

УДК [618.39-021.3:618.396]-06:66.8-053.2

Г.А. ШАЙМАРДАНОВА, Е.А. МОРОЗОВА

Казанская государственная медицинская академия, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 36

Влияние длительной угрозы прерывания беременности на формирование неврологических нарушений у детей

Шаймарданова Гульчачак Ахметовна — аспирант кафедры детской неврологии, тел. (843) 273-49-09, e-mail: shajmardanovag@mail.ru

Морозова Елена Александровна — доктор медицинских наук, профессор кафедры детской неврологии, тел. (843) 273-49-09, e-mail: ratner@bk.ru

В статье представлен краткий обзор литературы о причинах длительной угрозы прерывания беременности и ее исходах. Приведены результаты наблюдений за детьми, родившимися у матерей с длительной угрозой прерывания беременности. Проведен анализ данных по течению родов, раннему младенческому периоду, изучены варианты неврологических нарушений у детей данной категории. Установлено, что при длительной угрозе прерывания беременности повышен риск преждевременных родов, хронической внутриутробной гипоксии плода. В резидуальном периоде у 71,1% детей отмечены значимые расстройства двигательного и когнитивного характера, у 13,3% детей сформировалась эпилепсия.

Ключевые слова: длительная угроза прерывания беременности, центральная нервная система, дети.

G.A. SHAYMARDANOVA, E.A. MOROZOVA

Kazan State Medical Academy, 36 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012

The role of long-term threatened miscarriage in formation of neurological disorders in children

Shajmardanova G.A. — postgraduate student of the Department of Child Neurology, tel. (843) 273-49-09, e-mail: shajmardanovag@mail.ru

Morozova E.A. — D. Med. Sc., Professor of the Department of Child Neurology, tel. (843) 273-49-09, e-mail: ratner@bk.ru

The article provides a brief review of the literature on the causes of long-term threatened miscarriage and its outcomes. The results of observations of the children born to mothers with a long-term threatened miscarriage are given. There were analyzed data on the course of labor and early infantile period, variants of neurological disorders in children in this category were studied. It was determined that in case of long-term threatened miscarriage there is an increased risk of premature birth, chronic intrauterine hypoxia. In the residual period in 71.1% of children there were marked significant disorders of motor and cognitive nature, in 13.3% of children formed epilepsy.

Key words: long-term threatened miscarriage, central nervous system of children.

Охрана материнства и детства — проблема, имеющая медико-социальное значение [1]. Особую значимость в контексте данной проблемы имеет перинатальная патология центральной нервной системы, которая является причиной неврологических и соматических расстройств младенцев. Это обусловлено, как показывают многие научные исследования, высокой частотой хронической внутриутробной гипоксии плода [2].

Одним из факторов, приводящих к внутриутробной гипоксии и обуславливающих высокую частоту перинатальной патологии, является угроза прерывания беременности. Частота угрозы прерывания

беременности составляет 15-20% и не имеет тенденции к снижению в последние годы. Таким образом, мы имеем дело с сохранением каждого пятого ребенка [2, 3].

Угроза прерывания беременности является частым следствием социально-генетических проблем, эндокринной и маточной патологии. В последние годы активно обсуждаются тромбофилические и иммунологические факторы, в частности антифосфолипидный синдром. В то же время наличие вышеперечисленных факторов в анамнезе далеко не всегда приводит к угрозе невынашивания данной беременности. В настоящее время проблема парал-



лелизма между выявленной причиной и развитием угрозы прерывания беременности активно дискутируется [3]. Однако авторы единодушны в том, что развитие невынашивания при сочетании ряда патогенных факторов осуществляется при срыве адаптационных механизмов, реализующихся на основе генетических программ и нейроэндокринной регуляции [4].

Еще в 1974 г. Н.Ж. Waller, подвергнув анализу «судьбу ребенка, родившегося на фоне длительной угрозы прерывания беременности», отметил высокую частоту преждевременных родов при длительной угрозе невынашивания, в 2,5 раза превышающую частоту родов раньше срока при физиологическом течении беременности [5]. Приведенные данные подтверждают и публикации последних лет, в некоторых источниках значение данного соотношения достигает 3,85 [6, 7]. Перинатальная и ранняя неонатальная смертность, согласно данным Н.Ж. Waller, увеличивается до 7,0 и 6,0% случаев соответственно. У 5,1% детей выявлялись различные пороки развития, при этом некоторые давали о себе знать лишь во втором полугодии жизни и приводили к летальному исходу. При офтальмологическом осмотре детей основными «находками» были косоглазие, амблиопия, нистагм, расстройства рефракции. Особенное внимание автор уделил анализу степени интеллектуального развития. Отставание в формировании высших корковых функций различной степени в виде дизартрии, афазии, умственной отсталости отмечены у 29,5% детей. У каждого пятого ребенка выявлена задержка окостенения [5]. Резюмируя, автор утверждает, что «при рассмотрении лечения угрозы прерывания беременности каждый случай должен рассматриваться по существу, и весьма сомнительно, что это должно осуществляться «любой ценой»» [5].

В то же время можно утверждать, что современное здравоохранение отличается противоположным подходом к проблеме сохранения беременности. Результаты исследований последних лет подтверждают высокую частоту неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов длительной угрозы прерывания беременности. Представлены статистически достоверные данные повышенного риска предлежания плаценты, преэклампсии, необъяснимой внутриутробной

смерти, преждевременного излития околоплодных вод, родовспоможений путем кесарева сечения (наблюдаются в 40% случаев преждевременных родов) [7]. Выявлены значительно меньшие значения среднего гестационного возраста, массы тела при рождении, что может быть частично также связано с более высокой частотой преждевременных родов. С большой вероятностью диагностируется задержка внутриутробного развития [5, 7]. Известна значимость оценки по шкале Апгар не столько на 1-й, сколько на 5-й минуте как отражение степени гипоксии мозга. У детей, рожденных от матерей с длительной угрозой прерывания беременности, в 1,5 раза чаще встречается оценка по шкале Апгар на 5-й минуте менее 7 баллов, что говорит о длительности и выраженности гипоксии. Частота врожденных пороков развития, выявленных в раннем неонатальном периоде, составила 3% [5, 7]. Лишь небольшое число работ касается отдаленных последствий длительной угрозы прерывания. Угроза невынашивания рассматривается только в ряду факторов, приводящих к перинатальной патологии нервной системы. При этом недоношенность признается самым неблагоприятным перинатальным исходом, и этот фактор следует принимать во внимание при ведении беременности с длительной угрозой невынашивания.

Цель исследования — изучение вариантов неврологических расстройств у детей, родившихся от матерей с длительной угрозой прерывания беременности.

Материалы и методы

Обследовано 66 детей в возрасте от 10 месяцев до 3 лет. Дети были разделены на две группы: первая (основная) группа — 45 детей, рожденных от матерей с длительной угрозой прерывания беременности, вторая (контрольная) группа — 21 ребенок, рожденный от матерей с физиологическим течением беременности. Клиническое исследование включало анализ течения беременности и родов, неврологический осмотр с оценкой степени психического и физического развития, двигательной активности, состояния мышечного тонуса и системы координации. По показаниям проводились инструментальные методы исследования (эхозцефалография, нейросонография, ультразвуковая доплеро-

Таблица 1.
Анализ акушерско-гинекологического анамнеза

Признак	Основная группа n=45		Контрольная группа n=21		p	
	абс.	%	абс.	%		
Беременность	I	7	15,6	11	52,4	0,003
	II	17	37,8	7	33,3	0,003
	III и более	21	46,7	3	14,3	0,003
Роды	I	22	48,9	12	57,1	>0,05
	II и более	23	51,1	9	42,8	>0,05
Предыдущие беременности	аборты	12	26,6	2	9,5	>0,05
	выкидыши	13	28,9	0	0	0,006

рография, электроэнцефалография, видео-ЭЭГ-мониторинг, электромиография, компьютерная или магнитно-резонансная томография).

Результаты

При оценке факторов, приводящих к длительной угрозе прерывания беременности, отмечена высокая частота эндокринной патологии (11,1%): гипотиреоз, синдром поликистозных яичников. У 24,4% матерей была диагностирована истмико-цервикальная недостаточность и установлен акушерский пилларий на различных сроках гестации. В 4,5 и 6,7% случаев диагностированы АФС и наследственная тромбофилия, в 15,5% — гиперкоагуляционный синдром (без детализации диагноза). Причина угрозы невынашивания не установлена у 44,4% беременных, что соответствует литературным данным [8].

Средний возраст матерей в основной и контрольной группах составил 28,6 и 27,6 года. Число матерей до 30 лет также не отличалось значительно (66,7 и 71,4% случаев соответственно; $p > 0,05$). В группе с длительной угрозой прерывания беременности чаще встречались матери в возрасте старше 35 лет (22,2 и 4,7%).

При анализе акушерского анамнеза (табл. 1) было выявлено статистически достоверное превосходство основной группы в численности детей, рожденных от повторной беременности ($p = 0,003$). Причем выкидышей в анамнезе при физиологическом течении данной беременности не наблюдалось, в основной группе предыдущие беременности заканчивались выкидышами на различных сроках беременности в каждом третьем случае ($p = 0,006$). Первородящие в обеих группах отмечались в равной степени ($p > 0,05$).

У матерей с длительной угрозой прерывания беременности в 2,4 раза чаще отмечались преждевременные роды (68,9%; $p = 0,003$) (табл. 2). По данным современной литературы, соотношение достигает значения 3,85 [6, 7].

В основной группе в 68,9% случаев роды были самостоятельными, и лишь 31,2% случаев — оперативные (из них 57,1% путем экстренного кесарева сечения). Показаниями к экстренному кесареву сечению явились слабая сократительная деятельность матки, острая гипоксия плода, преждевременная отслойка плаценты. В контрольной группе доношенными родилось 15 (71,4%) детей. В 15 (71,4%) случаях произошло естественное родоразрешение, в 6 (28,6%) — путем кесарева сечения (из них 83,3% — по экстренным показаниям).

Таблица 2.

Характеристика гестационного возраста детей

Гестационный возраст	Основная группа n=45		Контрольная группа n=21	
	абс.	%	абс.	%
27-29 нед.	8	17,8	0	0,0
29-31 нед.	1	2,2	4	19,0
32-34 нед.	10	22,2	1	4,8
35-37 нед.	12	26,7	1	4,8
38-42 нед.	14	31,1	15	71,4

При анализе раннего младенческого периода детей, рожденных от матерей с длительной угрозой прерывания беременности, выявлена высокая частота хронической внутриутробной гипоксии. В исследуемой группе обнаружены высокая частота обвития пуповины вокруг шеи новорожденного, низкими баллами при оценке по шкале Апгар обусловлена необходимость проведения ИВЛ более 5 дней (табл. 3).

Среди заболеваний неонатального периода основной группы исследования также часто встречались конъюгационная желтуха и синдром дыхательных расстройств. Нейросонография выявила у 20,0% младенцев патологию в виде интра-перивентрикулярного кровоизлияния различной степени, перивентрикулярной лейкомаляции.

Анализ неврологического статуса показал, что у части детей были верифицированы тяжелые двигательные нарушения в виде спастического тетрапареза (в основной группе — 55,6%, в контрольной группе — 28,6% случаев; $p = 0,043$), спастического тетрапареза в сочетании с гиперкинетическим синдромом (26,7 и 9,5% соответственно; $p > 0,05$), нижний спастический парапарез (13,3 и 4,7%; $p > 0,05$) и верхний вялый парапарез у одного ребенка основной группы. Также отмечались нарушения со стороны черепно-мозговых нервов в форме содружественного сходящегося косоглазия (53,3% случаев в первой группе, 23,8% — во второй; $p = 0,034$), кривошея. У части детей изменения в неврологическом статусе проявлялись в форме пирамидной недостаточности (24,4 и 33,3% соответственно; $p > 0,05$), диффузной мышечной гипотонии (22,2 и 42,8% соответственно; $p > 0,05$).

Отставание в развитии высших корковых функций диагностировано у 13 (28,9%) детей основной и у 1 (4,8%) ребенка контрольной групп ($p = 0,027$).

Дополнительные методы исследования проводились по показаниям. По данным офтальмологического исследования отмечались ангиопатия сосудов сетчатки у 28,6%, частичная атрофия зрительного нерва — 32,5%, ретинопатия недоношенных — 20,1% обследованных детей основной группы. Незначительные изменения на глазном дне в виде побледнения диска зрительного нерва наблюдались в 76,0% случаев.

Ультразвуковая доплерография показала наличие выраженной асимметрии кровотока у 23,3%, спазма позвоночных артерий — 13,3%, венозной дистонии умеренной и значительной степени выраженности — 76,7% обследованных. На электроэнцефалограмме регистрировались диффузные изменения в виде: дезорганизации корковой ритмики — у 91,6%, выраженности низкоамплитудных медленных волн — 72,2%, замедления основного ритма — 13,9% детей первой группы.

У 6 пациентов (13,3%) была выявлена эпилептиформная активность в сочетании с приступами и выставлен диагноз «Эпилепсия». Из них в 3 случаях (6,7% от общего количества детей) — симптоматический синдром Веста.

Проведенный анализ позволяет сделать вывод о неоднозначности современного подхода к ведению беременности при длительном и стойком ее прерывании — сохранении «любимой ценой». Полученные результаты показали достоверное преобладание инвалидизирующих последствий в виде тяжелых двигательных расстройств и когнитивных нарушений у детей, рожденных от матерей с длительной угрозой прерывания беременности.

Таблица 3.
Характеристика неонатального периода у детей исследуемых групп

Параметры		Основная группа (n=45)		Контрольная группа (n=21)		P
		абс.	%	абс.	%	
Вес	<2,5 кг	25	55,6	5	23,8	0,049
	2,5-3,5 кг	15	33,3	11	52,4	0,049
	>3,5 кг	5	11,1	5	23,8	0,049
Оценка по шкале Апгар, 1'	1-5 б.	20	44,4	7	33,3	p>0,05
	6-7 б.	17	37,8	8	38,1	p>0,05
	8-9 б.	8	17,8	6	28,6	p>0,05
Оценка по шкале Апгар, 5'	1-5 б.	9	20	3	14,3	p>0,05
	6-7 б.	19	42,2	7	33,3	p>0,05
	8-9 б.	17	37,8	11	52,4	p>0,05
Задержка внутриутробного развития		7	15,6	2	9,5	p>0,05
Обвитие пуповиной		9	20	0	0	0,048
Синдром дыхательных расстройств		12	26,7	2	9,5	p>0,05
Конъюгационная желтуха		13	28,9	5	23,8	p>0,05
Церебральная ишемия	общ. кол-во	30	66,7	11	52,4	p>0,05
	I степени	5	11,1	4	19,0	p>0,05
	II степени	18	40	5	23,8	p>0,05
	III степени	7	15,6	2	9,5	p>0,05
Интра-перивентрикулярное кровоизлияние		11	24,4	1	4,7	p>0,05
Перивентрикулярная лейкомаляция		3	6,7	1	4,7	p>0,05
ИВЛ более 5 дней		9	20	0	0	0,048

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. — М.: Триада-Х, 2001. — 640 с.
2. Савельева Г.М. Пути снижения перинатальной заболеваемости и смертности // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1998. — № 2. — С. 101-105.
3. Амелкина И.В. Длительная угроза прерывания беременности. Ближайшие и отдаленные результаты развития детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Москва, 2007. — 32 с.
4. Сидельникова В.М., Шмаков Р.Г. Механизмы адаптации и дезадаптации гемостаза при беременности. — М.: Триада-Х, 2004. — 192 с.

5. Waller H.J. The fate of the child after threatened abortion // J. Perinat. Med. — 1974. — Vol. 2. — P. 54-60.

6. Mustafa G. et al. Pregnancy outcome of patients by threatened abortion // The internet Journal of Gynecology and Obstetrics. — 2009. — Vol. 14, No. 1.

7. Agrawal S. et. al. Predicting adverse maternal and perinatal outcome after threatened miscarriage // J. of Obstetrics and Gynecology. — 2014. — Vol. 4. — P. 1-7.

8. Gozdziwicz T. et al. The assessment of causes of recurrent pregnancy loss in material of the Division of Reproduction at Poznan Universiti of Medical Sciences // Archives of Perinatal Medicine. — 2013. — Vol. 19 (2). — P. 81-87.

9. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. — М.: Триада-Х, 2002. — 304 с.

WWW.PMARCHIVE.RU
САЙТ ЖУРНАЛА «ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»