

Самигуллина А.Э., Кушубекова А.К.

ЗАМАНБАП АКУШЕРДИКТЕ БОЮНАН ТҮШҮҮ КӨЙГӨЙҮ  
(адабиятка сереп)

Самигуллина А.Э., Кушубекова А.К.

ПРОБЛЕМА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СОВРЕМЕННОМ  
АКУШЕРСТВЕ (обзор литературы)

А.Е. Samigullina, А.К. Kushubekova

THE PROBLEM OF ABORTION IN MODERN OBSTETRICS  
(survey of literature)

УДК: 618.3-06:618.333-008.9

*Макалада боюнан түшүү көйгөйү жана анын азыркы акушердиктеги ролу жөнүндө адабияттардагы маалыматтарды жалпылоо анализи берилген.*

**Негизги сөздөр:** боюнан түшүү, өнөкөт боюнан түшүү, өнүкпөгөн кош бойлуулук, убагынан мурда төрөө, боюнан түшүү предикторлору.

*В статье предоставлен обобщающий анализ литературных данных о проблеме невынашивания беременности и его роли в современном акушерстве.*

**Ключевые слова:** невынашивание беременности, привычное невынашивание, неразвивающаяся беременность, преждевременные роды, предикторы невынашивания.

*The article presents the generalized literature data on the problem of abortion and its role in modern obstetrics.*

**Key words:** miscarriage, habitual miscarriage, missed miscarriage, premature birth, predictors of miscarriage.

Невынашивание беременности (НБ) является одним из наиболее часто встречающихся полиэтиологических осложнений беременности [1]. Несмотря на многочисленные исследования в этой области, частота данной патологии стабильно высокая. НБ называют ее прерывание от момента зачатия до 37 полных недель (259 дней от последней менструации). Желанная беременность в 15-20% случаев заканчивается досрочным спонтанным прерыванием, причем до 75% всех репродуктивных потерь, связанных с НБ, приходится на эмбриональный период [2].

По данным различных специалистов, до 23% диагностированных беременностей завершается спонтанным абортom. Кроме того, существует термин «синдром потери плода», клиническими критериями которого являются один или более самопроизвольных выкидышей на сроке 10 недель и более [3].

Этиология невынашивания беременности чрезвычайно сложна, разнообразна и зависит от многих факторов. Центральную роль в данной патологии играет процесс взаимодействия бластоцисты с эндометрием матери. К числу факторов, нарушающих нормальное течение имплантации и плацентации, относятся гормональные, аутоиммунные, аллоиммунные и анатомические. НБ возникает вследствие патологии матки (пороки развития, синехии в полости матки, истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН),

миома матки, гипоплазия матки), генетических факторов (носительство родителями сбалансированных хромосомных мутаций), эндокринных нарушений (недостаточность желтого тела, андрогенемия надпочечникового и яичникового генеза), инфекций, интоксикаций, соматических заболеваний, психогенных факторов и иммунных нарушений [4]. Большинство причин достаточно хорошо изучены, при этом разработаны алгоритмы их диагностики и лечения. Однако, по разным данным авторов, в 20-40% случаев причина потери беременности остается до конца неясной [5].

В своей работе Серова О.Ф. с соавт. (2003) отмечают, что из клинической практики известны многочисленные ранние предикторы невынашивания: инфекционные заболевания мочеполовых путей, гемокоагуляционные факторы (повышенные уровни гомоцистеина, склонность к тромбофилии), в том числе приобретенные и генетические (антифосфолипидный синдром, мутации фактора V Лейден, протромбина, PAI-1, GP IIIA, FGB, FXI, MTHFR/MTRR, тромбогенные ДНК-полиморфизмы генов и др.), спазмофилия (повышенный тонус матки).

Установлено, что риск потери последующей беременности после первого выкидыша составляет 13-17% – это соответствует частоте спорадического выкидыша в популяции, тогда как после 2 предшествующих самопроизвольных прерываний риск потери желанной беременности возрастает более чем в 2 раза и составляет 36-38% [6]. Согласно определению ВОЗ, привычным выкидышем принято считать наличие в анамнезе у женщины подряд 3 и более самопроизвольных прерываний беременности в срок до 22 недель [7].

В последние два десятилетия доказано, что в значительной части случаев привычное невынашивание беременности является следствием наследственных и приобретенных нарушений в системе гемостаза. Результаты ретроспективного исследования группы женщин с семейной историей тромбоза (ЕРСОТ), показали, что у женщин с тромбофилией относительный риск потери плода увеличивается на 35%. Наибольший риск отмечается при комбинированных дефектах - 14,3 раза, и при дефиците антитромбина - 5,2 раза [8].

Несмотря на многочисленные публикации, посвященные данной теме, авторы продолжают отмечать, что частота НБ в России все еще достаточно высока и составляет от 15 до 23% всех зарегистрированных беременностей, при этом около 50% выкидышей приходится на долю привычного невынашивания беременности [9].

При этом авторы обращают пристальное внимание проблеме неразвивающейся беременности (missed abortion) - ранняя внутриутробная гибель и задержка плода в полости матки. В научной литературе в качестве синонимов данных терминов используются понятия «несостоявшийся выкидыш» или «замершая беременность». Несмотря на интенсивное изучение данной проблемы, по-прежнему частота невыясненных причин НБ остается высокой (26-66%), что не может не сказаться на результатах лечения больных [10].

Причины замершей беременности многочисленны и нередко комплексны. Однако комплексное обследование пациенток после неразвивающейся беременности, в том числе как основы для составления программы последующей прегравидарной подготовки, является важным и требует тщательного анализа полученных результатов. Высокий уровень гомоцистеина (ГЦ), который был описан как фактор риска атеросклероза, может служить фактором, ассоциированным с развитием акушерских осложнений, таких как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, преэклампсия, преждевременные роды, а также с привычным невынашиванием беременности [11]. При этом авторы отмечают, что гипергомоцистеинемия (ГГЦ) является значимым фактором риска невынашивания беременности в популяции [12].

Преждевременные роды составляют от 5-10% всех родов в мире, и этот показатель имеет постоянную тенденцию к росту [13]. Преждевременные роды являются медицинской и социальной проблемой, так, на долю недоношенных детей приходится до 80% случаев ранней неонатальной смертности, 50% неврологических заболеваний и хронических заболеваний легких. Мертворождение при преждевременных родах встречается в 8-13 раз чаще, чем при своевременных [14]. По критериям ВОЗ преждевременными называются роды в сроке гестации от 22 до 37 нед (259 дней) и с массой плода от 500 до 2500 г. В связи с отсутствием специфической симптоматики диагностика преждевременных родов затруднена [15]. При этом ежегодно во всем мире тяжелые формы структурных врожденных дефектов отмечаются примерно у 3% из 135 млн. новорожденных, т.е. каждый год рождается примерно 4 млн., а каждый день – около 11 100 детей с аномалиями развития. На сегодняшний день эта патология относится к основным причинам детской смертности и инвалидности в индустриальных странах [16].

В последние годы авторами уделяется большое внимание именно генетическим детерминированным

формам тромбофилии [17]. Доказанным фактором риска НБ является тромбофилия [18]. Последствия развития ГГЦ во время беременности – привычная потеря плода, инфаркты и отслойка материнской части плаценты, гестозы, пороки внутриутробного развития плода (анэнцефалия, врожденные пороки сердца, spina bifida), хроническая плацентарная недостаточность, исходом которой являются внутриматочная задержка развития плода, хроническая гипоксия и возможная гибель плода [19].

Таким образом, ГГЦ является одним из факторов риска привычной потери плода и нарушения тромбоцитарного звена гемостаза. Авторы рекомендуют, что определение уровня гомоцистеина (ГЦ) должно быть включено в прегравидарную подготовку всем женщинам с привычным невынашиванием беременности, а контроль уровня ГЦ необходимо осуществлять пациенткам с ГГЦ неоднократно в каждом триместре беременности [20].

#### Литература:

1. Серова О.Ф. Эндометриальные белки как критерий морфофункциональной полноценности эндометрия у женщин с невынашиванием беременности в анамнезе [Текст] / О.Ф. Серова, Н.В. Зароченцева, В.А. Туманова, Л.И. Титченко, А.П. Милованов, М.Н. Болтовская // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2003. - С. 3.
2. Скворцова М.Ю. Профилактика репродуктивных потерь и осложнений гестации у пациенток с невынашиванием беременности [Текст] / М.Ю. Скворцова, Н.М. Подзолкова // Гинекология. - 2010. - №1. - С. 40-42.
3. Цейцель Э.И. Первичная профилактика врожденных дефектов: поливитамины или фолиевая кислота [Текст] / Э.И. Цейцель // Гинекология. - 2012 г. - №21. - С. 1122.
4. Торчинов А.М. Проблема потери беременности - диагностика, ведение беременности, лечение и прогнозы на современном этапе развития акушерства (обзор литературы) [Текст] / А.М. Торчинов, Г.Л. Умаханов, Г.Н. Доронин // Лечащий врач. - 2013. - №9. Ссылка: <https://www.lvrach.ru/2013/09/15435812/>.
5. Доброхотова Ю.Э. Роль гипергомоцистеинемии в генезе неразвивающейся беременности и начавшегося выкидыша [Текст] / Ю.Э. Доброхотова, Г.Т. Сухих, Л.З. Файзуллин, Т.Б. Очан, Э.М. Джобава // Мать и дитя. - 2005. - №17. - С. 1110-1112.
6. Аржанова О.Н. Гипергомоцистеинемия у женщин с привычным невынашиванием беременности [Текст] / О.Н. Аржанова, Е.А. Алябьева, Т.Н. Шляхтенко // Гинекология. - 2009. - №05. - С. 53-55.
7. Тетрашвили Н.К. Использование цитрата магния позволяет осуществлять профилактику преждевременных родов у беременных с высоким риском невынашивания [Текст] / Н.К. Тетрашвили, О.А. Громова, В.Н. Серов // Гинекология. - 2012. - № 17. - С. 846-852.
8. Хизроева Д.Х. Антифосфолипидный синдром в акушерской практике [Текст] / Д.Х. Хизроева, В. О. Бицадзе, Н. А. Макацария // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии: Научно-практический журнал. - 2013. - Том 12. - N1. - С. 64-74.
9. Шмелева В.М. Гипергомоцистеинемия – независимый и значимый фактор риска привычного невынашивания беременности в северо-западном регионе России [Текст] / В.М. Шмелева, Л.П. Папаян, С.И. Капустин с

- соавт. // Журнал акушерства и женских болезней. - 2011. - Т. LX. - №3. - С. 169.
10. Трифонова Е. А. Гомоцистеин, полиморфизмы гена MTHFR и осложнения беременности [Текст] / Е.А. Трифонова, Т.В. Габидулина, Т.А. Агаркова, Н.А. Габитова, В.А. Степанов // Акушерство и гинекология. - 2011. - №2. - С. 8-15.
  11. Николаева А.Е. Наследственная тромбофилия (фактор V Лейден) и привычное невынашивание беременности (случай из практики) [Текст] / А.Е. Николаева, Ф.Р. Кутуева, Л.П. Папаян, Н.Н. Силина, В.М. Шмелева, С.И. Капустина // Тромбоз, гемостаз и реология. - 2010. - №2. - С. 72-76.
  12. Курцер М.А. Фолацин в комплексной прегравидарной подготовке и терапии привычного невынашивания беременности у женщин с гипергомоцистеинемией [Текст] / М.А. Курцер, Е.Э. Гродницкая, М.Б. Шамова, А.В. Лобова // проблемы репродукции. - 2010. - №2. - С. 87-91.
  13. Цыбиков Н.Н. Влияние гипергомоцистеинемии на систему гемостаза [Текст] / Н.Н. Цыбиков, Н.М. Цыбикова // Тромбоз гемостаз и реология. - 2007. - №4. - С. 9-13.
  14. Аржанова О.Н. Гипергомоцистеинемия у женщин с привычным невынашиванием [Текст] / О.Н. Аржанова, Е.А. Алябьева, Т.Н. Шляхтенко // РМЖ. - 2010. - №4. - С. 168.
  15. Торчинов А.М. Проблема потери беременности – диагностика, ведение беременности, лечение и прогнозы на современном этапе развития акушерства (обзор литературы) [Текст] / А.М. Торчинов, М.М. Умаханова, Г.Л. Доронина, Г.Н. Джонбобоева, М.Г. Рон // Лечащий врач. - 2013. - №9. - С. 85.
  16. Истратов В.Г. Клинические и патогенетические аспекты неразвивающейся беременности [Текст] / В.Г. Истратов, Т.В. Золотухина, В.В. Кузнецов, Н.М. Подзолкова, М.С. Соколова, М.Ю. Кириллов, Б.Б. Мукова // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2003. - №2. - С. 40-44.
  17. Адамчик А.С. Генетические факторы риска тромбофилии у женщин репродуктивного возраста в Краснодарском крае [Текст] / А.С. Адамчик, Д.И. Панченко // Акушерство, гинекология и репродуктология. - 2015. - №1. - С. 59-62.
  18. Сухих Г.Т. Роль гемостазиологических нарушений в генезе невынашивания беременности (обзор литературы) [Текст] / Г.Т. Сухих, Ю.Э. Доброхотова, Э.М. Джибаева, Т.Б. Очан, А.З. Файзуллин // Проблемы репродукции. - №2. - С. 52-58.
  19. Жук С.И. Современные аспекты патогенеза, диагностики и лечение гипергомоцистеинемии у женщин с невынашиванием беременности [Текст] / С.И. Жук // Жіночий лікар. 2008. - №5. - С. 14.
  20. Мондоева С.С. Влияние гипергомоцистеинемии на репродуктивные потери и ее коррекция во время беременности [Текст] / С.С. Мондоева, Г.А. Суханова, Н.М. Подзолкова, А.А. Левина, С.А. Васильев // Гематология и трансфузиология. - 2009. - №6. - С. 34-37.

Рецензент: к.м.н. Кибец Е.А.