

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

*Л.Ф. Зайнетдинова, Е.Л. Куренков, Г.Р. Нугаметзянова*

*Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск*

Цель – провести сравнительный анализ анамнестических данных у женщин с разными формами неразвивающейся беременности (НБ). Проведен ретроспективный анализ 477 историй болезни пациенток с неразвивающейся беременностью на сроке до 12 недель (основная группа). Среди женщин основной группы выделены две отдельные группы женщин с разными формами неразвивающейся беременности. В I группу включены 297 (62,3 %) женщин с неразвивающейся беременностью по типу гибели эмбриона, во II группу – 180 (37,7 %) женщин с неразвивающейся беременностью по типу анэмбрионии. Контрольную группу составили 200 женщин, не страдающих невынашиванием беременности и состоявших на диспансерном наблюдении по ведению беременности. У всех женщин контрольной группы роды произошли в срок. Полученные в процессе исследования данные обрабатывали с использованием программной системы Statisticafor Windows версия 5.5. Сопоставление частотных характеристик качественных показателей проводили с помощью непараметрических методов  $\chi^2$ ,  $\chi^2$  с поправкой Йетса (для малых групп), критерия Фишера. Статистически достоверными считали значения при  $p < 0,05$ . Особенностью анамнеза женщин с неразвивающейся беременностью была высокая частота хронических воспалительных заболеваний репродуктивных органов малого таза, искусственного прерывания беременности на раннем и позднем сроках и лечебно-диагностических выскабливаний стенок полости матки. Структура экстрагенитальной патологии существенно не различалась у женщин с неразвивающейся беременностью и женщин с физиологической беременностью. При изучении анамнеза женщин с разными формами неразвивающейся беременности (анэмбриония и гибель эмбриона) получены достоверные данные, показывающие зависимость формы неразвивающейся беременности от срока гестации. Анэмбриония наблюдалась преимущественно до 5 недель беременности, гибель эмбриона – на 7–8 неделе. Достоверная прямая связь получена между неразвивающейся беременностью по типу гибели эмбриона и наличием у женщины хронического эндометрита. Среди женщины с НБ по типу гибели эмбриона достоверно больше с привычным невынашиванием. В группе женщин с анэмбрионией достоверно больше первобеременных. Форма неразвивающейся беременности (анэмбриония или гибель эмбриона) не была связана с возрастом женщин, перенесенным ОРВИ на ранних сроках беременности, наличием в анамнезе оперативного родоразрешения и экстрагенитальной патологией.

*Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, анэмбриония, гибель эмбриона, физиологическая беременность.*

За последние десять лет частота невынашивания беременности остается стабильно высокой и составляет 20 % от общего числа беременностей. В структуре невынашивания от 5 до 20 % приходится на привычный выкидыш. [2, 4]. Одной из форм невынашивания беременности является неразвивающаяся беременность (missedabortion), которая составляет 10–20% среди всех случаев потери беременности [1]. При неразвивающейся беременности наблюдается анэмбриония или гибель эмбриона. Анэмбриония характеризуется отсутствием эмбриона в полости плодного яйца

после 7 недель беременности. При гибели эмбриона визуализируется плодное яйцо и эмбрион без признаков жизнедеятельности. Установлено, что в I триместре неразвивающаяся беременность является причиной репродуктивных потерь в 45–88,6 % случаев [4]. Многочисленные работы рассматривают генез НБ с мультифакторных позиций: эндокринологических, иммунологических, цитогенетических, морфофункциональных, инфекционных и т. д. [3, 5]. Несмотря на многочисленные исследования данной проблемы, в 25–57 % случаев причины НБ остаются не выясненными.

ми. Перенесенная НБ отрицательно сказывается на репродуктивной функции женщин, так как у 27,4 % из них наблюдается привычное невынашивание [1].

Цель исследования: провести сравнительный анализ анамнестических данных у женщин с разными формами неразвивающейся беременности (НБ).

Методы исследования: проведен ретроспективный анализ 477 историй болезни пациенток с неразвивающейся беременностью на сроке до 12 недель (основная группа). Среди женщин основной группы выделены две отдельные группы женщин с разными формами неразвивающейся беременности. В I группу включены 297 (62,3%) женщин с неразвивающейся беременностью по типу гибели эмбриона, во II группу – 180 (37,7 %) женщин с неразвивающейся беременностью по типу анэмбрионии. Контрольную группу составили 200 женщин, не страдающих невынашиванием беременности и состоявших на диспансерном наблюдении по ведению беременности. У всех женщин контрольной группы роды произошли в срок. Полученные в процессе исследования данные обрабатывали с использованием программной системы Statistica for Windows версия 5.5. Сопоставление частотных характеристик качественных показателей проводили с помощью непараметрических методов  $\chi^2$ ,  $\chi^2$  с поправкой Йетса (для малых групп), критерия Фишера. Статистически достоверными считали значения при  $p < 0,05$ .

Результаты: в I группе женщин с гибелью эмбриона средний возраст пациенток составил  $30,38 \pm 6,02$  лет, во II группе с анэмбрионией –  $29,05 \pm 5,76$  лет. Анализ частоты разных форм неразвивающейся беременности в зависимости от возраста представлен в табл. 1.

Большинство пациенток в I и II группах находились в среднем репродуктивном возрасте, от 25 до 29 лет (29,6 и 32,8 % соответственно). В раннем и позднем репродуктивном возрасте было небольшое количество женщин в обеих группах: в группе с гибелью эмбриона 7 пациенток (2,4 %) находились в возрасте от 15 до 20 лет и 14 (4,7 %) – после 40 лет. Среди женщин с анэмбрионией в раннем репродуктивном возрасте было 7 (3,9 %) и в позднем репродуктивном возрасте – 7 (3,9 %) пациенток. Достоверной взаимосвязи между формой неразвивающейся беременности (гибель эмбриона и анэмбриония) и возрастом женщин не было. Во всех возраст-

тных группах пациенток преобладала неразвивающаяся беременность по типу гибели эмбриона.

**Таблица 1**  
Сравнительный анализ частоты  
неразвивающейся беременности по типу  
гибели эмбриона и анэмбрионии  
у женщин разных возрастных групп

| Возраст  | I группа    | II группа   |
|----------|-------------|-------------|
| 15–20    | 7 (2,4 %)   | 7 (3,9 %)   |
| 21–24    | 48 (16,2 %) | 38 (21,1 %) |
| 25–29    | 88 (29,6 %) | 59 (32,8 %) |
| 30–35    | 75 (25,3 %) | 39 (21,7 %) |
| 36–40    | 65 (21,9 %) | 30 (16,7 %) |
| Более 40 | 14 (4,7 %)  | 7 (3,9 %)   |

В группе женщин с гибелью эмбриона средний гестационный срок прерывания беременности составил  $7,6 \pm 1,34$  недель. В 30,98 % случаев гибель эмбриона произошла на срок 8 недель и в 28,3 % случаях на сроке 7 недель беременности. В группе с анэмбрионией средний гестационный срок был  $4,03 \pm 1,17$  недель. В 43,9 % случаев беременность перестала развиваться на сроке до 5 недель. С увеличением гестационного возраста частота случаев неразвивающейся беременности по типу «пустого плодного яйца» уменьшается. В обеих группах минимальное количество женщин было на сроке 10 недель и более. В табл. 2 представлен сравнительный анализ гестационного срока при разных формах неразвивающейся беременности.

**Таблица 2**  
Сравнительный анализ частоты  
неразвивающейся беременности по типу  
гибели эмбриона и анэмбрионии  
при разном гестационном сроке

| Срок гестации, нед. | I группа     | II группа   |
|---------------------|--------------|-------------|
| до 5                | 14 (4,7 %)   | 79 (43,9 %) |
| 6                   | 45 (15,1 %)  | 43 (23,9 %) |
| 7                   | 84 (28,3 %)  | 37 (20,6 %) |
| 8                   | 92 (30,98 %) | 15 (8,3 %)  |
| 9                   | 44 (14,8 %)  | 3 (1,67 %)  |
| 10                  | 10 (3,35 %)  | 3 (1,67 %)  |
| 11                  | 2 (0,67 %)   | –           |
| 12                  | 6 (2 %)      | –           |

Проведенный анализ показал достоверную зависимость между сроком гестации и формой неразвивающейся беременности ( $p < 0,05$ ). До 5 недель достоверно чаще на-

блюдалась анэмбриония. Гибель эмбриона преобладала на сроках 7–8 недель ( $p < 0,05$ ).

Раннее начало половой жизни (до 18 лет) отметили 78 (26,3 %) женщин с неразвивающейся беременностью по типу гибели эмбриона и 48 (26,7 %) с анэмбрионией ( $p > 0,05$ ). При обеих формах неразвивающейся беременности преобладали женщины с началом половой жизни после 18 лет – 351 (73,6 %). Первородящих женщин в I группе с неразвивающейся беременностью по типу гибели эмбриона было 59 (19,9 %), во II группе с анэмбрионией – 56 (31 %). Сопоставление частоты разных форм неразвивающейся беременности в зависимости от паритета показало наличие достоверной межгрупповой связи между ними ( $p < 0,05$ ). Среди женщин группы анэмбрионии первородящих достоверно больше.

У 202 (42,35 %) женщин с неразвивающейся беременностью были ранее искусственные аборты на раннем или позднем сроке беременности (медикаментозные, хирургические). В группе женщин с неразвивающейся беременностью по типу гибели эмбриона искусственное прерывание беременности было у 134 (45 %), в группе с анэмбрионией – у 68 (37,8 %). Среди пациенток с неразвивающейся беременностью было, практически, равное количество женщин, перенесших ранее искусственное прерывание беременности и без указаний в анамнезе на прерывания беременности. Зависимости между разными формами неразвивающейся беременности и наличием в анамнезе искусственного прерывания беременности не получено ( $p > 0,05$ ). Сравнительный анализ анамнеза женщин с неразвивающейся беременностью и женщин контрольной группы с физиологической беременностью показал достоверную взаимосвязь между частотой искусственных абортов в анамнезе и последующей неразвивающейся беременностью ( $p < 0,05$ ). У женщин с неразвивающейся беременностью количество искусственных абортов в анамнезе было в 2 раза больше, чем у женщин, не страдающих невынашиванием (42,35 и 25,5 % соответственно). Лечение диагностическое выскабливание стенок полости матки указали в анамнезе 273 (57,23 %) женщины с неразвивающейся беременностью, т. е. более половины. Среди пациенток с неразвивающейся беременностью по типу гибели эмбриона лечебно-диагностическое выскабливание стенок полости матки перенесли ранее 181 (61 %), среди пациенток с анэмбрионией – 92 (51 %)

женщины. Значимой связи между формой неразвивающейся беременности и наличием в анамнезе лечебно-диагностического выскабливания стенок полости матки не выявлено ( $p > 0,05$ ), однако достоверная взаимосвязь между частотой лечебно-диагностического выскабливания стенок полости матки в анамнезе и развитием в последующем неразвивающейся беременности была выявлена при сравнении женщин основной и контрольной групп ( $p < 0,05$ ). В группе женщин с неразвивающейся беременностью частота лечебно-диагностических выскабливаний в анамнезе была почти в 2 раза больше чем в группе женщин без потерь беременностей. При сравнительном анализе частоты кесарева сечения у женщин с разными формами неразвивающейся беременности не получено межгрупповых различий. В группе с гибелью эмбриона оперативные роды были у 50 (16,8 %), в группе с анэмбрионией – у 27 (15 %) женщин ( $p > 0,05$ ). Сравнение основной и контрольной групп также не выявило достоверной разницы частоты кесарева сечения в анамнезе у женщин с неразвивающейся беременностью и у женщин, беременность которых закончилась своевременными родами ( $p > 0,05$ ). Две и более потери беременности были в анамнезе у 91 (30,6 %) пациентки с неразвивающейся беременностью по типу гибели эмбриона и у 37 (20,5 %) – с анэмбрионией. Разница между группами достоверна ( $p < 0,05$ ), т. е. привычное невынашивание характерно для женщин с неразвивающейся беременностью по типу гибели эмбриона.

Структура гинекологической патологии женщин с гибелью эмбриона и анэмбрионией представлена в табл. 3.

В структуре гинекологической патологии у женщин с неразвивающейся беременностью на первом месте по частоте были хронические воспалительные заболевания репродуктивной системы. Хронический эндометрит диагностирован у 121 (40,7 %) женщины в группе с гибелью эмбриона и у 39 (21,7 %) в группе с анэмбрионией, хронический аднексит – у 45 (15,2 %) и 21 (11,7 %), хронический цервицит – у 74 (24,9 %) и 52 (28,9 %) женщин соответственно. Достоверная взаимосвязь получена между наличием у женщины хронического эндометрита и НБ по типу гибели эмбриона ( $p < 0,05$ ). Зависимость формы неразвивающейся беременности от других гинекологических заболеваний не выявлена ( $p > 0,05$ ). Сравнение основной и контрольной

групп женщин показало достоверную взаимосвязь между частотой встречаемости воспалительных заболеваний органов малого таза и неразвивающейся беременностью. Среди женщин с неразвивающейся беременностью воспалительными заболеваниями органов малого таза страдали 47,4 %, среди женщин контрольной группы – 19 % ( $p < 0,05$ ). Другие гинекологические заболевания не влияли достоверно на частоту неразвивающейся беременности ( $p > 0,05$ ).

Экстрагенитальными заболеваниями страдали 147 (49,5 %) пациенток с неразвивающейся беременностью по типу гибели эмбриона и 67 (37,2 %) с анэмбрионией. Структура экстрагенитальной патологии в группе женщин с анэмбрионией и гибелью эмбриона представлена в табл. 4.

Заболевания сердечно-сосудистой системы встречались в группе женщин с неразвивающейся беременностью и в контрольной группе примерно одинаково часто (46–9,6 %, 15–15 % соответственно). В обеих группах среди сосудистой патологии преобладала варикозная болезнь. Эндокринные заболевания,

большинство из которых были представлены заболеваниями щитовидной железы, также не влияли достоверно на формирование неразвивающейся беременности ( $p > 0,05$ ). Из заболеваний почек и мочевых путей наиболее часто встречался хронический пиелонефрит. Частота данной экстрагенитальной патологии среди женщин с неразвивающейся беременностью и женщин, не страдающих невынашиванием беременности была одинаковой ( $p > 0,05$ ). Такие же результаты получены при сравнительном анализе заболеваний желудочно-кишечного тракта ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, при сравнительном анализе анамнестических данных женщин с неразвивающейся беременностью и женщин, не страдающих невынашиванием беременности выявлены следующие достоверные различия: женщины с неразвивающейся беременностью чаще страдают хроническими воспалительными заболеваниями репродуктивных органов малого таза, среди них больше частота искусственных прерываний беременности на раннем и позднем сроках и лечебно-диагностических выскабливаний стенок полости

Таблица 3  
Структура гинекологической патологии женщин с неразвивающейся беременностью

| Заболевание                         | I группа |      | II группа |      |
|-------------------------------------|----------|------|-----------|------|
|                                     | Абс.     | %    | Абс.      | %    |
| Хронический эндометрит              | 121      | 40,7 | 39        | 21,7 |
| Хронический цервицит                | 74       | 24,9 | 52        | 28,9 |
| Хр. аднексит                        | 45       | 15,2 | 21        | 11,7 |
| Бесплодие                           | 25       | 8,5  | 12        | 6,7  |
| Эндометриоз                         | 6        | 2    | 2         | 0,67 |
| Опухоль яичников                    | 7        | 2,7  | 3         | 1,7  |
| Кисты яичников                      | 17       | 5,7  | 14        | 4,7  |
| Миома матки                         | 24       | 8    | 18        | 10   |
| Аномалии развития полового аппарата | 5        | 1,7  | 1         | 0,6  |

Таблица 4  
Структура экстрагенитальной патологии женщин с неразвивающейся беременностью

| Заболевание                                 | I группа |      | II группа |      |
|---|----------|------|-----------|------|
|   | Абс.     | %    | Абс.      | %    |
| Болезни органов сердечно-сосудистой системы | 32       | 10,8 | 14        | 7,8  |
| Болезни органов дыхательной системы         | 9        | 3    | 8         | 4,4  |
| Болезни органов желудочно-кишечного тракта  | 31       | 10,4 | 19        | 10,6 |
| Болезни органов мочевого выделения          | 31       | 10,4 | 13        | 7,2  |
| Эндокринные заболевания                     | 14       | 4,7  | 2         | 1,1  |
| Вирусные гепатиты                           | 12       | 4    | 2         | 1,1  |
| Заболевания лор-органов                     | 18       | 6    | 9         | 5    |
| Всего                                       | 147      | 49,5 | 67        | 37,2 |

матки. Структура экстрагенитальной патологии существенно не различалась среди женщин с неразвивающейся беременностью и женщин с неотягощенным репродуктивным анамнезом. При анализе особенностей анамнеза женщин с разными формами неразвивающейся беременности (анэмбриония и гибель эмбриона) получены достоверные данные, показывающие зависимость формы неразвивающейся беременности от срока гестации. Анэмбриония наблюдалась преимущественно до 5 недель беременности, гибель эмбриона – на 7–8 неделе. Достоверная прямая связь получена между неразвивающейся беременностью по типу гибели эмбриона и наличием у женщины хронического эндометрита. Среди женщины с НБ по типу гибели эмбриона достоверно больше с привычным невынашиванием. В группе женщин с анэмбрионией достоверно больше первобеременных. Форма неразвивающейся беременности (анэмбриония или гибель эмбриона) не зависела от возраста женщин, перенесенных ОРВИ на ранних сроках беременности, нали-

чием в анамнезе оперативного родоразрешения и экстрагенитальной патологии.

### *Литература*

1. Доброхотова, Ю.Э. *Неразвивающаяся беременность: тромбофилические и клинико-иммунологические факторы: рук.* / Ю.Э. Доброхотова, Э.М. Джобавая, Р.И. Озерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 144 с.

2. Радзинский, В.Е. *Неразвивающаяся беременность* / В.Е. Радзинский, В.И. Димитрова, И.Ю. Майскова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 200 с.

3. Салов, И.А. *Гемостазиологические нарушения при неразвивающейся беременности* / И.А. Салов, Д.И. Маринушкин // *Проблемы беременности*. – 2000. – № 1. – С. 21–26.

4. Сидельникова, В.М. *Привычная потеря беременности* / В.М. Сидельникова. – М.: Триада-Х, 2005. – 304 с.

5. Сидельникова, В.М. *Невынашивание беременности: современный взгляд на проблему* / В.М. Сидельникова // *Акушерство и гинекология*. – 2007. – № 5. – С. 24–27.

**Зайнетдинова Лариса Фоатовна**, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), sea-gull6@yandex.ru.

**Куренков Евгений Леонидович**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой нормальной анатомии, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), kurenkovEL@chelsma.ru.

**Нигаметзянова Галлия Расымовна**, аспирант кафедры акушерства и гинекологии, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), galiyuha@list.ru.

*Поступила в редакцию 26 февраля 2015 г.*

---

DOI: 10.14529/ozfk150209

## COMPARISON OF ANAMNESTIC DATA OF WOMEN WITH DIFFERENT FORMS OF NON-DEVELOPING PREGNANCY

*L.F. Zaynetdinova, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation, sea-gull6@yandex.ru,*

*E.L. Kurenkov, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation, kurenkovEL@chelsma.ru,*

*G.R. Nigametzyanova, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation, galiyuha@list.ru*

Aim: to perform comparative analysis of anamnestic data in women with different forms of non-developing pregnancy (NDP). We carried out hind-sight analysis of 477 medical records of female patients with non-developing pregnancy in the early stages – 12 weeks and

less (main group). Women from the main group were divided into two separate groups of women with different forms of non-developing pregnancy. The I group included 297 (62.3 %) women with non-developing pregnancy according to fetal demise type, the II group included 180 (37.7 %) women with non-developing pregnancy according to anembryonic gestation type. The control group included 200 women who did not suffer miscarriage and were under follow-up monitoring for pregnancy. All women from the control group had their delivery on time. The data obtained during the research were processed using Statistica for Windows 5.5. Response characteristics of quality factors were compared by means of non-parametric methods  $\chi^2$ ,  $\chi^2$  using Yates correction (for little groups and F-ratio test. The values were regarded as statistically significant if  $p < 0.05$ . The feature of anamnesis typical for women with non-developing pregnancy was a high incidence of chronic pelvic inflammatory diseases, induced abortion carried out in the early and late stages of pregnancy and endometrectomy. The structure of extragenital pathology did not significantly differ in women with non-developing pregnancy and women with physiological pregnancy. As we studied anamnesis of women with non-developing pregnancy (anembryonic gestation and fetal demise) we obtained reliable data showing that the for of non-developing pregnancy depends on the gestation stage. Anembryonic gestation was observed mainly for the stage less than 5 weeks of gestation, fetal demise – at 7–8 weeks. The relevant correlation was found between non-developing pregnancy of fetal demise type and chronic endometritis observed in women. Women with fetal demise non-developing pregnancy were more likely to suffer habitual miscarriage. Anembryonic gestation group had significantly higher level of primigravidas. The type of non-developing pregnancy (anembryonic gestation ore fetal demise) was not associated with the women's age, earlier acute respiratory infections at the early gestation stages, previous operative delivery and extragenital pathology.

*Keywords: non-developing pregnancy, anembryonic gestation, fetal demise, physiological pregnancy.*

### References

1. Dobrokhotova Yu.E., Dzhobava E.M., Ozerova R.I. *Nerazvivayushchayasya beremennost': trombofilicheskie i kliniko-immunologicheskie faktory: rukovodstvo* [Developing Pregnancy. Clinical and Thrombophilic - Immunologic Factors: Leadership]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2010. 144 p.
2. Radzinskiy V.E., Dimitrova V.I., Mayskova I.Yu. *Nerazvivayushchayasya beremennost'* [Developing Pregnancy]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2009. 200 p.
3. Salov I.A., Marinushkin D.I. [Hemostatic Disorders in Developing Pregnancy]. *Problemy beremennosti* [Problems of Pregnancy], 2000, no. 1, pp. 21–26. (in Russ.)
4. Sidel'nikova V.M. *Privychnaya poterya beremennosti* [Habitual Pregnancy Loss]. Moscow, Triad-X Publ., 2005. 304 p.
5. Sidel'nikova V.M. [Miscarriage. A Modern View on the Problem]. *Akusherstvo i ginekologiya* [Obstetrics and Gynecology], 2007, no. 5, pp. 24–27. (in Russ.)

*Received 26 February 2015*

### БИБЛИОГРАФИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ СТАТЬИ

Зайнетдинова, Л.Ф. Сравнительная характеристика анамнестических данных женщин с разными формами неразвивающейся беременности / Л.Ф. Зайнетдинова, Е.Л. Куренков, Г.Р. Нигаметзянова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Образование, здравоохранение, физическая культура». – 2015. – Т. 15, № 2. – С. 52–57. DOI: 10.14529/ozfk150209

### REFERENCE TO ARTICLE

Zaynetdinova L.F., Kurenkov E.L., Nigametyanova G.R. Comparison of Anamnestic Data of Women with Different Forms of Non-Developing Pregnancy. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Education, Healthcare Service, Physical Education*, 2015, vol. 15, no. 2, pp. 52–57. (in Russ.) DOI: 10.14529/ozfk150209