская Ю. И. Синдром потери плода / Ю.И. Тирская, Е.Б. Рудакова, И.А. Шакина и др. // Лечащий врач, 2009. – № 11. – С.15 – 19.
6. Мухин И.Б. Эффективность дюфастона в лечении угрозы прерывания ранних сроков беременности. Проблемы репродукции / И.Б. Мухин, М.А. Геворкян, Г.Н. Минкина и др. // Москва, 2004. – № 6. – С. 63 – 64.