

УДК: 618.39-021.3-03

О.В. Трохимович, М.А. Флаксемберг,
О.Г. Даниленко

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ
ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖІНОК
З РАННІМИ РЕПРОДУКТИВНИМИ
ВТРАТАМИ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства
і гінекології НАМН України»
(м. Київ, Україна)

Ключові слова: ранні репродуктивні втрати,
клінічна характеристика.

Резюме. Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок з ранніми репродуктивними втратами визначається висока соматична та гінекологічна захворюваність, збільшення частоти перенесених втручань на органах малого таза, що призводить до обмеження потенційних можливостей фертильності жінки. Аналіз сунутньої гінекологічної патології встановив високу частоту хронічного запального процесу геніталій, що мало місце у переважній більшості жінок з ранніми репродуктивними втратами та загрозовим викиднем, що засвідчує роль запального фактору в генезі ранніх втрат вагітності. Виявлені особливості клінічної характеристики даної категорії жінок повинні враховуватись при проведенні реабілітаційних заходів.

Вступ

Однією з найважливіших проблем сучасного акушерства та гінекології, що призводить не тільки до зниження народжуваності, але й до порушень репродуктивного здоров'я, є ранні втрати вагітності [1, 2]. Протягом останніх років все частіше доводиться констатувати, що частота ускладненого перебігу та ранніх втрат вагітності залишається досить високою і не має тенденції до зниження [3, 4]. При цьому ризик втрати бажаної вагітності значно зростає з кожною наступною репродуктивною невдачею. Це зумовлює необхідність більш пильного вивчення проблеми ранніх репродуктивних втрат, встановлення факторів ризику та визначення ймовірних предикторів з метою запобігання втрат вагітності [5, 6].

Метою роботи стало провести ретроспективний, вивчити структуру та частоту ранніх втрат вагітності за даними відділення планування сім'ї за (2007-2013 рр.) та дати клінічну характеристику жінкам із ранніми репродуктивними втратами.

Матеріали та методи дослідження

Було проведено клініко-статистичний аналіз 794 історій хвороб жінок із ранніми репродуктивними втратами та загрозовим викиднем у першому триместрі вагітності, які знаходилися на лікуванні у відділенні планування сім'ї та реабілітації репродуктивної функції жінок протягом 2007-2013 років.

Загально-клінічні методи дослідження проводились згідно протоколів МОЗ України та включали вивчення скарг, особливостей анамнезу хвороби, репродуктивного анамнезу, менструальної та генеративної функції; наявність гінекологічних та екстрагенітальних захворювань; загальний об'єктивний огляд із гінекологічним дослідженням.

Отримані цифрові дані обробляли з використанням статистичних програм Exel Microsoft

Office 2003 із застосуванням методів варіаційної статистики. Для порівняння показників з нормальним характером розподілу використовували t-критерій Стьюдента. Статистична значимість відмінностей оцінювалась на рівні, що був не нижчим 95 % ($p < 0,05$).

Результати та їх обговорення

Було проведено клініко-статистичний аналіз 794 історій хвороб жінок із ранніми репродуктивними втратами та загрозовим викиднем у першому триместрі вагітності, які знаходилися на лікуванні у відділенні планування сім'ї та реабілітації репродуктивної функції жінок протягом 2007-2013 років (табл.1).

Згідно результатів досліджень, ранні втрати вагітності, до яких включали викидень, що не відбувся, спонтанний аборт та трубну вагітність, спостерігались у 402 пацієнток, поряд із цим загрозовий викидень ранніх термінів мав місце у 392 жінок, що в середньому склало 5,8 % та 5,7% відповідно від загальної кількості жінок. Динаміка частки ранніх репродуктивних втрат у структурі госпітальної захворюваності по роках представлена на рис. 1.

Протягом досліджуваного періоду частка ранніх втрат вагітності у стаціонарних хворих коливалась у межах від 4,2 % до 6,9 %, загрозового викидня – від 4,8 % до 6,5%. Отже, в останні роки відзначалась тенденція до її підвищення, що можна пов'язати із безпосереднім загальним зростанням частоти даної патології в жінок.

Як показали дослідження, серед ранніх репродуктивних втрат домінували трубна вагітність, яка була діагностована у 177 пацієнток, що склало 2,6 % від загальної кількості хворих та викидень, що не відбувся, який був встановлений у 171 (2,5 %) жінок. Спонтанний аборт відбувся у 54 (0,8 %) пацієнток. Такий низький відсоток спонтанного

аборту в структурі госпітальної захворюваності, з одного боку, можна пояснити гострим початком перебігу захворювання та частим звертанням хворих за медичною допомогою безпосередньо за місцем проживання. З іншого боку, широке впро-

вадження та доступність сучасних методів моніторингу за перебігом вагітності ранніх термінів дає змогу запідозрити та виявити припинення її розвитку на досить ранніх термінах, ще до появи клінічних ознак неблагополуччя.

Таблиця 1

Частка ранніх втрат вагітності та загрозливого викидня в структурі захворюваності відділення планування сім'ї та реабілітації репродуктивної функції по роках, абс. ч (%)

Рік	Всього хворих (n)	Трубна вагітність	Викидень, що не відбувся	Спонтанний аборт	Загрозливий викидень
2007	1168	24 (2,1)	13 (1,1)	11 (0,9)	56 (4,8)
2008	1019	28 (2,7)	19 (1,9)	9 (0,9)	52 (5,1)
2009	1000	26 (2,6)	18 (1,8)	8 (0,8)	54 (5,4)
2010	895	20 (2,2)	28 (3,1)	5 (0,6)	57 (6,4)
2011	967	30 (3,1)	29 (3,0)	5 (0,5)	59 (6,1)
2012	976	28 (2,9)	32 (3,3)	8 (0,8)	69 (6,9)
2013	896	21 (2,3)	32 (3,6)	8 (0,9)	65 (6,5)
Всього	6921	177 (2,6)	171 (2,5)	54 (0,8)	392 (5,7)

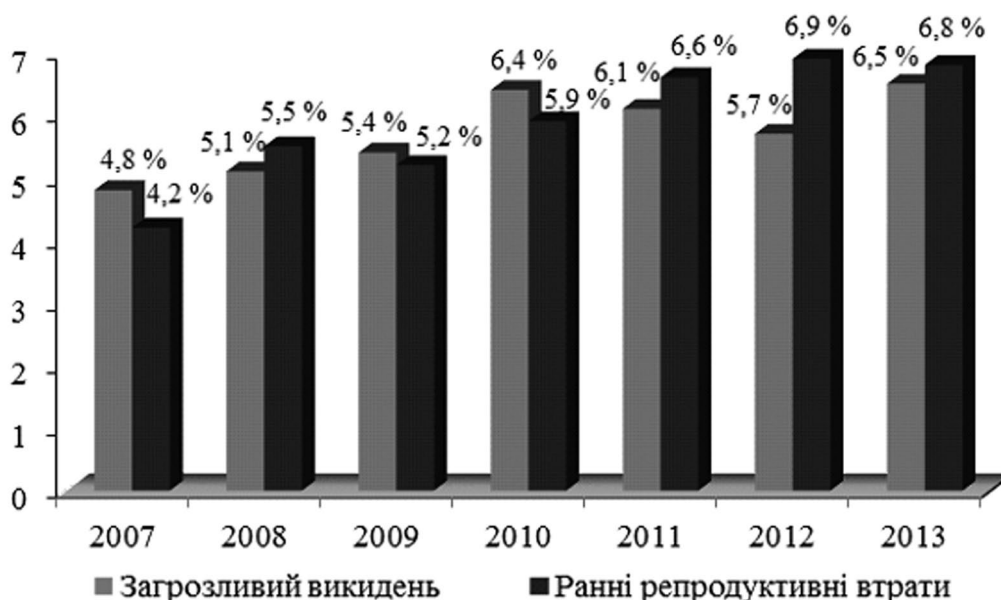


Рис.1. Динаміка частки загрозливого викидня та ранніх репродуктивних втрат в структурі госпітальної патології відділенні планування сім'ї та реабілітації репродуктивної функції жінок за 2007-2013 рр.

При аналізі частки ранніх втрат вагітності в структурі захворюваності відділення по роках було встановлено, що доля трубної вагітності та спонтанного викидня протягом 2007-2013 рр. знаходилась у межах, відповідно, від 2,1 % (у 2007 р.і) до 3,1 % (у 2011 р.) та від 0,5 % (у 2011 р.) до 0,9 % (у 2007 та 2008 рр.). На протигагу цьому, кількість жінок із викиднем, що не відбувся, за звітній період зростає - від 1,1 % у 2007 р. до 3,6 % у 2013 р. Поряд із тим, відзначено зростання частки загрозливого викидня в структурі госпітальної патології, що у 2007 р. становило 4,8 %, а в 2013 р. – 6,5 %.

Вік жінок з ранніми репродуктивними втратами коливався у межах від 22 до 42 років. Середній вік жінок із трубною вагітністю склав 29,2±3,2 років, за умов викидня, що не відбувся – 29,8±4,3 років, а при

спонтанному викидні – 27,9±3,6 років. Середній вік жінок із загрозливим викиднем становив – 28,1±3,3 років. При детальному вивченні вікових особливостей жінок залежно від виду ранніх втрат вагітності були встановлені певні закономірності (табл. 2).

Відтак, викидень, що не відбувся, найбільш часто зустрічався у віці від 30 до 33 років (32,7 % випадків), а також у віці від 26 до 29 років (24,6 % випадків). На протигагу цьому, спонтанний викидень мав місце у 35,2% випадках у віковому періоді 22-25 років та у 27,7 % жінок у віці від 30 до 33 років.

Трубна вагітність найбільш часто зустрічалась у віці 26-29 років (35,0 % випадків) та віковому періоді 30-33 років (24,3 % випадків). Отже, спонтанні аборти зустрічались у більш молодому віці у порівнянні із трубною вагітністю та викиднем, що не відбувся.

Таблиця 2

**Розподіл жінок з ранніми репродуктивними втратами
та загрозовим викиднем за віком,
абс. ч (%)**

Вік (роки)	Викидень, що не відбувся	Спонтанний викидень	Трубна вагітність	Загрозовий викидень
22-25	37 (21,6)	19 (35,2)	35 (19,8)	74 (18,9)
26-29	42 (24,6)	9 (16,7)	62 (35,0)	131 (33,4)
30-33	56 (32,7)	15 (27,7)	43 (24,3)	106 (27,0)
34-37	15 (8,8)	8 (14,8)	35 (19,8)	51 (13,0)
38 і більше	21 (12,3)	3 (5,6)	2 (1,1)	30 (7,7)

Проаналізовано стан репродуктивного здоров'я пацієнток з ранніми репродуктивними втратами, що включало вивчення менструальної функції, репродуктивного анамнезу, наявності гінекологічних захворювань.

Середній вік менархе у пацієнток з ранніми репродуктивними втратами склав $(13,1 \pm 0,6)$ років та не мав вікових розбіжностей по групах. Серед порушень менструальної функції найчастіше виявляли нерегулярний менструальний цикл, який мав місце, відповідно, у 56 (32,7 %) хворих з викиднем, що не відбувся, у 49 (27,8 %) жінок з трубною вагітністю та у 18 (33,3 %) пацієнток зі спонтанним абортom. На наявність дисменореї вказувала майже третина жінок із трубною вагітністю та викиднем, що не відбувся, відповідно, 51 (28,8 %) жінок та 54 (31,6 %) хворих. У жінок із спонтанним абортom дисменорея зустрічалась частіше, а саме у 23 (42,6 %) випадках. Гіперполіменорея встановлена у 19 (11,1 %) жінок із викиднем, що не відбувся, за умов трубної вагітності - у 25 (14,1 %) жінок та у 9 (16,7 %) жінок із спонтанним абортom.

При вивченні репродуктивного анамнезу було встановлено, що у значної кількості хворих з ранніми репродуктивними втратами мало місце безплідність. Відтак, первинна безплідність була попередньо встановлена у 27 (15,3 %) хворих з трубною вагітністю, у 31 (18,1 %) жінок з викиднем, що не відбувся, та у 3 (5,6 %) пацієнток із спонтанним абортom. На наявність вторинної безплідності вказували 54 (30,5 %) жінки із трубною вагітністю, 28 (16,4 %) пацієнток із викиднем, що не відбувся, та 4 (7,4 %) жінок із спонтанним викиднем ($p < 0,05$). При аналізі тривалості безплідності по групах суттєвих розбіжностей не було встановлено.

Таким чином, порушення репродуктивної функції у вигляді безплідності мали місце в анамнезі у кожної другої жінки з трубною вагітністю, у кожної третьої - із викиднем, що не відбувся, у кожної п'ятої - із загрозовим викиднем і тільки у 16,7 % пацієнток зі спонтанним абортom.

Аналіз генеративної функції жінок з ранніми втратами вагітності показав, що у більшості пацієнток з даною патологією в анамнезі були вагітності. Вперше вагітними були 62 (35,1 %) жінок з трубною вагітністю, 54 (31,5 %) жінок із викиднем, що не відбувся та 11 (20,4 %) жінок з

спонтанним абортom. Пологи в анамнезі були найчастіше у жінок зі спонтанним абортom, а саме в 37 (68,5 %) випадках, проти 77 (43,5 %) жінок у групі з трубною вагітністю та 45 (26,3 %) пацієнток за умов викидня, що не відбувся. Поряд із цим, встановлений високий відсоток штучних абортів в анамнезі у пацієнток з ранніми втратами вагітності, а саме у 18 (33,3 %) жінок за умов спонтанного абортu, у 51 (28,8 %) у жінок з трубною вагітністю, та у 60 (35,1 %) пацієнток із викиднем, що не відбувся. Попередню ранню репродуктивну втрату в анамнезі мали, відповідно,

58 (32,8 %) жінок із трубною вагітністю, 47 (27,5 %) пацієнток із викиднем, що не відбувся, та 10 (18,5 %) жінок із спонтанним абортom.

Згідно результатів ретроспективного аналізу встановлено, що у жінок з ранніми репродуктивними втратами досить часто виявлялась супутня гінекологічна патологія. Найчастішим гінекологічним захворюванням у жінок із ранніми втратами вагітності був хронічний сальпінгофорит, який відзначався у переважній більшості жінок із трубною вагітністю, викиднем, що не відбувся, та у третини жінок із спонтанним викиднем. Частоту виявленої гінекологічної патології у жінок з ранніми втратами вагітності та загрозовим викиднем відображено в таблиці 3.

Привертала на увагу висока частота виявлення спайкового процесу органів малого таза у жінок із трубною вагітністю - в 96 (54,2 %) випадках, що можна пояснити тим, що заключний діагноз у даного контингенту пацієнток був виставлений після проведеного оперативного втручання з приводу ектопічної вагітності. Поряд із цим, тазові злуки, як наслідок хронічного запального процесу, мали місце у кожній третій жінки із викиднем, що не відбувся, та кожній п'ятій жінки із загрозовим викиднем.

Частота виявлення лейоміоми матки була найвищою за умов спонтанного абортu та викидня, що не відбувся, що відповідно склала, 14,8 % та 14,6 %, а при трубній вагітності та загрозовому викидні цей показник був меншим - 7,9 % та 9,9 %, відповідно. Генітальний ендометріоз у хворих із загрозовим викиднем зустрічався з частотою 7,9 %, а за умов ранніх репродуктивних втрат у 7,4 % жінок зі спонтанним абортom та 12,9 % жінок з викиднем, що не відбувся. Синдром полікістозних

яєчників (СПКЯ) найчастіше зустрічався в групі жінок із спонтанним аборт, що мало місце у 13

% пацієнток, а за умов інших ранніх репродуктивних втрат цей показник не перевищив 5,3%.

Таблиця 3

**Супутня гінекологічні патологія у жінок з ранніми репродуктивними втратами та загрозливим викиднем
абс. ч (%)**

Гінекологічні захворювання	Значення показника за нозологічними формами			
	Трубна вагітність, (n=177)	Викидень, що не відбувся, (n=171)	Спонтанний аборт, (n=54)	Загрозливий викидень, (n=392)
Хронічний сальпінгофорит	109 (61,6)	122 (71,3)	16 (29,6)	262 (66,8)
Тазові спайки	96 (54,2)	56 (32,7)	5 (9,3)	78 (19,9)
Лейоміома матки	14 (7,9)	25 (14,6)	8 (14,8)	39 (9,9)
Генітальний ендометріоз	18 (10,2)	22 (12,9)	4 (7,4)	31 (7,9)
Кісти яєчників	27 (15,3)	16 (9,4)	3 (5,6)	32 (8,2)
СПКЯ	6 (3,4)	9 (5,3)	7 (13,0)	12 (3,1)
Аномалії розвитку матки	7 (4,0)	17 (9,9)	4 (7,4)	21 (8,1)

За умов трубної вагітності в 15,3 % випадках були встановлені пухлиноподібні утворення яєчників, за умов викидня, що не відбувся, у 9,4 % жінок і лише у 5,6 % пацієнток із спонтанним аборт.

Оперативні втручання в черевній порожнині мали в анамнезі 151 (37,6 %) жінок з ранніми репродуктивними втратами. При цьому, операції на органах малого таза відзначались у 110 (27,4 %) жінок, а апендектомія - у 65 (16,2 %) хворих. Найчастіше наявність операції в анамнезі відзначалась у жінок з трубною вагітністю, а саме у 86 (48,6 %) пацієнток, при цьому із них дві і більше операції мали місце у 28 (15,8 %) жінок. За умов викидня, що не відбувся, оперативні втручання в анамнезі були у 53 (31,0 %) хворих, із них у 14 (8,2 %) пацієнток дві і більше. Серед хворих із спонтанним аборт оперативні втручання перенесли 12 жінок, що склало 22,2 %, в тому числі повторні 3 пацієнток (5,6 %), (p<0,05).

У жінок з ектопічною вагітністю в анамнезі переважали операції з приводу трубної вагітності, що мало місце у 56 (31,6 %) пацієнток, при чому тубектомія була проведена у 24 (13,6 %) хворих. Тоді як у жінок з викиднем, що не відбувся, та спонтанним аборт найчастіше зустрічалися апендектомії, у 19,9 % та 11,1 % випадків, відповідно.

Отже, при аналізі структури ранніх втрат вагітності за даними відділення в динаміці було відзначено, що переважне домінування трубної вагітності в 2007 року, змінилось зростанням та переважанням частки викидня, що не відбувся в 2013 році. Більшість обстежених жінок з ранніми втратами вагітностей мали регулярний менструальний цикл. Основними різновидами порушення менструальної функції жінок із ранніми репродуктивними втратами були дисменорея та нерегулярний менструальний цикл, що відзначалось у третини жінок.

Встановлено, що у значної кількості хворих з ранніми репродуктивними втратами в анамнезі відзначена наявність безплідності, при цьому найбільш часто це мало місце в групі жінок із труб-

ною вагітністю (45,3 %) та за умов викидня, що не відбувся, (34,5 %).

Аналіз супутньої гінекологічної патології встановив високу частоту хронічного запального процесу геніталей, що мало місце у переважній більшості жінок із ранніми репродуктивними втратами та загрозливим викиднем. Відтак, найбільш часто хронічний сальпінгофорит відзначався в групі жінок із викиднем, що не відбувся (71,3 %) та трубною вагітністю

(61,6 %), а за умов мимовільного викидня запальний процес мав місце

у 16 (29,6 %) жінок. Достатньо висока частота запального процесу геніталей у обстежених жінок свідчить про його значимість в генезі ранніх репродуктивних втрат.

За умов трубної вагітності характерним було наявність значної кількості оперативних втручань в анамнезі (48,6 %) та спайкового процесу органів малого таза (54,2 %), що, з одного боку, могло бути їх наслідком, а з іншого боку, виникати в результаті запальних процесів геніталей.

Більшість жінок з ранніми репродуктивними втратами в анамнезі мали вагітності, при цьому привертало на увагу високий відсоток штучного переривання вагітності, який був найвищим у групі із спонтанним аборт (38,9 %) та викиднем, що не відбувся (35,1 %). Кількість пологів також була найвищою за умов спонтанного викидня. Можливо, наявність пологів та вишкрібаних стінок порожнини матки в анамнезі, і як результат істміко-цервікальна недостатність, є фактором ризику спонтанного переривання вагітності в ранні терміни, тоді як при ектопічній вагітності переважає спайковий процес органів малого таза, а при викидні, що не відбувся, інфекційний генез захворювання.

Висновки

Згідно результатам ретроспективного клініко-статистичного аналізу госпітальної захворюваності було встановлено, що ранні репродуктивні

втрати в її структурі складають 5,8 %, серед яких трубно вагітність – 2,6 %, викидень, що не відбувся – 2,5 % та спонтанний аборт – 0,8 %.

Проведення статистичної обробки катamnестичних та анамнестичних даних дає можливість вважати, що основними факторами, що індукують розвиток ранніх репродуктивних втрат є запальні захворювання геніталей (61,0-69,0 %), штучне переривання вагітності (32,5-35,0 %), безплідність в анамнезі (18,5-24,0 %), спайковий процес органів малого тазу (до 54,2 %, за умов трубно вагітності).

Основними клінічними проявами загрозово-

го викидня, спонтанного викидня та викидня, що не відбувся, були больовий синдром (83,0 %, 86,7 % та 42,0 % випадків) та кров'янисті виділення зі статевих шляхів (34 %, 100 % та 61 %), при цьому за умов викидня, що не відбувся, в третині випадків спостерігався безсимптомний перебіг захворювання.

Висока соматична та гінекологічна захворюваність, перенесені втручання на органах малого тазу у жінок із загрозовим викиднем та ранніми втратами вагітності призводять до обмеження потенційних можливостей фертильності жінки.

Література

1. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности / В.М. Сидельников, Г.Т. Сухих. – М., 2010. – 347с.
2. Жук С.И. Невынашивание беременности: новый взгляд на старую проблему / С.И. Жук, Я.Н. Калинка, В.М. Сидельникова // Здоровье Украины. – 2007. – № 5(1). – С. 35.
3. Сучасна профілактика, діагностика та лікування невиношування вагітності: методичні рекомендації / [Коханевич Є.В., Дудка С.В., Писарева С.П. та ін.]. – К., 2005. – 35 с.
4. Привычное невынашивание беременности: современный взгляд на старую проблему / В.С. Лупояд, И.С. Бородай, О.Н. Аралов [и др.] // Международный медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 54–60.
5. Кудінова В.В. Прогнозування плацентарної недостатності під час планування вагітності на підставі вивчення чинників ризику щодо невиношування вагітності / В.В. Кудінова // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2004. – № 6. – С. 72-75.
6. Пирогова В.І. Синдром втрати плода / В.І. Пирогова, С.О. Шурпяк // Здоров'я України. – 2014. – № 1 (13). – С. 16-17.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН С РАННИМИ РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ

О.В. Трохимович, М.А. Флаксемберг, Е.Г. Даниленко

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»
(Киев, Украина)

Резюме. Результаты проведенных исследований показали, что у женщин с ранними репродуктивными потерями отмечается высокая соматическая и гинекологическая заболеваемость, увеличение частоты перенесенных вмешательств на органах малого таза, приводящие к ограничению потенциальных возможностей фертильности женщины. Анализ сопутствующей гинекологической патологии установил высокую частоту хронического воспалительного процесса гениталий, что имело место у подавляющего большинства женщин с ранними репродуктивными потерями и угрожающим выкидышем, что свидетельствует о роли воспалительного фактора в патогенезе ранних потерь беременности. Выявленные особенности клинической характеристики данной категории женщин должны учитываться при проведении реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: ранние репродуктивные потери, клиническая характеристика.

PECULIARITIES OF CLINICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH EARLY REPRODUCTIVE LOSSES

O.V. Trohimovych, M.A. Flaksemberh, O.G. Danilenko

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology NAMS of Ukraine»
(Kyiv, Ukraine)

Summary. The results of studies indicate that high level of somatic and gynecological morbidity, increased frequency of interventions carried over to the pelvic organs occur in women with early reproductive losses which lead to potential limiting of fertility in women. Analysis of associated gynecological pathology established high frequency of chronic genital inflammation that occurred in the majority of women with early reproductive losses and threatening miscarriage, confirming the role of inflammatory factors in the pathogenesis of early pregnancy losses. Obtained peculiarities of the clinical characteristic of this group of women should be considered during conducted rehabilitation measures.

Keywords: early reproductive losses, clinical characteristics.