

© В. А. Кулавский¹,
И. Р. Сыртланов², А. Л. Фролов²

¹ Башкирский государственный
медицинский университет, Уфа;

² Республиканский перинатальный центр,
Уфа

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, ИМЕВШИХ В АНАМНЕЗЕ НЕРАЗВИВАЮЩИЕСЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ГИБЕЛЬ ПЛОДА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ

■ Нами проведены проспективное и ретроспективное исследования течения беременности и перинатальных исходов у 110 женщин с несостоявшимся абортom (родами) в анамнезе. Контрольную группу составили 30 женщин с неосложненным течением беременности и родов. Результаты исследования в основной группе показали высокую частоту осложнений гестационного периода у женщин основной группы. Авторами доказано, что дифференцированный подход к терапии на основании данных, полученных при проведении комплекса диагностических мероприятий в I триместре беременности, позволяет значительно снизить частоту потерь беременности, неблагоприятных исходов гестационного процесса, перинатальную смертность.

■ **Ключевые слова:** неразвивающаяся беременность; угроза прерывания беременности; фетоплацентарная недостаточность

Введение

Невынашивание беременности по своей социальной и медицинской значимости относится к наиболее актуальным проблемам акушерства. По данным В. М. Сидельниковой (2002), частота ранних выкидышей и замершей беременности в структуре репродуктивных потерь за последние годы остается высокой, от 15 до 25 % всех желанных беременностей, и не имеет тенденции к снижению [6].

Основные трудности, связанные с изучением данной проблемы, обусловлены полиэтиологичностью невынашивания беременности. Данная патология может быть обусловлена хромосомными аномалиями, генными мутациями, наследственной предрасположенностью, эндокринными и иммунными нарушениями, аномалией развития матки [11]. В структуре репродуктивных потерь группа неясной этиологии, по данным многих исследователей, составляет от 7 до 50 % [1, 10]. Более чем у половины больных имеет место сочетание тех или иных причин. Сложные социально-экономические условия, раннее начало половой жизни, распространение инфекций, передаваемых половым путем, а также рост числа беременных женщин старшего репродуктивного возраста делают проблему невынашивания беременности чрезвычайно серьезной [9]. По срокам гестации частота невынашивания в структуре потерь беременности в I триместре равна 50 %, во II триместре — 20 %, в III триместре — 30 % [2].

Неразвивающаяся беременность (НБ) является особой формой невынашивания и выявляется в 68,6 % случаев в первом триместре, 21,3 % во втором и 10,1 % в третьем триместрах. Ее удельный вес среди самопроизвольных выкидышей, по данным разных авторов, достигает 15 %, а на ранних сроках — до 45–80 % [5, 9]. Перенесенная НБ отрицательно сказывается на репродуктивной функции женщин, так как у 27,4 % из них отмечается привычное невынашивание беременности [3].

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в решении данной проблемы, частота самопроизвольных выкидышей остается стабильной и достаточно высокой. В свою очередь, по мере увеличения числа спонтанных выкидышей резко возрастает риск прерывания последующих беременностей [7, 10].

Риск повторного прерывания беременности возрастаеткратно: так, после одного выкидыша риск повторного возникает в 22 %, после двух — в 26 %, после трех — в 32 % случаев [8]. Особенно опасны повторные НБ, приводящие к расстройствам менструальной функции, воспалительным заболеваниям половых органов, нарушениям структуры эндометрия, к дисбалансу иммунной системы [2].

В связи с этим большое значение при невынашивании беременности приобретает ранняя пренатальная диагностика

возможных осложнений, начиная с I триместра гестации, так как в этот период происходит формирование фетоплацентарной системы, что в дальнейшем определяет течение и исход беременности [4].

Целью данной работы явилось изучение клинического течения беременности, частоты развития гестационных осложнений (угрозы прерывания беременности, фетоплацентарной недостаточности) и перинатальных исходов у женщин с НБ и/или антенатальной гибелью плода в анамнезе.

Материал и методы

Нами проведено комплексное ретроспективное и проспективное динамическое обследование 140 женщин в течение вынашивания настоящей беременности. Основную группу составили 110 пациенток, у которых в анамнезе имелись НБ. Контрольную группу составили 30 женщин с физиологическим течением беременности. Всем беременным были проведены общеклиническое обследование, ультразвуковое, доплеровское исследования, кардиотокография плода, исследование крови на наличие наследственных и приобретенных форм тромбофилий, выявление носительства в крови волчаночного антикоагулянта. Все женщины основной группы имели в анамнезе одну и более НБ в I и II триместрах, из них у 28 пациенток в анамнезе были от 2 до 4 прерываний беременности по типу несостоявшегося аборта. При анализе причин, предшествующих НБ, отмечены инфекции (кольпиты, инфекции, передаваемые половым путем, воспалительные процессы мочеполовой системы), гормональные нарушения (нарушения менструальной функции, бесплодие), осложнения периода гестации.

Беременные основной и контрольной групп были сопоставимы по возрасту. Средний воз-

раст пациенток в основной группе составил $28,9 \pm 5,3$ года, в контрольной — $24,6 \pm 5,4$ года.

Частота экстрагенитальной патологии в основной и контрольной группах существенно не отличалась. Более чем у половины обследованных женщин имелись хронические очаги инфекции в виде тонзиллита, пиелонефрита, гастрита, холецистита. Экстрагенитальные заболевания при наличии НБ в анамнезе отмечены у 96,4 % пациенток, при благоприятном течении беременности у 53 % женщин. В основной и контрольной группах достоверно чаще встречались вегетососудистая дистония, заболевания органов дыхания (табл. 1).

Гинекологический анамнез характеризовался следующими особенностями: различные заболевания женской половой сферы встречались достоверно чаще у женщин основной группы в сравнении с контрольной, соответственно — 72,7 % в основной и 40 % в контрольной группе.

Показатели частоты гинекологических заболеваний в основной и контрольной группах отражены в таблице 2.

У беременных основной группы в 3 раза чаще встречались воспалительные заболевания матки, придатков матки. Инфекции, передаваемые половым путем, имели в анамнезе 27,2 % женщин основной и 3,3 % контрольной групп. Достоверно чаще отмечались у пациенток с НБ опухоли яичников и миома матки ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Течение I триместра беременности осложнилось угрозой прерывания у 88 ($80,0 \pm 3,8$ %) женщин основной группы. Из числа беременных с угрозой невынашивания у 1 ($0,9 \pm 0,9$ %) произошел самопроизвольный аборт, у 18

Таблица 1

Частота экстрагенитальной патологии у женщин обследуемых групп

Экстрагенитальная патология	Основная группа (n = 110)		Контрольная группа (n = 30)	
	n	M ± m, %	n	M ± m, %
Расстройство вегетативной нервной системы	40	$36,6 \pm 4,6$ *	5	$16,7 \pm 6,8$
Железодефицитная анемия	28	$25,5 \pm 4,2$	7	$23,3 \pm 7,7$
Хронический пиелонефрит	28	$25,5 \pm 4,2$	7	$23,3 \pm 7,7$
Заболевания органов дыхания	20	$18,2 \pm 3,7$ *	2	$6,7 \pm 4,6$
Заболевания сердечно-сосудистой системы	13	$11,8 \pm 3,1$	1	$3,3 \pm 3,3$
Варикозная болезнь вен нижних конечностей	3	$2,7 \pm 1,6$	1	$3,3 \pm 3,3$

* — $p < 0,05$ по сравнению с группой контроля

Таблица 2

Гинекологические заболевания в анамнезе у женщин обследуемых групп

Гинекологическая патология	Основная группа (n = 110)		Контрольная группа (n = 30)	
	n	M ± m, %	n	M ± m, %
Воспалительные заболевания придатков матки	40	36,4 ± 4,6 **	4	13,3 ± 6,2
Эрозия шейки матки	34	30,9 ± 4,4	5	16,7 ± 6,8
Воспалительные заболевания матки	10	9,1 ± 2,7	2	6,7 ± 4,6
Бесплодие	10	9,1 ± 2,7	2	6,7 ± 4,6
Миома матки	6	5,5 ± 2,2 *	0	0
Опухоли яичников	5	4,5 ± 2,0 *	0	0
Нарушение менструальной функции	3	2,7 ± 1,6	1	3,3 ± 3,3
Другие	12	10,9 ± 3,0	1	3,3 ± 3,3

* — p < 0,05; ** — p < 0,01 по сравнению с группой контроля

Таблица 3

Осложнения течения I триместра беременности у женщин обследуемых групп

Осложнения	Основная группа (n = 110)		Контрольная группа (n = 30)	
	n	M ± m, %	n	M ± m, %
Угроза прерывания беременности	88	80,0 ± 3,8 ***	0	0
Железодефицитная анемия	34	30,9 ± 4,4	11	36,7 ± 8,8
Тромбофилии различного генеза	30	27,3 ± 4,2 ***	0	0
Ранний токсикоз средней и тяжелой степени	19	17,3 ± 3,6 *	1	3,3 ± 3,3
Самопроизвольные аборт	1	0,9 ± 0,9	0	0
Несостоявшийся аборт	18	16,4 ± 3,5 ***	0	0

* — p < 0,05; *** — p < 0,001 по сравнению с группой контроля

(16,4 ± 3,5 %) пациенток диагностирована НБ. По данным УЗИ, несостоявшийся аборт по типу анэмбрионии выявлен у 8 женщин с НБ, по типу замершей беременности у 10. Указанная патология у 10 женщин в основной группе диагностирована в процессе обследования, до начала лечения. У 8 пациенток диагноз «несостоявшийся аборт» выставлен при контрольных УЗИ во время стационарного лечения угрозы прерывания беременности. Как правило, данный контингент женщин не обследован после предшествующей НБ, не проводились реабилитационные мероприятия и прегравидарная подготовка вне беременности. Беременность прогрессировала у 91 (83,7 ± 3,6 %) женщины.

Ранним токсикозом средней и тяжелой степени беременность осложнилась у 19 (17,3 ± 3,6 %) пациенток, анемией у 34 (30,9 ± 4,4 %) в основной и соответственно у 1 (3,3 ± 3,3 %) и у 11 (36,7 ± 8,8 %) в контрольной группе. В результате исследования системы гемостаза с целью выяснения причин НБ у 30 (27,3 ± 4,2 %) женщин основной группы выявлены различные тромбофилические нарушения свертывающей системы,



Рис. 1. Основные клинические проявления угрозы прерывания беременности (%)

носительство волчаночного антикоагулянта, у 2 женщин диагностирована гипергомоцистеинемия (табл. 3).

По частоте симптомы угрозы невынашивания распределяются в таком порядке: боли в низу живота (74 %), кровянистые выделения из половых путей (36 %), чувство тяжести в низу живота (31 %) и гипертонус матки (27 %). Распределение симптомов угрозы прерывания беременности и их частота приведены на рисунке 1.

Таблица 4

Частота осложнений беременности во II и в III триместрах у пациенток основной и контрольной групп

Виды осложнений	Основная группа (n = 91)		Контрольная группа (n = 30)	
	n	M ± m, %	n	M ± m, %
Угроза прерывания беременности:				
• II триместр	68	74,7 ± 4,6 ***	1	3,3 ± 3,3
• III триместр	35	38,5 ± 5,1 ***	0	0
Гестоз:	32	35,2 ± 5,0	10	33,3 ± 8,6
• легкой степени	29	31,9 ± 4,9	8	26,7 ± 8,1
• средней тяжести	11	12,1 ± 3,4	1	3,3 ± 3,3
• тяжелой степени	2	2,2 ± 1,5	0	0
Патология фетоплацентарной системы:	70	76,9 ± 4,4 **	10	33,3 ± 8,6
• преждевременное созревание плаценты	14	15,4 ± 3,8	2	6,7 ± 4,6
• хроническая плацентарная недостаточность, гипоксия плода	68	74,6 ± 4,6 **	10	33,3 ± 8,6
• синдром задержки развития плода	14	15,4 ± 3,8	3	10,0 ± 5,5
• многоводие	6	6,6 ± 2,6	3	10,0 ± 5,5
• маловодие	4	4,4 ± 2,1	1	3,3 ± 3,3
Тромбофилии различного генеза	7	7,7 ± 2,8	1	3,3 ± 3,3
Преждевр. отслойка нормально расположенной плаценты	3	3,3 ± 1,9	0	0
Анемия железодефицитная:				
• II триместр	29	31,9 ± 4,9	10	33,3 ± 8,6
• III триместр	32	35,2 ± 5,0	14	46,7 ± 9,1
Неразвивающаяся беременность	6	6,6 ± 2,6 *	0	0
Преждевременные роды	12	13,2 ± 3,5 **	0	0

* — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$ по сравнению с группой контроля

Среди женщин основной группы во II–III триместре беременности симптомы угрозы прерывания беременности несколько купировались и частота их уменьшилась с 80,0 до 74,7 % случаев. Достоверно чаще среди беременных основной группы наблюдалась патология формирования плаценты — в 70 (76,9 ± 4,4 %) случаях; в том числе хроническая фетоплацентарная недостаточность в 68 (74,7 ± 4,6 %), синдром задержки развития плода в 14 (15,4 ± 3,8 %) и в 3 (3,3 ± 1,9 %) случаях — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Синдром задержки развития плода диагностирован у 14 (15,4 ± 3,8 %) беременных в основной группе, в контрольной — у 3 (10,0 ± 5,5 %) женщин. Частота выявляемости тромбофилических нарушений составляла 7,7 %. Железодефицитная анемия диагностирована у 35,2 % пациенток (I триместр — 30,9 %) (табл. 4).

Среди женщин контрольной группы во II–III триместрах беременности патология формирования фетоплацентарной системы выявлена у 10 (33,3 ± 8,6 %) пациенток, по типу преждевременного созревания плаценты. В 1 (3,3 ± 3,3 %) случае

выявлены тромбофилические нарушения. Анемия диагностирована у 14 (46,7 ± 9,1 %) беременных.

Беременным с НБ в анамнезе проводилась терапия выявленных осложнений настоящей беременности с учетом установленных или предполагаемых этиопатогенетических факторов.

При лечении угрозы прерывания в первом триместре применялись: гормонотерапия (дюфастон, утрожестан, хорионический гонадотропин), спазмолитики, седативные средства, витамины, физиотерапия, психотерапия, лазер, плазмаферез. С 12-й до 17-й недели гестации применялся раствор сульфата магния 1%-го в/в с целью токолиза, электрорелаксация матки, с 17–18 недель токолиз осуществлялся гинипралом совместно с верапамилом. Вторым по частоте осложнением беременности отмечена фетоплацентарная недостаточность (ФПН) в сочетании с угрозой прерывания беременности или без угрозы. ФПН диагностировалась на УЗИ, УДГ, КТГ. В лечении ФПН кроме стандартных методов применялась гипербарическая оксигенация. Частота анемии в обеих группах беременных соответствует данным литературы.

Таблица 5

Структура исходов беременности у женщин основной группы

Исходы беременности	Основная группа (n = 110)	
	n	M ± m, %
Неразвивающаяся беременность:	24	21,8 ± 3,9
До 5 недель	4	3,6 ± 1,8
6–8 недель	10	9,1 ± 2,7
9–12 недель	4	3,6 ± 1,8
13–22 недели	3	2,7 ± 1,6
23–27 недель	3	2,7 ± 1,6
Самопроизвольный аборт:	2	1,8 ± 1,3
До 12 недель	1	0,9 ± 0,9
13–22 недели	1	0,9 ± 0,9
Преждевременные роды:	12	10,9 ± 3,0
23–27 недель	2	1,8 ± 1,3
28–33 недели	4	3,6 ± 1,8
34–37 недель	6	5,5 ± 2,2
Срочные роды	72	65,5 ± 4,5

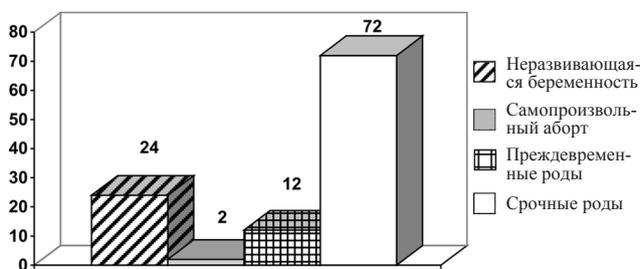


Рис. 2. Исходы беременности у женщин основной группы (%)

В случаях выявления врожденной тромбофилии или тромбофилии неясного генеза с целью коррекции гемостазиологических нарушений применялись низкомолекулярные гепарины (фраксипарин, клексан) терапевтическими курсами, лазеротерапия, плазмаферез. Одновременно проводилась терапия выявленных осложнений беременности — ранних токсикозов, гестозов, а также сопутствующей патологии — анемии, инфекций мочеполовой системы, расстройств вегетативной нервной системы.

В течение II–III триместров беременности структура репродуктивных потерь выглядела таким образом: НБ и антенатальная гибель плода произошла у 6 женщин в сроки 13–27 недель, поздний самопроизвольный выкидыш произошел у 1 женщины.

Исходами беременности у 24 (21,8 ± 3,9 %) женщин основной группы явилась повторная НБ, у 2 (1,8 ± 1,3 %) произошел самопроизвольный выкидыш, у 12 (10,9 ± 3,0 %) беременность закончилась преждевременными родами и лишь у 72

(65,5 ± 4,5 %) произошли срочные роды, в том числе одна двойня (рис. 2).

Гестационные сроки потерь беременностей приведены в таблице 5.

В контрольной группе у всех женщин произошли срочные роды живыми доношенными новорожденными.

Операцией кесарева сечения родоразрешены 42 (46,2 ± 5,4 %) беременных основной и 4 (13,3 ± 3,7 %) контрольной групп. Показаниями к оперативному родоразрешению явились: гестозы тяжелой степени, декомпенсированная гипоксия плода, преждевременная отслойка плаценты, патология родового акта, рубец на матке.

Средняя масса плодов в основной группе составила 3105,0 ± 727,2 г против 3568,8 ± 508,4 г в контрольной.

Состояние новорожденных в основной группе оценивалось в среднем на 1-й минуте как 6,3 ± 1,3 балла, на 5-й — 7,4 ± 1,0 балла. В контрольной группе — соответственно 6,7 ± 0,8 и 7,9 ± 0,8 балла (табл. 6).

Выводы

Таким образом, мы считаем, что трудности, возникающие при ведении пациенток с НБ в анамнезе, связаны с несвоевременными и в недостаточном полном объеме проведенными диагностическими и лечебными мероприятиями в период прегравидарной подготовки и в ранние сроки наступившей беременности. К сожалению, у большинства женщин обследование и лечение приходится проводить во

Таблица 6

Оценка состояния новорожденных в обследуемых группах

Показатели	Основная группа (n = 85)		Контрольная группа (n = 30)	
	n	M ± m, %	n	M ± m, %
Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте				
2–3 балла	4	4,7 ± 2,3 *	0	0
4–5 баллов	17	20,0 ± 4,3	3	10 ± 5,5
6–7 баллов	54	63,5 ± 5,2	23	76,6 ± 7,7
8–10 баллов	10	11,8 ± 3,5	4	13,3 ± 6,2
Оценка по шкале Апгар на 5-й минуте				
4–5 баллов	4	4,7 ± 2,3 *	0	0
6–7 баллов	45	52,9 ± 5,4 **	7	23,3 ± 7,7
8–10 баллов	36	42,4 ± 5,4 **	23	76,7 ± 7,7

* — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ по сравнению с группой контроля

время беременности, что не всегда позволяет своевременно выявить и устранить возникшие осложнения. Беременные, имеющие в анамнезе даже одну НБ, нуждаются в проведении комплекса клинико-лабораторных методов обследования с использованием современных методов диагностики, включая исследование системы гемостаза, для выявления этиологических факторов НБ, с целью проведения соответствующей прегравидарной подготовки и эффективной терапии осложнений в течение наступившей беременности.

Литература

1. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике / Айламазян Э. К. — М.: Медицина, 2000. — 320 с.
2. Доброхотова Ю. Э. Реабилитация репродуктивной функции у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе / Доброхотова Ю. Э., Чернышенко Т. А., Аушева А. А. // Ж. акуш. и жен. болезн. — 2006. — Т. LV., Вып. 1. — С. 91–94.
3. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / Под редакцией Кулакова В. И. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 512 с.
4. Радзинский В. Е. Ранние сроки беременности / Радзинский В. Е., Оразмурадов А. А. — М., 2005. — 448 с.
5. Салов И. А. Неразвивающаяся беременность: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Саратов, 1998. — 38 с.
6. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности / Сидельникова В. М. — М.: Триада-Х, 2002. — 304 с.
7. Стрижаков А. Н. Профилактика осложнений беременности у женщин с привычным невынашиванием / Стрижаков А. Н., Игнатко И. В. // Вопросы гинекол., акуш. и перинатол. — 2006. — Т. 5, № 1. — С. 33–41.

8. Тихомиров А. Л. Привычное невынашивание беременности / Тихомиров А. Л., Лубнин Д. М. // Практикующий врач. — 2004. — № 3. — С. 10–21.
9. Этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение: учебное пособие / Кошелева Н. Г., Аржанова О. Н., Плужникова Т. А. [и др.]. — СПб.: Издательство Н-Л, 2002. — 57 с.
10. Baszak E. Clinical features of missed abortion / Baszak E., Sikorski R., Milart P., Wojcik D. // Ginekol. Pol. — 2001. — R. 72, N 12 — S. 1069–1072.
11. Snijders R. J. M. Ultrasound markers for fetal chromosomal defects / Snijders R. J. M., Nicolaides K. H. — N.-Y., 1997. — 190 p.

Статья представлена М. И. Ярмолинской
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН,
Санкт-Петербург

FEATURES OF CURRENT OF PREGNANCY AT WOMEN WITH MISSED ABORTION IN THE ANAMNESIS

Kulavskij V. A., Syrtlanov I. R., Frolov A. L.

■ **Summary:** By us it is lead prospective and retrospective research of current of pregnancy and perinatal outcomes at 110 women with not taken place abortion (sorts {labors}) in the anamnesis. The control group was made by 30 women with uncomplicated current of pregnancy and sorts {labors}. Results of research in the basic group have shown high frequency of complications gestational period at women of the basic group. By authors it is shown, that the differentiated approach to therapy on the basis of the data received at carrying out of a complex of diagnostic actions in I trimester of pregnancy, allows to lower considerably frequency of loses of pregnancy, failures gestational process, perinatal mortality

■ **Key words:** not developing pregnancy; threat of an abortion; fetoplacental failure