

## ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

---

*Изучены особенности течения беременности, осложнившейся антенатальной гибелью плода (АГП). Выявлены факторы риска, способствующие АГП: осложнения беременности, сопутствующая генитальная и экстрагенитальная патология, вредные привычки, профвредности, особенности внутриутробного состояния плода по данным диагностики, хроническая внутриутробная инфекция.*

*Установлено, что течение последующей беременности у женщин, имеющих АГП в анамнезе, происходит на фоне факторов риска, существовавших при предыдущей беременности, а также создаются предпосылки для формирования новых. Это увеличивает риск АГП. Качественно проведенная прегравидарная подготовка, учёт во время беременности всех факторов риска, своевременное прогнозирование АГП, позволяет улучшить исход беременности и избежать повторных репродуктивных потерь.*

**Ключевые слова:** антенатальная гибель плода, перинатальная смертность, группы риска.

**S. N. Tsarova, L. F. Mojeiko, E. V. Tihonovich, N. V. Tsarova,  
V. V. Shurkalo, D. N. Lobachevsky**

### **MANAGEMENT OF FETAL LOSS IN WOMEN WITH HISTORY OF PREVIOUS STILLBIRTH**

*We have studied pregnancy associated with antenatal fetal death. The results show that the main risk factors for antepartum fetal death identified were maternal pathological conditions and obstetrical complications during pregnancy, history of previous stillbirths, chronic intrauterine infection, abnormal placental findings. Advanced maternal age maternal smoking, alcohol consumption were also significant.*

*It is already known that women with history of previous stillbirth have an increased recurrence risk of fetal death and other pregnancy complications. Such 'high-risk' women will need specialist antenatal care. The identified risk factors for intrauterine fetal death appear preventable. We should pay attention to health education with emphasis on antenatal care and the benefits of regular clinic attendance.*

**Key words:** stillbirth, perinatal mortality, risk groups.

---

## Оригинальные научные публикации

Перинатальная охрана плода является одной из актуальнейших проблем медицинской науки и практического здравоохранения.

Одним из неблагоприятных факторов для течения беременности и её исхода является наличие в анамнезе у беременной антенатальной гибели плода (АГП).

Поиск рациональных способов ведения беременных с АГ в анамнезе, выявление факторов риска повторных репродуктивных потерь, выбор оптимальных сроков и методов их родоразрешения в интересах плода становятся одними из ведущих тенденций современного акушерства и привлекают внимание ученых всего мира.

Целью исследования явилось разработать прогностические критерии повторных неблагоприятных исходов беременности и родов у женщин с АГП в анамнезе, позволяющие оптимизировать тактику ведения беременных для снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

### Материал и методы

Ретроспективно изучено течение беременности и родов у 83 женщин за период 2000–2013 гг. на базе 3-ей и 6-ой ГКБ г. Минска и РНПЦ «Мать и дитя».

Из них – у 23 беременных имелась АГП в анамнезе, прошедшие прегравидарное обследование и подготовку к данной беременности (I основная группа); у 12 беременных также имевших АГП в анамнезе, но не прошедших прегравидарную подготовку (II основная группа). Была сформирована группа сравнения из 28 беременных, у которых данная беременность закончилась АГП. Контрольную группу составили 20 беременных с физиологическим течением беременности и рождением здоровых детей. 2 группы сравнения были сопоставимы по возрасту, сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии.

### Результаты и обсуждение

Прегравидарное обследование к предстоящей беременности включало:

1. Обследование на ИППП.
2. Оценка системы гемостаза.
3. Изучение генитальной и экстрагенитальной патологии.
4. УЗИ органов малого таза.

Прегравидарная подготовка предусматривала:

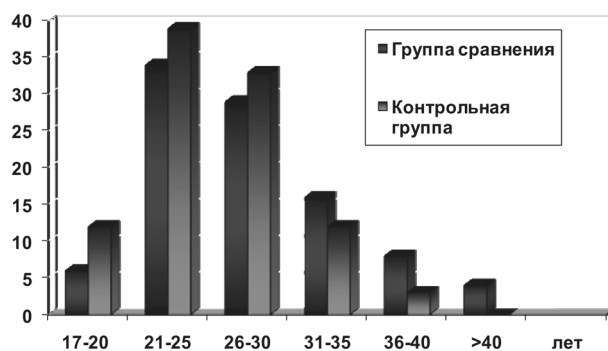
1. Санация очагов инфекции.
2. Лечение сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии.
3. Коррекция системы гемостаза (при необходимости).
4. Приём фолиевой кислоты.

Гравидарное обследование включало:

1. Обследование на ИППП.
2. Оценка системы гемостаза.
3. Оценка факторов риска.
4. Оценка внутриутробного состояния плода.

Результаты исследования:

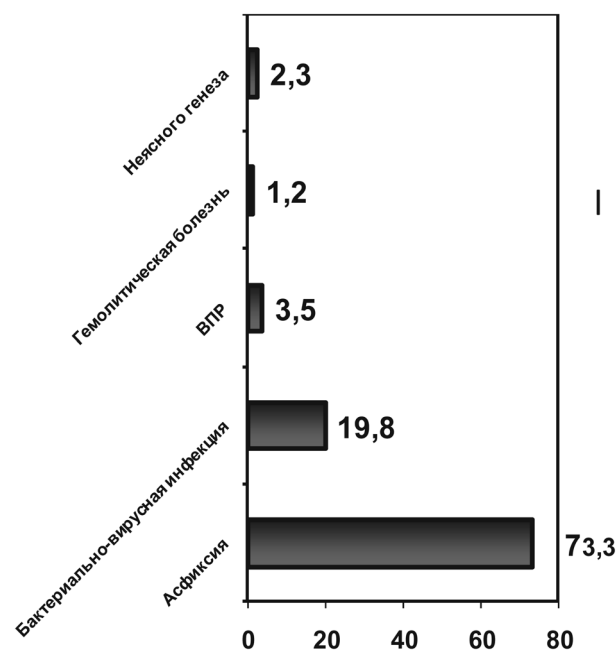
1. По возрасту пациентки с АГП распределились следующим образом:



Обращает внимание, что АГП достоверно чаще встречается у женщин старше 36 лет. Наиболее благоприятным является детородный возраст от 17 до 20 лет.

2. При анализе причин АГП в группе сравнения установлено:

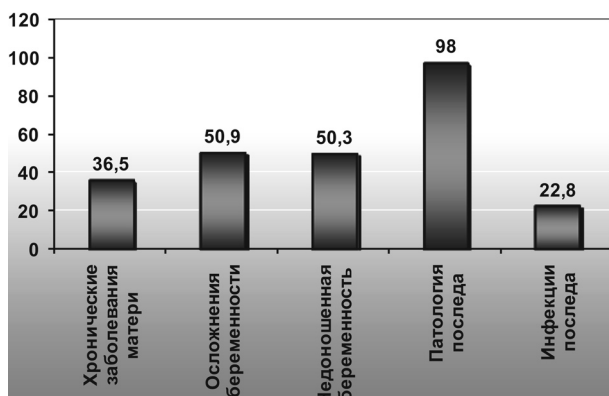
Непосредственные причины АГП:



В структуре непосредственных причин АГП по данным патологоанатомических диагнозов превалирует:

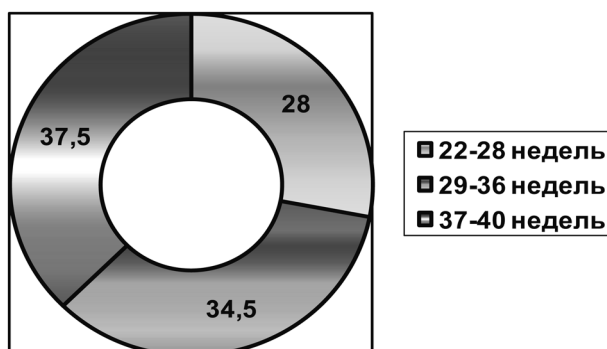
- асфиксия;
  - бактериально-вирусная инфекция.
- Реже:
- ВПР плода;
  - Гемолитическая болезнь;
  - Причины неясного генеза.

Основными причинами АГП были:



- хронические заболевания матери;
- осложнения беременности;
- патология плацента;
- инфекция плацента.

3. Изучены сроки АГП:



Наиболее часто АГП происходит при доношенной беременности 37–40 недель.

При анализе сопутствующей экстрагенитальной патологии у беременных с АГП (группа сравнения) статистически достоверно чаще встречалась сердечно-сосудистая патология (10,8%,  $p < 0,01$ ), эндокринные (21%,  $p < 0,02$ ) и ЛОР-болезни (4,8%,  $p < 0,05$ ) по сравнению с контролем (2,5%, 11,6%, 1%) соответственно.

Обращает внимание, что сочетание 2 и более сопутствующих экстрагенитальных заболеваний встречалось у 13,8% беременных группы сравнения и только у 3,5% женщин контрольной группы ( $p < 0,01$ ).

Анализ сопутствующей генитальной патологии в группе сравнения показала, что воспаление вульвы и влагалища достоверно чаще встречалось у женщин с АГП (15,6%,  $p < 0,001$ ) по сравнению с контролем (6%).

На момент родов из осложнений беременности достоверно чаще в данной группе встречались: гестоз (29,9%)  $p < 0,001$ ; кровотечение во II половине беременности (3%)  $p < 0,005$ ; многоводие 22,7%  $p < 0,001$ ; маловодие 15% ( $p < 0,001$ ); неправильное положение плода 18% ( $p < 0,001$ )

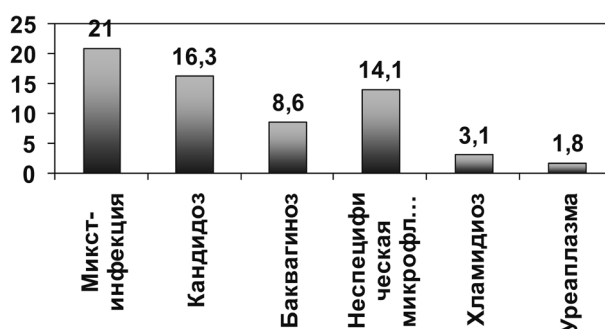
по сравнению с контролем 13,6%, 0%, 1%, 0% и 2,5% – соответственно.

Вредные привычки (курение) отмечали только 2,4% ( $p < 0,005$ ) группы сравнения. Употребление алкоголя отрицалось в обеих группах.

Профвредности чаще наблюдались у беременных группы сравнения, чем контрольной (8,4% и 6,5% соответственно), но разница была статистически недостоверной.

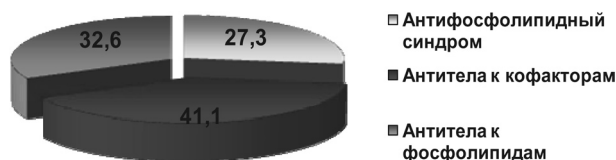
Анализ прегравидарного этапа у беременных первой основной группы (которые прошли прегравидарное обследование и лечение) позволил выявить дополнительные факторы риска повторных репродуктивных потерь.

4. Результаты исследования на урогенитальные инфекции:



Установлено, что 64,4% беременных имели урогенитальную инфекцию. Из них микстинфекция – 21%, кандидоз – 16,3%, баквагиноз – 8,6%, хламидиоз – 3,1%, уреаплазма 1,8%, неспецифическая микрофлора 14,1%.

5. При обследовании системы гемостаза установлено:



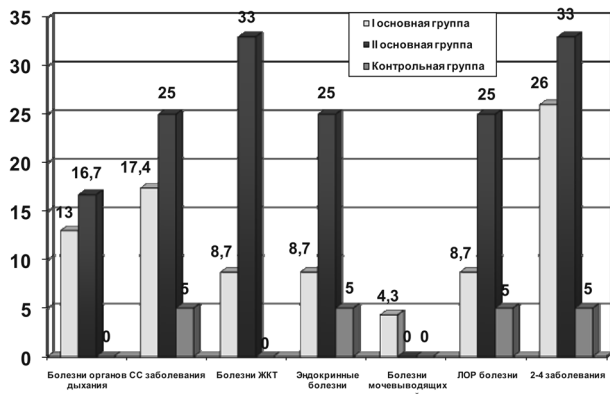
Часота приобретенной тромбофилии у женщин с АГП составляет 21,7%, из них антифосфолипидный синдром у 27,3% беременных, антитела к кофакторам фосфолипидов у 41%, антитела к фосфолипидам у 32,6%.

У 51,2% беременных выявлено повышение системы гемостаза: гиперкоагуляция (23,3%), гиперагрегация тромбоцитов (17%), повышение уровня Д-димеров (12%)

Всем беременным с выявленными нарушениями проведена соответствующая коригирующая терапия.

6. У беременных первой и второй основных групп во время беременности выявлена следующая экстрагенитальная патология:

## Оригинальные научные публикации

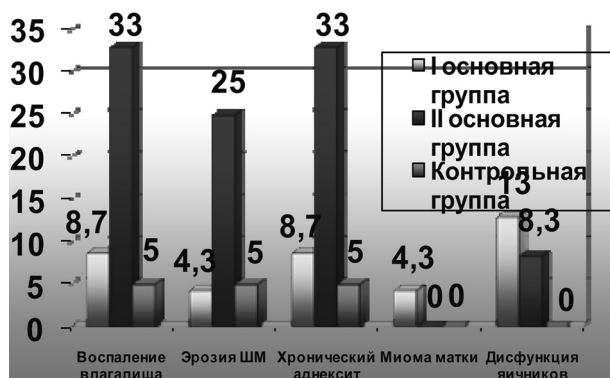


Чаще встречались заболевания:

- ЖКТ;
- сердечно-сосудистой системы;
- эндокринные;
- ЛОР болезни.

И сочетания 2 и более заболеваний.

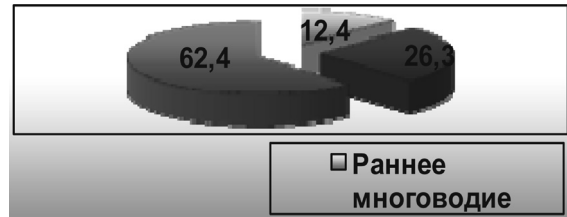
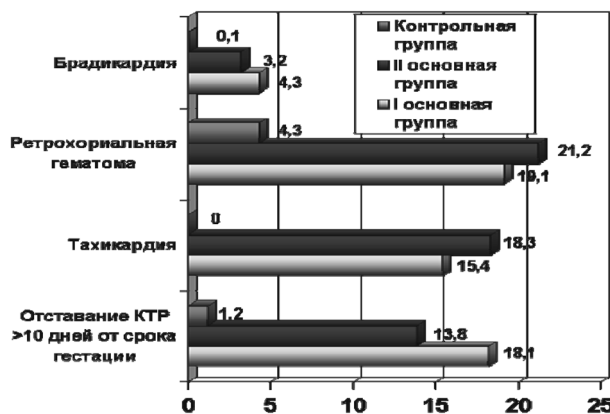
7. Из сопутствующей генитальной инфекции чаще, по сравнению с контролем:



- хронический аднексит;
- эрозия шейки матки;
- воспаление влагалища.

Сопутствующая экстрагенитальная и генитальная инфекция – неблагоприятный фон для течения беременности и развития плода

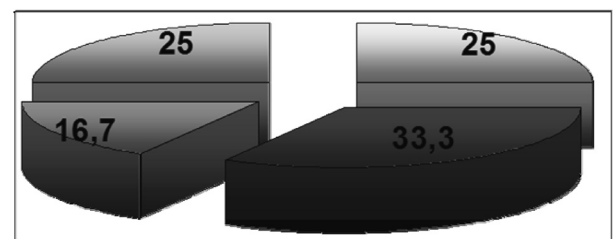
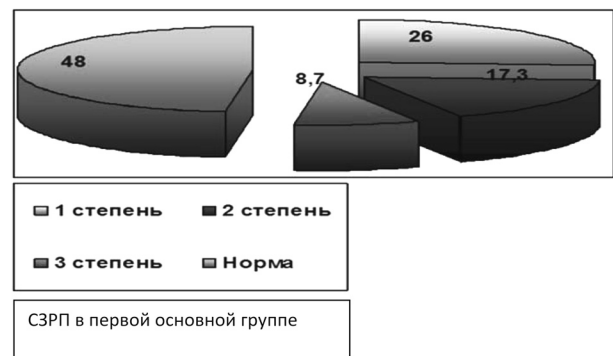
8. Оценено внутриутробное развитие и состояние плода по данным УЗИ в первом триместре:



У беременных основных групп достоверно чаще выявлялась:

- брадикардия плода;
- тахикардия;
- ретрохориальная гематома;
- отставание КТР более 10 дней от срока гестации;
- раннее маловодие;
- раннее многоводие.

9. В более поздние сроки по данным по данным УЗИ у пациенток первой основной группы достоверно реже встречался синдром задержки плода по сравнению со второй группой и контролем, за счёт проведенной прегравидарной подготовки.



10. Дифференцированное ведение беременности у женщин первой основной группы позволило улучшить перенатальные исходы по сравнению со второй основной группой:

Характеристика новорожденных		Дифференцированный подход	Без дифференцированного подхода	Неосложнённая беременность
Вес (M±σ), г		3107±410	2457±858	3480±367
Рост (M±σ), см		50,3±2,5	46±5,1	52±1,7
Оценка по Апгар (M±σ), баллы	1 мин	7,9±0,3	7,1±1,2	8
	5 мин	8,8±0,4	7,9±1,1	9
ИВЛ у новорожденных		8,6%	17,2%	0
Переход в отделение реанимации		11,4%	17,2%	0
Перевод на II этап выхаживания		11,4%	17,2%	0

В первой группе уменьшено количество детей, требующих ИВЛ, перевода в отделение реанимации и на второй этап выхаживания.

### Выводы

1. Факторами риска повторных репродуктивных потерь являются: урогенитальные инфекции, нарушение системы гемостаза, отставания КТР от срока на более чем 10 дней, брадикардия, тахикардия эмбриона или плода, ранее маловодие и многоводие, а также СЗРП.

2. Беременные с АГП в анамнезе требуют проведения тщательной прегравидарной подготовки (оценка системы гемостаза, инфекционного статуса, УЗИ органов малого таза, коррекция выявленных нарушений).

3. Учёт факторов риска у беременных с АГП в анамнезе позволяет прогнозировать неблаго-

приятные исходы беременности, родов, повторных репродуктивных потерь.

4. Дифференцированный подход к ведению беременности у данной категории пациентов позволяет улучшить перинатальные исходы.

### Рекомендации:

Беременные, имеющие АГП в анамнезе требуют проведения прегравидарной подготовки, обязательной плановой госпитализации в индивидуальный критический срок (срок гибели плода) и плановой дородовой госпитализации для подготовки к родоразрешению. При АГП в анамнезе в доношенном сроке – родоразрешение за 3–5 дней до критического срока. Метод родоразрешения зависит от акушерской ситуации.