

Особенности течения беременности у женщин группы высокого риска с эндокринными факторами привычного невынашивания беременности

Коровникова О.В.¹, Обоскалова Т.А.², Шабарчина Ю.А.¹, Карпина А.А.¹

¹МУТКБ№40 г. Екатеринбурга, акушерское отделение Центра планирования семьи и репродукции

²Управление здравоохранения администрации г. Екатеринбурга

Происходящее в последние годы снижение рождаемости повышает ценность каждой наступившей беременности. В Российской Федерации ежегодно самопроизвольно прерывается около 17000 беременностей, что составляет 15-20% всех клинически диагностируемых беременностей, 5-6% родов происходят досрочно, рождается около 11.000 недоношенных детей [3, 4]. 75-80% выкидышей происходит в сроке до 12 недель беременности. Риск потери беременности после первого прерывания составляет 13-17% и соответствует частоте спорадического выкидыша в популяции, после 2-го самопроизвольного прерывания беременности риск равен 36-38%, после 3-го - 40-45% [1, 5].

Этиология невынашивания беременности разнообразна и зависит от многочисленных факторов, действующих одновременно или последовательно. По данным ВОЗ, эндокринные причины невынашивания беременности составляют 8-20%. Одним из факторов является гиполютеиновое состояние, выявляемое у 85% женщин с прерыванием беременности в анамнезе [2, 5].

Причины формирования недостаточности лютеиновой фазы (НЛФ) у пациенток с невынашиванием беременности чаще всего обусловлены гиперсекрецией лютеинизирующего гормона, гипосекрецией фолликулостимулирующего гормона в I фазу цикла, гипозестрогенией, гиперандрогенией, поражением рецепторного аппарата эндометрия [5]. В этой связи существенное место в профилактике патологии плода и новорожденного занимает прегравидарная подготовка, заключающаяся в коррекции эндокринных и иммунологических расстройств, выявлении и санации очагов инфекции, хирургической

коррекции органической патологии матки и позволяющая уменьшить риск самопроизвольного прерывания беременности, снизить число преждевременных родов, фето-плацентарной недостаточности [4].

Цель исследования

Изучить особенности течения гестационного процесса, исходы беременности у пациенток с эндокринными формами привычного невынашивания беременности и состояние здоровья новорожденных.

Материалы и методы

В Екатеринбурге в течение 10 лет действует и постоянно совершенствуется система перинатальных технологий, направленная на предотвращение тяжелых осложнений гестационного процесса, в частности, невынашивания беременности.

Структура оказания помощи представлена женскими консультациями, Центрами охраны репродуктивного здоровья (ЦОРЗ), к которым относятся городской Центр планирования семьи и репродукции (ЦПСИР) и Екатеринбургский консультативно-диагностический центр, родильными домами, отделениями реанимации и патологии новорожденных.

Оказание помощи беременным начинается с их сортировки по группам риска в женской консультации и отбора контингента наиболее высокого риска для наблюдения в ЦОРЗ.

Обследованы 317 женщин с привычным невынашиванием беременности эндокринного генеза, наблюдавшихся в акушерском отделении ЦПСИР г. Екатеринбурга. В качестве сравнения брались среднестатистические показатели среди женщин, наблюдавшихся в женских консультациях города.

Результаты и обсуждение

Возраст женщин исследуемой группы составил 25-37 лет. Угрожаемыми на невынашивание были 100% пациенток исследуемой группы. В популяции беременных Екатеринбурга угрожаемыми на невынашивание беременности по различным причинам были 41,5% женщин.

Анамнез 213 женщин (67,1%) был отягощен бесплодием: первичное бесплодие встречалось в 41% случаев, вторичное - в 26,1%. У 235 пациенток (74,4%) отмечен гипоменструальный синдром в виде олиго-, гипо-, дисменореи, позднего менархе, дисменореи. Среди всех обратившихся в 2003 году в женские консультации женщин диагноз гипоменструального синдрома был поставлен у 32,3% женщин [8]. У 27 женщин (8,5%) изучаемой группы выявлен гипоталамический синдром. У 32 женщин (10%) в анамнезе имели место ювенильные кровотечения, а у 73 (22,9%) - дисфункциональные маточные кровотечения репродуктивного периода. Гиперпролактинемия функционального и опухолевого генеза до беременности наблюдалась у 38 женщин (12%).

Данные клинического осмотра позволили диагностировать общий и генитальный инфантилизм у 122 женщин (38,5%), который проявлялся астеническим типом телосложения, гипоплазией молочных желез, бледной окраской сосков и ареолы, высокой промежностью, гипоплазией тела матки и элонгацией шейки матки. Аномалии развития половых органов в виде седловидной матки, двурогой матки, двойной матки, перегородки влагалища выявлены у 11 женщин (3,5%). Миома матки обнаружена у 42 женщин (13,2%).

Частота экстрагенитальной патологии в обследуемой группе беременных распределилась следующим образом: сердечно-сосудистая патология встречалась у 134 женщин (42,4%), заболевания желудочно-кишечного тракта также у 134 пациенток (42,4%), заболевания почек - у 98 (30,9%), патология эндокринной системы у 27 (8,5%), заболевания легких у 12 женщин (3,7%).

Течение беременности у данной группы женщин осложнилось угрозой прерывания беременности в 75,6% случаев - 240 женщин. Беременность прервалась у 31 женщины (9,8%), из них в I триместре у 27 (87%). Незрелая беременность была диагностирована у 17 женщин исследуемой группы, что составило 54,2%, в то время как в популяции всех беременных города в этом сроке прерывается 40,4% беременностей, что указывает на глубину поражения репродуктивной и смежных с ней систем у пациенток

ЦПСиР. Во II триместре беременность прервалась у 4 женщин (13%), а в женских консультациях - у 38,4%. Этот факт свидетельствует об эффективности медицинских технологий, применяющихся в ЦПСиР.

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) сформировалась у 62 женщин (19,6%), из них подверглись успешному консервативному лечению 32 женщины (51,6%), оперативное лечение путем наложения шва на шейку матки применили 26 беременным (41,9%). В Екатеринбурге ИЦН, как основная причина невынашивания беременности встречается в 9,3% случаев, тогда как в данной группе ИЦН послужила причиной прерывания 13% беременностей. Причинами функциональной формы ИЦН может быть врожденная неполноценность миометрия, гестагенная и отчасти эстрогенная недостаточность [8]. В настоящее время наметилась тенденция к более позднему формированию ИЦН, поэтому необходимо дополнительное контроль состояния шейки матки в сроке 22-24 недели беременности.

Среди осложнений течения беременности на первый план выступили гестоз - у 242 (84,6%) беременных (по городу - 36%) и хроническая фетоплацентарная недостаточность (ФПН) - у 197 (69%) беременных, несмотря на проводимые профилактические мероприятия. В популяции родильных домов города частота ФПН составила 43,0%. Эти данные подтверждают, что синдром фето-плацентарной недостаточности является мультифакториальной патологией, связанной с заболеваниями матери, плода и плаценты и более выражен у беременных группы высокого риска. Исходами ФПН становятся задержка внутриутробного развития плода, несвоевременное прерывание беременности и преждевременные роды.

Клинико-лабораторные данные свидетельствуют о значительных отклонениях в функции эндокринных органов у пациенток изучаемых групп. При осмотре кожных покровов обращали на себя внимание сухость, бледность и низкая эластичность у 74 женщин (23,3%). Напротив, повышенная сальность кожи, acne vulgaris, стрии различной степени окрашивания наблюдались у 61 женщины (19,2%). Всем женщинам были рассчитаны ИМТ и гирсутное число. Обследуемая группа по ИМТ распределилась следующим образом: ИМТ до 20 - у 29 женщин (9,1%), ИМТ 20-25 - у 240 женщин (75,7%), ИМТ 26-40 - у 41 женщины (12,9%), ИМТ более 40 (морбидный тип ожирения) - у 7 женщин (2,2%). Причем распределение жировой клетчатки отмечалось как по гипофизарному, так и по яичниковому

типу. Гирсутное число колебалось от 6 до 28 и в среднем составило $13 \pm 0,8$.

При оценке лабораторных данных выявлена гиперандрогения яичникового генеза у 48 женщин (15,2%), гиперандрогения надпочечникового генеза - у 16 женщин (5,04%), гиперандрогения смешанного генеза - у 43 женщин (13,5%), нарушение функции щитовидной железы (субклинический гипотиреоз, манифестный гипотиреоз, гестационный тиреотоксикоз) - у 35 женщин (11%), гестационный сахарный диабет развился у 14 (4,4%) женщин.

Приведенные данные говорят о значительном функциональном напряжении всех органов и систем во время беременности у скомпрометированных в эндокринологическом плане женщин. Имеющиеся до беременности нарушения в репродуктивной системе могут протекать субклинически и стать причиной невынашивания беременности, наступившей после лечения [3]. Даже проведенная терапия, способствующая наступлению беременности, не дает порою достаточного эстроген - гестагенного влияния на репродуктивную систему во время вынашивания беременности, поэтому наступившая беременность в этой группе женщин имеет осложненное течение уже в ранние сроки гестации [8], а выяснение причин привычной потери беременности является чрезвычайно важным с практической точки зрения [2]. Зная причины и понимая патогенез прерывания беременности, можно более успешно проводить патогенетическую терапию, в противном случае лечение становится симптоматическим и часто неэффективным [7]. Для оптимизации ведения беременности у пациенток с привычным невынашиванием нами разработан диагностический тактический алгоритм, успешно применяющийся как в ЦПСИР, так и в женских консультациях г. Екатеринбурга (Приложение 1).

Несмотря на высокий риск осложнений, беременность в исследуемой группе удалось сохранить у 90,2% женщин, в популяции - у 97,4%. Срочные роды прошли у 269 беременных - 94,3% случаев, по данным женских консультаций - 95,7%. Нарушения сократительной деятельности матки в виде первичной и вторичной слабости и дискоординации родовой деятельности отмечены у 90 женщин (31,5%), в то время как в родильных домах города этот показатель составил 4,6%, что указывает на про-должающееся негативное влияние факторов риска и во время родов. Этим обусловлена более высокая частота родоразрешения путем операции кесарева сечения в исследуемой

группе - 75 случаев (27,7%), в популяции в 2004 году - 18,4%. Преждевременные роды прошли у 16 женщин и составили 5,6%, по женским консультациям г. Екатеринбурга эта цифра в 2004 году равнялась 3,0%. Разница в показателе обусловлена большой долей индуцирования родов до срока ввиду тяжелой экстрагенитальной или перинатальной патологии у беременных высокого риска.

Анализ исходов беременности для новорожденных показал, что при спонтанных родах острая гипоксия возникла у 23 новорожденных (8,0%), перинатальные поражения центральной нервной системы (ППЦНС) - у 137 детей (47,9%). 74 ребенка были переведены на II этап выхаживания, что составило 25,8%. При этом у детей, рожденных путем операции кесарева сечения, острая гипоксия наблюдалась у 7 новорожденных (2,4%), ППЦНС - у 62 (21,6%), переведено на II этап 40 детей (13,9%), что указывает на необходимость более взвешенного подхода к акушерской тактике во время родов.

Таким образом, наш опыт показывает, что эффективная помощь беременным с привычным невынашиванием возможна при условии рациональной организации акушерской и гинекологической помощи на всех этапах: прегравидарной подготовки, в течение беременности, во время и после родоразрешения.

Выводы

1. Многокомпонентность патогенеза позволяет рассматривать эндокринное невынашивание беременности как системную патологию целостного организма, определяемую состоянием репродуктивной системы и стыкующихся с ней систем. Для таких пациенток характерна значительная частота угрозы прерывания беременности, ИЦН, различных форм гестоза и ФПН по сравнению с популяцией.

2. Важна дородовая госпитализация, прогнозирование исходов родов и выбор надежного метода родоразрешения.

3. Учитывая проблемы в постнатальной адаптации новорожденных и высокую частоту возникновения гипоксически-ишемических нарушений центральной нервной системы у них, необходимо оптимизировать тактику ведения родов, в том числе по показаниям своевременно выполняя оперативное родоразрешение.

4. Для сохранения репродуктивного здоровья женщины после завершения беременности необходимо продолжение реабилитационных мероприятий в послеродовом периоде.

Приложение 1

Алгоритм профилактики и лечения привычного невынашивания беременности

1. Преконцепционная подготовка:
 - оценка анамнеза рождения и жизни;
 - оценка характера менструальной функции, начиная с менархе, оценка детородной функции;
 - общий осмотр, выявление гинекологической и экстрагенитальной патологии;
 - исследование гормонального статуса, (проведение функциональных проб, тестов функциональной диагностики);
 - Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза для оценки состояния матки, эндометрия и яичников;
 - бактериологическое и вирусологическое обследование отделяемого половых путей, по показаниям - мочи, крови;
 - гистероскопия с прицельным выскабливанием эндометрия и морфологической оценкой биоптатов (по показаниям);
 - гистеросальпингография и лапароскопия с оценкой состояния труб, матки, эндометрия (по показаниям);
 - рентгенологическое исследование черепа и турецкого седла;
 - магнитно-резонансная томография гипофиза с контрастированием (по показаниям);
 - осмотр глазного дна и измерение цветных полей зрения;
 - исследование иммунного статуса; гемостазиограмма;
 - консультирование у генетика, исследование кариотипа (по показаниям);
 - обследование мужа у андролога.
2. Постановка диагноза и проведение консилиума акушеров-гинекологов со смежными специалистами о возможности вынашивания беременности.
3. Медикаментозная подготовка проводится комплексно и включает в себя общеукрепляющую терапию, санацию очагов инфекции, коррекцию гормональных и иммунных нарушений, нормализацию гемостаза, хирургическое лечение аномалий развития и органической патологии половой системы.
4. Ведение беременности.
 - I триместр:
 - общеклиническое обследование по стандарту, предусмотренному приказом №50 МЗ Российской Федерации;
 - исследование эндокринного статуса (тиреоидная группа гормонов, андрогены, прогестерон);
 - обследование методами полимеразной цепной реакции (ПЦР) и иммуноферментного

- анализа (ИФА) на предмет выявления цитомегаловирусной, герпетической, токсоплазменной инфекции;
- ПЦР-диагностика хламидиоза, уреа- и микоплазмоза;
 - микроскопическая и микробиологическая диагностика инфекций, передаваемых половым путем (ИППП);
 - Исследование маркеров хромосомной и врожденной патологии;
 - ультразвуковое исследование (УЗИ); гинекологический осмотр;
 - кольпоскопия с прицельным взятием мазков на онкоцитологию;
 - консультация специалистами (терапевт, окулист, ЛОР, хирург, эндокринолог, маммолог, стоматолог, психолог, по показаниям - генетик, иммунолог, дерматовенеролог);
 - исследование системы гемостаза;
 - выявление антифосфолипидного синдрома;
 - патогенетическое лечение с учетом этиологических факторов перинатальных потерь и привычного невынашивания, а также курсы профилактической метаболической и антиоксидантной терапии.

II триместр:

- общеклиническое обследование в 20 недель по стандарту, предусмотренному приказом №50 МЗ Российской Федерации;
- исследование маркеров хромосомной и врожденной патологии;
- ультразвуковое исследование (УЗИ);
- доплерометрия сосудов матки и пуповины в 22-24 недели;
- гинекологический осмотр для оценки состояния шейки матки и наружного зева;
- консультация специалистами (терапевт, окулист, генетик);
- кордоцентез по генетическим показаниям;
- исследование плацентарного лактогена и трофобластического глобулина;
- консультация специалистами перинатального консилиума для определения тактики ведения беременной;
- патогенетическое лечение с учетом этиологических факторов перинатальных потерь и привычного невынашивания, а также курсы профилактической метаболической и антиоксидантной терапии.

III триместр:

- общеклиническое обследование в 30 недель по стандарту, предусмотренному приказом №50 МЗ Российской Федерации;
- ультразвуковое исследование (УЗИ);
- доплерометрия сосудов матки и пуповины в 32-34 недели;

- кардиотохограмма плода в динамике с 32 недель с интервалом 2 недели;
- исследование плацентарного лактогена и трофобластического глобулина;
- гинекологический осмотр в 38 недель для оценки состояния шейки матки;
- микроскопическая диагностика инфекций, передающихся половым путем (ИППП);
- исследование мазков на онкоцитологию;
- консультация специалистами Перинатального консилиума для определения срока, метода и места родоразрешения;
- патогенетическая терапия с учетом

этиологических факторов перинатальных потерь и привычного невынашивания, а также курсы профилактической метаболической и антиоксидантной терапии.

5. Ведение послеродового периода:

- оценка исхода родов для плода и матери;
- консультация смежными специалистами;
- предпочтительно грудное вскармливание ребенка;
- коррекция осложнений послеродового периода;
- индивидуальный подбор метода послеродовой контрацепции.

Литература

1. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г. Этиопатогенез невынашивания беременности // Журнал акушерства и женских болезней.-2004.-№1.-С. 37-41.
3. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В., Беженарь В.Ф., Бераев И.В. - Невынашивание беременности - СПб.-1999.- 60с.
4. Кулаков В.И., Сидельникова В.М. К вопросу о патогенезе привычного выкидыша // Акуш. и гин.- 1996.-№ 4.-С 3-4.
5. Серов В.Н. - Профилактика осложнений беременности и родов // Трудный пациент.- 2004.-№ 6.- том 2.-С 15-20.
6. Сидельникова В.М. - Неполноценная лютеиновая фаза и роль гестагенов в терапии привычной потери беременности // Трудный пациент.- 2004.- 6.-том 2.-С 21-23.