
ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ В I ТРИМЕСТРЕ

А.А. Джабиева, А.В. Джабиев, И.М. Ордянц

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии

Медицинский факультет

Российский университет дружбы народов

ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

В статье приведен анализ течения беременности у женщин, перенесших угрозу прерывания в I триместре. Также проанализировано течение и исход родов у этих женщин. Обозначена важность своевременной постановки на учет по беременности и коррекции возникших осложнений гестации.

Ключевые слова: невынашивание беременности, угроза прерывания беременности, фетоплацентарная недостаточность, преждевременные роды.

Анализ демографической ситуации в России позволил выявить следующие особенности: крайне низкий уровень рождаемости, неудовлетворительное состояние здоровья новорожденных, высокие уровни общей смертности населения, особенно в трудоспособном возрасте, высокие уровни заболевания населения, высокая частота сочетания патологии репродуктивной сферы и экстрагенитальных заболеваний, рост осложнений беременности и родов. Вместе с тем наблюдаемая в России некоторая положительная тенденция к увеличению рождаемости привела к необходимости снижения перинатальной и детской заболеваемости и смертности, улучшению состояния здоровья будущих поколений [1—4, 6, 8—10].

В последние годы сфера научных интересов в перинатальной охране плода сместилась к ранним срокам беременности — к I триместру, так как именно в этот период происходят формирование фетоплацентарной системы, закладка органов и тканей плода, экстраэмбриональных структур, что в большинстве случаев определяет дальнейшее течение беременности. Высокая частота угрозы прерывания беременности на ранних сроках указывает на трудности, возникающие при ведении женщин с невынашиванием беременности, которые обусловлены многофакторностью этиологии и патогенетических механизмов заболевания, несовершенством применяемых диагностических методик и отсутствием адекватного подхода к терапии угрозы прерывания беременности [5—8, 11—15]. Причины невынашивания беременности разнообразны. Немаловажную роль играют неблагоприятные социально-биологические факторы, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, инфекционно-воспалительные заболевания, наличие экстрагенитальной патологии. Генетически обусловленные нарушения развития эмбриона, которые могут иметь наследственный характер или возникать под влиянием различных факторов (инфекции, гормональных нарушений, химических, в том числе, некоторых лекарственных средств и др.), являются наиболее частой причиной невынашивания беременности в I триместре. Особое место на современном этапе занимает хронический эндометрит в генезе невынашивания беременности. Хронический эндометрит, по данным проф. В.Е. Радзинского, сопровождает каждую четвертую, даже «нормальную» беременность, и не менее 60% при невынашивании. Причиной возникновения хронического эндометрита могут быть ранее проведенные гинеко-

логические операции (аборты, выскабливания), неразвивающиеся (замершие) беременности, а также перенесенные воспалительные заболевания женских половых органов, в том числе и заболевания, передающиеся половым путем [5—10, 14, 15]. В литературе обсуждается значение иммунологических причин самопроизвольного выкидыша, одной из которых является антифосфолипидный синдром [2, 10].

В настоящее время, несмотря на большое количество работ, доказывающих высокую эффективность прегравидарной подготовки женщин с невынашиванием беременности, в практической деятельности обследование и лечение врачу приходится осуществлять во время беременности, зачастую на поздних сроках, что не всегда позволяет выявить и устранить имеющиеся нарушения. Именно поэтому у женщин с угрозой прерывания беременности отмечается неблагоприятный для плода исход беременности, что обуславливает высокий уровень перинатальной заболеваемости.

Цель исследования: улучшить течение беременности, родов и перинатальные исходы у женщин с угрозой прерывания беременности на ранних сроках.

Контингент, материалы и методы исследования. В соответствии с поставленными задачами, а именно: изучить течение беременности и исход родов и проанализировать перинатальные исходы у женщин при угрозе прерывания беременности в I триместре у женщин, перенесших угрозу прерывания беременности в I триместре, нами было проведено исследование течения беременности и родов 178 женщин: 98 беременных, находившихся на стационарном или амбулаторном лечении по поводу угрозы прерывания беременности (УПБ) в первом триместре (I группа), и 50 беременных с клиникой УПБ, отказавшиеся от госпитализации и лечения в первом триместре по различным причинам (II группа). Группу сравнения составили 30 женщин с физиологическим течением беременности.

Результаты исследования и обсуждение.

Течение I триместра беременности. При изучении течения I триместра следует отметить, что срок беременности при постановке на учет у женщин с УПБ были достоверно большими, чем у женщин с физиологическим течением беременности: до 8 недель беременности были взяты на учет только 46,9% женщин из I группы и 46% — из II группы. Из основной группы 68 беременных (69,4%) госпитализированы в гинекологический стационар для терапии, направленной на сохранение и пролонгирование беременности. Беременные из контрольной группы отказались от госпитализации по различным причинам (незаинтересованность в беременности, религиозные убеждения, семейно-бытовые причины и др.).

При исследовании течения I триместра беременности в исследуемых группах получены следующие результаты (табл. 1). Токсикоз первой половины беременности встречался с одинаковой частотой у женщин из I и II групп (41,8% и 40% соответственно), что в 2,4 раза превышает аналогичный показатель в группе сравнения (16,6%) ($p < 0,05$). Тяжелый токсикоз наблюдался только у женщин с УПБ: у 10 беременных из I группы и 6 беременных из II группы (10,8%). Анемия у беременных с УПБ (8,2% в I и 12% во II группе) выявлялась в 2,8 раз чаще, чем у женщин с физиологическим течением беременности ($p < 0,05$). Нарушения стула наблюдались в 2 раза чаще у женщин из I группы (21,4%) и в 3,4 раза чаще у женщин из II группы (34%), чем у женщин из группы сравнения (10%) ($p < 0,05$). Вегета-

тивно-сосудистая дистония различных типов наблюдалась у беременных с УПБ (6,1% из I группы и 14% из II группы) в 3 раз чаще, чем у беременных из группы сравнения (3,3%) ($p < 0,05$).

Таблица 1

Течение I триместра беременности

Показатель		Токсикоз	Тяжелый токсикоз	Анемия	Нарушения стула	ВСД	ОРВИ	Стационарное лечение
I группа (получали терапию УПБ и др. ослож.) $n = 98$	абс.	41	10	8	21	8	7	68
	%	41,8*	10,2	8,2*	21,4*	8,1*	7,1	69,4*
II группа (не получали терапию УПБ и др. ослож.) $n = 50$	абс.	20	6	6	17	7	4	(36)
	%	40,0*	12,0	12,0*	34,0**	14,0**	8,0	(72,0)
Группа сравнения $n = 30$ (физиологическое течение бер.)	абс.	5	—	1	3	1	2	—
	%	16,6	—	3,3	10,0	3,3	6,6	—

Примечание: * — $p < 0,05$ (достоверность различий установлена по отношению к группе сравнения).

** — $p < 0,05$ (достоверность различий установлена по отношению ко II группе).

По данным ультразвукового обследования у 8% женщин с клиническими проявлениями УПБ отмечалось расширение внутреннего маточного зева более 10 мм, в 10% случаев наблюдалось низкое прикрепление плодного яйца (в нижней трети полости матки). Более чем в 80% случаев у женщин с УПБ определялись признаки ретрохориальной гематомы различных размеров и локализации.

При проведении клинико-лабораторного обследования выявились следующие особенности. У каждой 5-й женщины с УПБ обнаружена III степень чистоты мазка (20,4% в I группе и 20% во II группе), что в 3 раза чаще, чем у женщин с физиологическим течением беременности (7%) ($p < 0,05$). Кроме того, только у женщин с УПБ выявлялась IV степень чистоты мазка (3,1% и 8% соответственно). В группе сравнения у подавляющего большинства женщин (77%) была I степень чистоты мазка. После получения данных микроскопии мазка мы провели ПЦР-диагностику ИППП, а также бактериологический посев на флору отделяемого влагалища. Инфекция половых путей выявлена более чем у половины женщин с УПБ (57,1% и 52% соответственно). Чаще всего выявлялась уреаплазменная, папилломавирусная инфекции, а также кольпит грибковой этиологии и на фоне высоких титров неспецифической кишечной микрофлоры (*Enterobacteriaceae* и *Enterococcus spp.*) (48% и 23% соответственно).

Всем пациенткам проводилась расширенная гемостазиограмма, которая включала в себя коагулограмму и диагностику антифосфолипидного синдрома. В ряде случаев у беременных с УПБ были выявлены нарушения: гиперагрегация тромбоцитов (22,3% и 56% соответственно), повышение уровня АЧТВ (3% и 4% соответственно), повышение уровня фибриногена (24,5% и 64% соответственно), Д-димера (10,1% и 10% соответственно), ВА (8,1% и 12% соответственно), антифосфолипидных антител (8,1% и 12% соответственно). В группе сравнения отклонений в гемостазиограмме мы не отмечали.

После проведения гормонального обследования обнаружено, что у 7 женщин с УПБ (4,7%) уровень прогестерона в крови был ниже нормы, а повышенный уровень андрогенов в крови выявлен у 7 беременных (4,7%). Эти данные подтвердили необходимость назначения препаратов прогестерона (70,4% случаев в I группе) и ГКС (1% случаев в I группе). Препараты прогестерона были назначены также пациенткам с недостаточной лютеиновой фазой, при осложненном течении предыдущей беременности или репродуктивных потерях в анамнезе, при выявлении косвенных признаков гипофункции желтого тела по результатам ультразвуковой диагностики.

Всем беременным из I группы, которые вовремя встали на учет по беременности, были госпитализированы в гинекологический стационар или находились на амбулаторном лечении по поводу угрозы выкидыша, была назначена традиционная симптоматическая терапия: гемостатическая, спазмолитическая, антианемическая, антиагрегантная, антикоагулянтная, дезинтоксикационная и др., проведена санация влагалища с последующим восстановлением нормального микробиоценоза влагалища. Аналогичные назначения были сделаны беременным из II группы, но контроль над выполнением рекомендаций женщинами этой группы провести не удалось по причине отказа от госпитализации или амбулаторного лечения.

Течение II триместра беременности. Оценка течения II триместра беременности проводилась с учетом того, что женщины из I группы своевременно были взяты под наблюдение, госпитализированы с признаками УПБ или направлены в дневной стационар, где получали терапию, направленную на пролонгирование беременности и коррекцию выявленных у них отклонений от физиологического течения гестации. За женщинами, отказавшимися от госпитализации, наблюдение также продолжилось (табл. 2). Рецидив УПБ во II триместре во II группе выявлялся в 4 раза чаще (32%), чем в I группе (8,1%) ($p < 0,05$). Повторное стационарное лечение потребовалось 8 женщинам из I группы (8,1%), что в 3 раза реже, чем пациенткам из II группы — 12 женщинам была повторно предложена госпитализация (24%) ($p < 0,05$), от которой они по различным причинам отказались.

Дальнейшее наблюдение показало, что отсутствие своевременного лечения выявленных отклонений от физиологического течения беременности явилось следствием осложненного дальнейшего течения беременности. Продолжающийся токсикоз первой половины беременности выявлялся в 3 раза чаще у женщин из II группы (38%), чем у беременных из I группы (13,2%) ($p < 0,05$). Кроме того, в 3 раза чаще у беременных из II группы обнаруживалась бессимптомная бактериурия (20%) ($p < 0,05$), причем гестационный пиелонефрит диагностирован только у 1 женщины из I группы (1%), в то время как во II группе — у 3 беременных (6%) ($p < 0,05$). В I группе анемия выявлялась в 3,3 раза реже (9,1%), чем во II группе (30%) ($p < 0,05$). Гестоз у беременных из II группы выявлялся в 4 раза чаще (12%), чем у беременных из I группы (12% и 4,1% соответственно) ($p < 0,05$). Нарушения стула сохранялись на протяжении II триместра у 42% женщин из II группы, в то время как в I группе (9,1%) этот показатель приближался к таковому в группе сравнения (6,6%) ($p < 0,05$).

Течение II триместра беременности

Показатель		Токсикоз	Бессимптомная бактериурия	Гестационный пиелонефрит	Анемия	Нарушения стула	ВСД	Гестоз	ИЦН	Стационарное лечение
I группа (получали терапию УПБ и др. ослож. $n = 98$)	абс.	13	7	1	9	9	8	3	7	8
	%	13,2*	7,2*	1,0*	9,1**	9,1*	8,1**	3,1*	7,2*	8,2*
II группа (не получали терапию УПБ и др. ослож. $n = 50$)	абс.	19	10	3	15	21	7	6	8	(12)
	%	38,0	20,0	6,0	30,0	42,0	14,0	12,0	16,0	(24,0)
Группа сравнения $n = 30$ (физиологическое течение бер.)	абс.	—	—	—	1	2	1	—	—	—
	%	—	—	—	3,3	6,6	3,3	—	—	—

Примечание: * — $p < 0,05$ (достоверность различий установлена по отношению ко II группе).

** — $p < 0,05$ (достоверность различий установлена по отношению ко II группе и к группе сравнения).

Всем женщинам проведено ультразвуковое исследование плода и околоплодных структур в плане I и II пренатального скрининга (в 12—14 недель и 16—18 недель гестации). При этом обращалось отдельное внимание на параметры, подтверждающие угрозу прерывания беременности. Таким образом выяснилось, что по сравнению с I группой у беременных во II группе в 3 раза чаще фиксировалось расширение внутреннего более 10 мм (16% против 5,1%), укорочение длины шейки матки менее 25 мм (22% против 7,2%) и нарушения расположения плаценты во втором триместре (низкое, краевое, частичное или полное предлежание) (28% против 10,2%). Кроме того, у женщин из I группы в 2 раза реже (7,2%), чем у женщин из II группы (16%), определялись признаки ретрохориальной гематомы. Учитывая клиническую картину угрозы выкидыша и данные влагалищного и ультразвукового исследования, у 15 беременных диагностирована ИЦН (10,1%), причем у беременной из II группы диагноз ИЦН выставлялся в 2,2 раза чаще.

Повторно проведено клинико-лабораторное обследование. В I группе у подавляющего большинства беременных (78%) выявлена I степень чистоты мазка, данный показатель приближался к аналогичному в группе сравнения (90%), в то время как во II группе мы наблюдали увеличение количества беременных с III степенью чистоты мазка в 2,4 раза (48%) ($p < 0,05$). В I группе у 2 беременных обнаружилась III степень чистоты мазка, эта ситуация в обоих случаях была связана с обострением вульвовагинального кандидоза. Кроме того, только во II группе выявлялась IV степень чистоты мазка (6%).

Анализ гемостазиограмм у беременных выявил следующие особенности: у женщин из I группы нарушение функции тромбоцитов во II триместре выявлялось в 2 раза реже (12,2%), повышение уровня фибриногена — в 3 раза реже (8,1%), повышение уровня ВА — в 2,5 раза реже (3,1%), чем в I триместре. Также у всех беременных из I группы нормализовался уровень Д-димера, показатель

АЧТВ, а повышенный уровень АФА выявлен только у 1 беременной (1%). Что касается гемостазиограммы беременных из II группы, все проверяемые показатели гемостаза существенно не изменились: повышенный уровень фибриногена (60%), Д-димера (10%), ВА (12%), АФА (8%) и гиперагрегация тромбоцитов (40%) ($p < 0,05$).

Полученные данные лабораторно-инструментального обследования позволили скорректировать индивидуально подобранные в I триместре схемы терапии женщинам основной группы. При этом отмечена четкая тенденция к снижению количества препаратов. У половины беременных из основной группы, страдающих запором, стул к началу II триместра нормализовался, а симптомов токсикоза ни у одной женщины выявлено не было.

Изучив течение II триместра, мы сделали вывод о том, что течение беременности у женщин II группы усугублялось в отсутствии лечения УПБ и своевременной коррекции возникающих осложнений беременности и в 4 раза чаще развивался рецидив УПБ, им в 3 раза чаще требовалась госпитализация в стационар. Наоборот, у женщин основной группы наблюдалось улучшение течения беременности, заметное улучшение самочувствия и восстановление трудоспособности. Это отражалось и на лабораторных данных — наблюдалось приближение показателей гемостаза, результатов микроскопии мазка на флору у женщин из I группы к аналогичным показателям в группе сравнения, что свидетельствовало о положительном влиянии своевременно начатого лечения УПБ и коррекции отклонений от физиологического течения беременности.

Течение III триместра беременности. Отсутствие должного наблюдения и своевременной коррекции УПБ и возникших осложнений нашло отражение в течении III триместра беременности (табл. 3).

Таблица 3

Течение III триместра беременности

Показатель		Угроза преждевременных родов	Бессимптомная бактериурия	Гестационный пиелонефрит	Анемия	Нарушения стула	ВСД	Гестоз	Стационарное лечение
I группа (получали терапию УПБ и др. ослож.) $n = 98$	абс.	9	5	3	12	5	7	10	8
	%	9,1*	5,1*	3,1*	12,2**	5,1*	7,1*	10,1*	8,2*
II группа (не получали терапию УПБ и др. ослож.) $n = 50$	абс.	16	12	10	16	22	8	13	4(36)
	%	32,0	24,0	10,1	32,0	44,0	16,0	40,8	8,0 (72,0)
Группа сравнения $n = 30$ (физиологическое течение бер.)	абс.	—	—	—	2	1	2	—	—
	%	—	—	—	6,6	3,3	6,6	—	—

Примечание: * — $p < 0,05$ (достоверность различий установлена по отношению ко II группе).

** — $p < 0,05$ (достоверность различий установлена по отношению ко II группе и к группе сравнения).

Угроза преждевременных родов в I группе возникла лишь у 9 женщин (9,1%), во II группе — в 3,5 раз чаще — у каждой 3 беременной (32%) ($p < 0,05$). У бере-

менных из II группы гестационный пиелонефрит диагностировался в 3 раза чаще (10,1% против 3,1%), бессимптомная бактериурия — в 5 раз чаще 24% против 5,1%), анемия — в 2,5 раза чаще (32% против 12,2%), нарушения стула — в 8 раз чаще (44% против 5,1%), чем у женщин из I группы ($p < 0,05$). По данным ряда авторов частота развития гестоза при невынашивании беременности достигает 23,5% (И.А. Амельхина, 2007). В нашем исследовании у 40,8% женщин из II группы беременность протекала на фоне гестоза — эта патология встречалась во II группе в 4 раза чаще, чем в I группе (10,1%) ($p < 0,05$). В I группе также наблюдалось увеличение количества беременных с гестозом (с 3,1% до 10,1%) и гестационным пиелонефритом (с 1% до 3,1%), тем не менее течение III триместра во II группе сопровождалось достоверно большим количеством осложнений.

Также проведено лабораторно-инструментальное обследование всех женщин. Оно подтвердило достоверные различия по многим параметрам между женщинами I и II групп. В то время как большинство результатов лабораторных исследований у женщин, получавших необходимую терапию с I триместра, приближались к таковым у женщин из группы сравнения, у которых беременность протекала физиологически, во II группе не наблюдалось положительной динамики или она была незначительной. В некоторых случаях выявлялось усугубление тяжести отклонений. К моменту родоразрешения I степень чистоты мазка была только у 48% женщин из II группы, в то время как в основной группе — у 87% ($p < 0,05$). Кроме того, только у женщин из II группы (12%) выявлена III степень чистоты мазка. Следует отметить, что в III триместре ни у одной из женщин не обнаружено IV степени чистоты мазка. В группе сравнения встречались I и II степень чистоты влагалища (90% и 10% соответственно).

При анализе коагулограмм установлено, что нарушение функции тромбоцитов у женщин из II группы выявлялось в 4,5 раза чаще (36%), чем у женщин из I группы (8,1%), повышение уровня фибриногена — в 8,8 раз чаще (44% против 8,1%), повышение уровня Д-димера — в 8 раз чаще (8% против 1%), повышенный уровень ВА и АФА различных классов — в 6 раз чаще (12% против 2%) ($p < 0,05$).

Стационарное лечение потребовалось 9 беременным из I группы (9,1%). Во II группе госпитализация требовалась большинству женщин (72%), но только 4 из них согласились на стационарное лечение (8%). Анализируя схемы лечения пациенток основной группы, мы отметили, что заметного увеличения количества пациенток, получающих антианемическую, антиагрегантную, антикоагулянтную терапию и внутривенную иммунотерапию не произошло, при этом отмечалось увеличение количества беременных (14,2%), которым проведен курс магнезиальной терапии (с целью токолиза или терапии гестоза). Санация влагалища перед родами по результатам микроскопии мазка на флору проведена каждой 10-й беременной из I группы.

Таким образом, у женщин с УПБ, которые находились под наблюдением и своевременно получавших терапию возникающих осложнений, продолжалась тенденция к нормализации течения беременности, причем по количеству некоторых осложнений беременные из I группы были сопоставимы с беременными

из группы сравнения, что подчеркивает важность своевременного начала терапии УПБ и других осложнений на ранних сроках гестации.

Также выявлено достоверное влияние УПБ в I триместре на развитие фетоплацентарной системы. Многие исследователи основным прогностическим критерием исхода беременности и родов при угрозе невынашивания считают функциональное состояние фетоплацентарного комплекса (Н.В. Машинец, 2004; Р.И. Шалина и соавт., 2004). По данным Н.И. Тапильской (2005), у 60% женщин, страдающих невынашиванием беременности, выявляются расстройства ФПС. В.М. Сидельникова (2007) настаивает на положении, что при длительно существующей угрозе прерывания беременности развитие синдрома хронической ФПН имеет место в 100% случаев. В нашем исследовании частота ФПН во II группе (36%) превысила аналогичный показатель I группы (11,2%) в 3,2 раза ($p < 0,05$). Диагноз фетоплацентарной недостаточности устанавливался по данным фето- и плацентометрии (табл. 4), а также доплерометрии кровотока в магистральных сосудах фетоплацентарного комплекса. В I группе в 2 случаях (2%) ФПН сочеталась с ЗРП, во II группе — у 4 женщин (8%) (табл. 4).

Таблица 4

Данные ультразвукового исследования в III триместре беременности

Показатель		Расширение внутреннего зева более 10 мм	Укорочение шейки матки менее 25 мм	Низкое и краевое расположение плаценты	Преждевременное созревание плаценты	Расширение межворсинчатого пространства	Многоводие	Маловодие	ФПН	СЗРП
I группа (получали терапию УПБ и др. ослож.) <i>n</i> = 98	абс.	5	7	8	3	3	9	2	11	2
	%	5,1*	7,2*	8,1*	3,1*	3,1	9,2*	2,0*	11,2*	2,0*
II группа (не получали терапию УПБ и др. ослож.) <i>n</i> = 50	абс.	8	15	6	16	3	10	5	18	4
	%	16,0	30,0	12,0	32,0	6,0	20,0	10,0	36,0	8,0
Группа сравнения <i>n</i> = 30 (физиологическое течение бер.)	абс.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	%	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Примечание: * — $p < 0,05$ (достоверность различий установлена по отношению к контрольной группе).

Анализируя все случаи задержки роста плода, мы выявили, что у беременных из I группы отмечалась ЗРП I ст. Во II группе ЗРП I ст. диагностирована у 2 женщин (4%), а у 2 женщин (4%) с тяжелым гестозом — ЗРП II—III ст. У 1 беременной из II группы (2%) выявлена патология пуповины, выражающаяся в единственной артерии, она сочеталась с ЗРП.

Кроме того, изучение фетоплацентарного комплекса проводилось с помощью кардиотокограмм, полученных на 33—34-й неделе гестации (табл. 5).

Данные доплерометрии и КТГ в III триместре беременности

Показатель		Гемодинамические нарушения IA ст.	Гемодинамические нарушения IB ст.	Гемодинамические нарушения II ст.	Начальные признаки гипоксии по данным КТГ	Выраженные признаки гипоксии по данным КТГ	Признаки гипоксии по данным КТГ не выявлены
I группа (получали терапию УПБ и др. осл-й) $n = 98$	абс.	8	6	—	4	—	94
	%	8,1*	6,1*	—	4,1*	—	96,0*
II группа (не получали терапию УПБ и др. осл-й) $n = 50$	абс.	10	8	2	6	2	34
	%	20,0	16,0	4,0	12,0	4,0	68,0
Группа сравнения $n = 30$ (физиологическое течение бер.)	абс.	—	—	—	—	—	—
	%	—	—	—	—	—	—

Примечание: * — $p < 0,05$ (достоверность различий установлена по отношению к контрольной группе).

В целом, оценивая все изменения ФПС (эхографические, гемодинамические изменения, нарушения ССС плода, БФП), мы получили данные о том, что у всех пациенток отставание фетометрических показателей сочеталось с другими изменениями в фетоплацентарном комплексе. Изолированные нарушения в системе «мать—плацента—плод» в 2,5 раза чаще наблюдались у женщин II группы. Сочетанные нарушения выявлялись только у беременных II группы (4%).

Течение и исход родов. Своевременные роды произошли у большинства (94,8%) женщин из I группы. Во II группе у каждой третьей беременной произошли преждевременные роды (28%) (рис. 1).

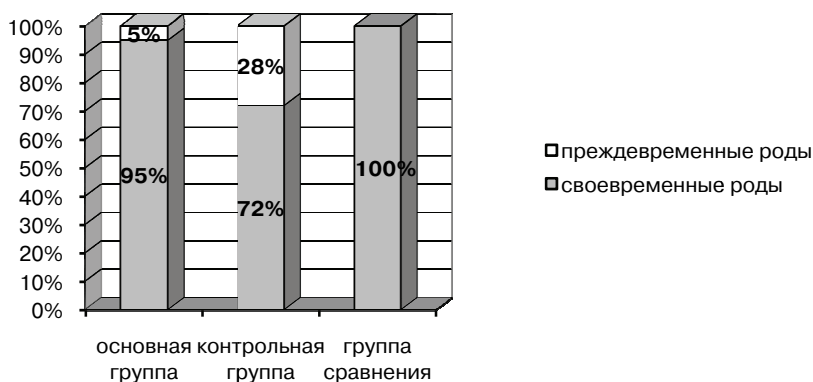


Рис. 1. Срок родов у исследуемых женщин

Частота преждевременных родов у данного контингента беременных составляет по разным источникам от 3,8% до 16% (Н.И. Тапильская, 2005; Р.И. Шалина, И.В. Амельхина, Е.Б. Херсонская, Е.М. Карачунская, 2004 и др.).

При исследовании течения и исхода своевременных родов в изучаемых группах получены следующие результаты (табл. 6).

Течение и исход родов

Показатель		ПИОВ	Патологический прелиминарный период	Аномалии родовой деятельности	ПОНРП	Хориоамнионит	Оперативное родоразрешение	Гипотоническое кровотечение	Нарушение целостности последа	Полное плотное прикрепление плаценты	Разрывы промежности II и III ст.	Субинволюция матки, лохиометра, эндометрит
I группа (получали терапию УПБ и др. ослож.) n = 98	абс.	25	18	8	1	1	21	1	3	1	8	5
	%	25,5*	18,3*	8,1*	1,0	1,0	21,4*	1*	3*	1*	8,1*	5*
II группа (не получали терапию УПБ и др. ослож.) n = 50	абс.	30	19	22	2	2	20	5	4	3	8	11
	%	60	38	44	4	4	40	10	8	6	16	22
Группа сравнения n = 30 (физиологическое течение бер.)	абс.	1	2	1	—	—	5	—	—	—	2	1
	%	3,3	6,6	3,3	—	—	16,6	—	—	—	6,7	3,3

Примечание: * — $p < 0,05$ (достоверность различий установлена по отношению к контрольной группе).

Во II группе в 2,4 раза чаще, чем в I группе (25,5%), наблюдалось преждевременное излитие околоплодных вод (60%). Патологический прелиминарный период наблюдался у 38% женщин из II группы, что в 2 раза чаще, чем в I группе (18,3%). Аномалии родовой деятельности (первичная и вторичная слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности) наблюдались почти у половины рожениц из II группы (44%), в то время как в I группе частота развития аномалий родовой деятельности не превышала 8% ($p < 0,05$).

Количество оперативных родов во II группе (40%) в 2 раза превысило аналогичный показатель в I группе (21,4%) ($p < 0,05$). При этом отличиями в показаниях для его проведения между пациентками I и II групп являлись не анатомические препятствия — узкий таз, рубец на матке и т.д, а осложнения, развившиеся в ходе настоящей беременности и родов — аномалии родовой деятельности, прогрессирующее гестоза, предлежание плаценты. В литературе отмечена высокая частота оперативного родоразрешения, достигающая 35%, у женщин, перенесших угрозу невынашивания (Р.И. Шалина и соавт., 2004).

Гипотоническое кровотечение наблюдалось у каждой 10-й женщины из II группы (10%), в то время как в I группе данное осложнение зарегистрировано только в единичном случае (1%) ($p < 0,05$). В последовом периоде у рожениц из II группы в 3,5 раза чаще диагностировались нарушение целостности последа и полное плотное прикрепление плаценты (8% и 6% соответственно), которые в дальнейшем обусловили необходимость ручного отделения последа и обследования стенок пос-

леродовой матки. С этим мы связываем достоверно большее количество таких осложнений послеродового периода, как субинволюция матки, лохиометра, послеродовый эндометрит у женщин из II группы (22%), по сравнению с I группой (5%) ($p < 0,05$). Кроме того, во II группе в 4 раза чаще роженицам проводилась вакуум-аспирация содержимого полости матки (20%), в I группе частота данной манипуляции составляла 5,1% ($p < 0,05$). Мы также отметили, что у женщин из II группы, роды которых проходили через естественные родовые пути, разрывы промежности II и III степени происходили в 2 раза чаще (16%), чем у женщин из I группы (8,1%).

Таким образом, УПБ в I триместре увеличивает риск возникновения рецидива УПБ во II и III триместрах и других осложнений беременности: тяжелого гестоза, и, как следствие, ФПН, приводящей к нарушению фетоплацентарной гемодинамики, гипоксии и ЗРП. Длительная угроза прерывания беременности отражается и на инструментально-лабораторных данных: изменения показателей коагулограммы (нарушение функций тромбоцитов, повышение уровня фибриногена и Д-димера), УЗИ. Это является основанием для назначения комплексной терапии УПБ и других осложнений на ранних сроках гестации. Беременность женщин с УПБ в I триместре, не получающих своевременную терапию осложнений гестации на ранних сроках, характеризуется достоверным увеличением осложнений при дальнейшем течении беременности: на ранних сроках — рецидивы УПБ, тяжелый токсикоз, нарушения стула, на поздних сроках — угроза преждевременных родов, гестационный пиелонефрит, анемия, гестоз. У женщин с УПБ в I триместре, не получавших своевременную и адекватную терапию возникших осложнений гестации, достоверно чаще наблюдаются осложнения родов: в 6 раз чаще отмечается патологический прелиминарный период, в 5,5 раз чаще регистрируются аномалии родовой деятельности, больше чем у половины женщин наблюдается ПИОВ а также в 2,8 раз чаще происходят преждевременные роды, осложнения в последовом и послеродовом периоде: гипотоническое кровотечение, нарушение целостности последа, полное плотное прикрепление плаценты, разрывы промежности, субинволюция матки, лохиометра и эндометрит. Кроме того, этих беременных в 2 раза чаще родоразрешают путем операции кесарево сечение. Течение беременности женщин с УПБ в I триместре, получавших комплексную терапию возникших осложнений, улучшается, данные лабораторно-инструментального обследования и количество осложнений родов, последового и послеродового периодов приближаются к таковым при физиологическом течении беременности.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Амельхина И.В.* Длительная угроза прерывания беременности. Ближайшие и отдаленные результаты развития детей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2007.
- [2] *Баймурадова С.М.* Патогенез, принципы диагностики, профилактики и терапии синдрома потери плода, обусловленного приобретенными и генетическими дефектами гемостаза: Дисс. ... докт. мед. наук. — М., 2007.
- [3] *Оразмурадов А.А., Кибардина Н.В., Князев С.А. и др.* Современные возможности прогнозирования перинатальной заболеваемости // Вестник РУДН. Серия «Медицина». — 2010. — № 5. — С. 13.

- [4] Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Кориунова Л.П. Перспективные пути патогенетически обоснованной профилактики и лечения фетоплацентарной недостаточности // Русский медицинский журнал. — 2007. — № 4. — С. 325—328.
- [5] Сидельникова В.М. Невынашивание беременности — современный взгляд на проблему // Рос. Вестн. Акуш.-гинекол. — 2007. — № 2. — С. 62—64.
- [6] Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. Максимум информации — минимум опасности для матери и младенца. — М.: Эксмо, 2009. — С. 3.
- [7] Радзинский В.Е., Князев С.А., Оразмурадова Л.Д. Биоценозы гениталий при угрожающем невынашивании и преждевременных родах // Вестник РУДН. Серия «Медицина». — 2009. — № 6. — С. 364—373.
- [8] Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. — Изд. Медиабюро Статус презенс, 2011.
- [9] Репродуктивное здоровье: Учеб. пособ. / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: РУДН, 2011.
- [10] Тетруашвили Н.К. Ранние потери беременности (иммунологические аспекты, пути профилактики и терапии): Дисс. ... докт. мед. наук. — М., 2008.
- [11] Arck P.C., Rucke M., Rose M. et al. Early risk factors for miscarriage: a prospective cohort study in pregnant women // *Reprod. Biomed. Online*. — 2008. — Vol. 17(1). — P. 101—113.
- [12] Dadkhah F., Kashanian M., Eliasi G. A comparison between the pregnancy outcome in women both with or without threatened abortion // *Early Hum. Dev.* — 2010. — Vol. 86(3). — P. 193—196.
- [13] Lykke J.A., Dideriksen K.L., Lidegaard O. et al. First-trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy // *Obstet. Gynecol.* — 2010. — Vol. 115(5). — P. 935—944.
- [14] Saraswat L., Bhattacharya S., Maheshwari A. et al. Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review // *BJOG*. — 2010. — Vol. 117(3). — P. 245—257.
- [15] Toth B., Jeschke U., Rogenhofer N. et al. Recurrent miscarriage: current concepts in diagnosis and treatment // *J. Reprod. Immunol.* — 2010. — Vol. 85(1). — P. 25—32.

OUTCOMES OF PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH THREATED MISCARRIAGE IN THE FIRST TRIMESTER

**A.A. Dzhabieva, A.V. Dzhabiev,
I.M. Ordiyants**

Department of Obstetrics and Gynecology
with the course of Perinathology
Medical Faculty

Peoples Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

An analysis of pregnancy in women who have had a threatened miscarriage in the I trimester. Also analyzed the course and outcome of births to these women. Denotes the importance of timely registration with the pregnancy and correction of complications of gestation.

Key words: miscarriage, threatened miscarriage, fetoplacental insufficiency, premature birth.