

*Мемлекеттік медициналық университеті, Семей қ.  
Акушерлік гинекология және перинатология  
ғылыми орталығы, Алматы қ.*

**ПРЕЭКЛАМПСИЯ ЖӘНЕ ОНЫҢ КЕЙБІР ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ МЕХАНИЗМДЕРІ БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ СҮЙЕК ТІНІНІҢ МИНЕРАЛДЫ ТЫҒЫЗДЫҒЫНЫҢ ТӨМЕНДЕУІ**

Зерттеу мақсаты: Преэклампсияның дамуына тәуелді жүкті әйелдердің минералды тығыздығы мен сүйек тіні метаболизмі көрсеткіштерінің салыстырмалы талдауы.

Көлемі 311 әйелден тұратын, соның ішінде 50-уі 40 жастан асқан әйелдер тобы тексерілді. Сүйек тінінің минералды тығыздығын өлшеу сандық ультрадыбыстық денситометрия әдісімен «Sonost 2000» (Оңтүстік Корея) аппаратында жүргізілді.

Алынған мәліметтер преэклампсиясы бар жүкті әйелдердегі сүйек тіндерінің гомеостатикалық жүйелері функциялық жағдайы ауытқуының бар екендігін куәландырады. Остеогенез факторларының төмендеу фонындағы сүйек тіндерінің жылдамдатылған резорбциясын куәландыратын көрсеткіштердің айтарлықтай ұлғайғандығы байқалды.

**SUMMARY**

**S.A. KABYLOVA, N.M. MAMEDALIEVA,  
B.ZH. KARIBAEVA**

*State medical University, Semey c.  
Scientific Obstetrics, Gynecology and  
Perinatology Center, Almaty c.*

**DECREASE OF BONE MINERAL DENSITY AT PREGNANT WOMEN WITH PRE-ECLAMPSIA AND ITS PATHOGENETIC MECHANISMS**

Research objective: the comparative analysis of indicators of mineral density and a bone metabolism at pregnant women depending on development of pre-eclampsia.

Sample in volume of 311 women is surveyed; including 50 persons aged is 40 years and more. Measurement of mineral density of a bone tissue was provided with a method of a quantitative ultrasonic densitometry on the device «Sonost 2000» (South Korea).

The obtained data testifies to presence of deviations of a functional condition of homeostatic systems of bone tissues at pregnant women with pre-eclampsia/ Substantial growth of the indicators testifying about accelerated desorption of a bone tissues on the background of decrease of osteogenic factors.

*УДК 618.39-021.3-06-092*

**Г.К. ОМАРОВА, Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА, Г.Ш. ДАЛИЕВА, М.И. БАЙЛИНА**

*Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова, г. Алматы*

**ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ С РЕТРОПЛАЦЕНТАРНОЙ ГЕМАТОМОЙ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Прогностически неблагоприятным признаком прерывания беременности в первой половине беременности является образование ретрохориальных и ретроплацентарных гематом, отставание роста эмбриона более чем на 7 дней, поздняя визуализация эмбриона. Угроза прерывания беременности в I триместре является фактором риска развития самопроизвольного прерывания беременности во II триместре. Применение дюфастона в I триместре гестации улучшает прогноз дальнейшего течения беременности и снижает частоту ее позднего прерывания.*

**Ключевые слова:** беременность, ретроплацентарная гематома, дюфастон.

**О**сновной задачей современного акушерства и гинекологии является проблема потери беременности [1, 2]. В настоящее время внимание к данной проблеме возникает в связи со снижением индекса здоровья женщин и влиянием возраста матери на риск развития ранних самопроизвольных выкидышей.

Среди причин невынашивания беременности выделяют генетические (3-6%), анатомические (10-16%), эндокринные (8-20%), инфекционные (частота до 80% после исключения генетических, анатомических, эндокринных причин), иммунологические и тромбофилические причины [3]. Важными вопросами перинатологии являются не только невынашивание беременности, улучшение здоровья плода и новорожденного, но и направленность перинатологии на реальное снижение перинатальной заболеваемости и смертности в течение первого года жизни. Перинатальная медицина повсеместно способствует улучшению здоровья будущего поколения.

По литературным данным 15-20% диагностированных беременностей заканчивается спонтанным ее прерыванием [1, 2, 3]. Особого внимания заслуживают беременные с кровянистыми выделениями в ранние сроки гестации. Такие пациентки представляют группу высокого риска репродуктивных потерь. Наиболее прогностически неблагоприятным признаком прерывания беременности является образование ретрохориальных и ретроплацентарных гематом. Частота данной патологии,

по литературным данным, составляет от 12,8 до 21,3% [4]. В то же время отмечено, что в 16,7% наблюдений ретрохориальная гематома случайно выявляется при ультразвуковом исследовании [2, 5].

Клиническая значимость ретроплацентарного кровоизлияния зависит от размера и протяженности сформировавшейся гематомы. Гематомы небольшого размера (менее 60 см<sup>3</sup>) не сопровождаются повышением риска самопроизвольного выкидыша, даже если повторное эхографическое исследование не выявило при тщательном осмотре плаценты линейный участок отложения фибрина или небольшую по толщине гематому в области имевшейся отслойки базальной пластинки [2, 3, 4, 5].

К неблагоприятным маркерам репродуктивных потерь относят следующие признаки: отставание копчико-теменного размера эмбриона от должного срока гестации более чем на 7 дней; нарушения сердечной деятельности эмбриона (тахикардия и брадикардия). При снижении копчико-теменного размера и наличии нарушений маточно-хориального кровотока с выраженным прогрессирующим уменьшением объема плодного яйца эти маркеры приводят к самопроизвольному прерыванию беременности. Принципиальным вопросом, возникающим при угрозе прерывания беременности, является целесообразность ее сохранения в I триместре (ранний фетальный период) в связи с возможными генетическими повреждениями эмбриона. Это важный

период blastogenesis, organogenesis и плацентации. Изучение причин начавшегося самопроизвольного аборта на ранних сроках необходимо для определения тактики ведения беременных, а также для определения отдаленных результатов лечения раннего невынашивания [5, 6].

Успешное лечение раннего выкидыша способствует правильному развитию плода в период системогенеза (13-27 недель), который включает часть раннего фетального периода (13-21 неделя) и весь среднелетальный период (22-27 недель гестации) [7].

Цель исследования – изучить исходы беременности, осложнившейся кровотечением в первой половине гестации.

#### Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ течения и исхода беременности у 77 женщин с маточной одноплодной беременностью, поступивших в отделение экстренной гинекологии Городской клинической больницы №7 в течение 2011 г. с клиникой угрожающего самопроизвольного выкидыша. Все пациентки были разделены на 2 группы: I группа – 61 беременная (79%) с угрожающим абортom в первой половине гестации, выписанные с пролонгированной беременностью. Во II группу были включены 16 (21%) женщин с прервавшейся беременностью после госпитализации. Алгоритм обследования включал опрос по стандартизированным картам из 40 вопросов, касающихся анамнеза, гинекологического осмотра, данных трансвагинального ультразвукового обследования, общего лабораторного обследования, ПЦР-диагностики генитальных инфекций, бактериоскопического и бактериологического исследования влагалищного секрета, которые проводили по общепринятым методикам.

Основными жалобами у 66 (85,7%) беременных были боли внизу живота, кровянистые выделения из влагалища. Всем беременным после верификации диагноза и выявления причин невынашивания беременности была назначена медикаментозная коррекция самопроизвольного выкидыша препаратом дюфастон по общепринятой схеме до 20-й недели беременности.

Динамическое наблюдение проводилось при помощи ультразвукового обследования с интервалом 7 дней после начала лечения и в последующем по клиническим показаниям. У всех женщин беременность и роды были проведены с использованием новых технологий антенатальной оценки состояния плода с учетом этиологии угрожающего самопроизвольного выкидыша и соблюдением принципов ранней диагностики и медикаментозной коррекции осложнений гестационного процесса. Наблюдение за течением гестационного процесса проводили до завершения беременности. Статистическую обработку результатов проводили методами вариационной статистики с использованием лицензионных программ Microsoft Excel 5.0, Statistica 6.0.

#### Результаты и обсуждение

Обе группы беременных были сопоставимы по возрасту. Средний возраст пациенток был от 18 до 40 лет и составил в среднем  $25,7 \pm 3,9$  года. Анализ образовательного уровня выявил, что высшее образование имели 7 (11%), средне-специальное – 20 (33%), среднее – 34 (56%) пациентки, во второй группе 3 (19%), 2 (12%) и 11 (69%) женщин, соответственно.

В активном репродуктивном возрасте (18-35 лет) были 14 (93,7%) пациенток со свершившимся абортom, тогда как в группе беременных с пролонгированием беременности этот показатель составил 31 (50,8%).

Экстрагенитальные заболевания с одинаковой частотой встречались у пациенток обеих групп. Но у женщин

со свершившимся абортom эндокринные заболевания встречались достоверно чаще, чем у беременных с пролонгированной беременностью в 3 (18,7%) случаях и в 10 (16,3%) случаях, соответственно.

Нарушение менструального цикла по типу олигоамениореи в анамнезе имело место у 34 (44,1%) беременных в подростковом и репродуктивном возрасте. Исследование половой функции выявило, что ранний половой дебют в первой группе имели 3 (4,9%) женщины, во второй 4 (25%). Все пациентки состояли в зарегистрированном браке. Беременность была желанной у всех пациенток, но у 18 (23,3%) – незапланированной.

Репродуктивный анамнез был отягощен у повторнородящих второй группы самопроизвольными выкидышами, привычным невынашиванием беременности. Анализ паритета беременности обнаружил, что первобеременных было 20 (32,7%) и повторнобеременных – 41 (67,2%). В группе пациенток с прервавшейся беременностью этот показатель составил 1 (6%) и 15 (94%), соответственно. В первой группе соотношение первобеременные к повторнобеременным составило 1:3. В группе беременных со свершившимся абортom это соотношение составило 1:10. В анамнезе у 2 (3,3%) пациенток был артифициальный аборт, у 9 (14,7%) – роды доношенными новорожденными, у 33 (54,0%) – от одного до четырех самопроизвольных выкидышей и/или замершая беременность. Срок беременности на момент включения пациенток в исследование составил от 5 до 11-12 недель беременности (в среднем –  $5,6 \pm 1,6$  недели).

Эпизоды кровянистых выделений до 12 недель беременности в первой группе наблюдались в 25 (40,9%) случаях и во второй группе 1 (6,2%), соответственно. При ультразвуковом исследовании у всех пациенток обнаружены абсолютные ультразвуковые маркеры угрозы прерывания беременности – у 72 (93,5%) локальное утолщение миометрия с деформацией плодного яйца, у 65 (84,4%) женщин при наличии кровянистых выделений из влагалища выявлена ретрохориальная гематома с локализацией в области одной из стенок полости матки и заоболочечная гематома у 13 (16,3%), которая характерна при начавшемся самопроизвольном выкидыше в раннем фетальном периоде. У 4 (5,2%) беременных ретрохориальная гематома явилась находкой при ультразвуковом сканировании. Неблагоприятным признаком также явилось раннее маловодие, при котором в 10 (12,9%) случаях наблюдений произошел самопроизвольный выкидыш.

Гестагены впервые были назначены в стационаре у пациенток со спонтанным прерыванием беременности в 10 (62,5%) случаях, в то время как у 27 (44,2%) пациенток с пролонгированной беременностью назначение гестагенов продолжалось с этапа предгравидарной подготовки. Анализ представленных данных всех обследованных пациенток обнаружил, что частота ретрохориальной гематомы встречалась в 65 (84,4%) случаях, а частота заоболочечной гематомы отмечалась в раннем фетальном периоде в 13 (16,3%) случаях. Повторные госпитализации у пациенток с пролонгированием беременности отмечены в 13,1% случаев.

При проведении биометрии эмбриона выявлено, что отставание копчико-теменного размера более чем на 7 дней и поздняя визуализация эмбриона (после 6 недель беременности) привели к самопроизвольному прерыванию у 14 (18,2%) и неразвивающейся беременности у 2 (2,6%) беременных. Оценка ЧСС эмбриона показала, что наиболее неблагоприятным является брадикардия. Урежение сердечного ритма до 90 уд/мин обнаружено у 3 (1,8%) пациенток и во всех наблюдениях привело к потере беременности. Среди беременных с выраженной

угрозой прерывания и ретрохориальной гематомой у 14 (18,2%) эмбрионов отмечена тахикардия.

У 2 (3,3%) из 61 пациентки в сроке 33-34 недели возникла угроза преждевременных родов, преэклампсия у 2 (12,2%) пациенток. На момент проведения данного анализа беременность завершилась у 57 (93,4%) пациенток рождением живых доношенных детей массой от 2950,0 до 3450,0 г. В этой группе преждевременные роды (на 37-й неделе) произошли у 4 (6,5%) беременных.

**Выводы**

1. Прогностически неблагоприятными ультразвуковыми критериями при угрозе прерывания беременности являются ретрохориальная гематома с локализацией в области одной из стенок полости матки, отставание роста эмбриона более чем на 7 дней, поздняя визуализация эмбриона (после 6 недель беременности), нарушение сердечной деятельности плода, раннее маловодие плодного яйца.

2. На ранних сроках ретрохориальную гематому необходимо дифференцировать от не слившейся с хориальной поверхностью плаценты амниотической оболочкой путем оценки толщины мембраны, которая имеет большую толщину поверх гематомы.

3. Угрожающий самопроизвольный выкидыш в I триместре является фактором риска развития угрозы прерывания во II триместре беременности.

4. Применение дюфастона с целью лечения угрожающего выкидыша в I триместре беременности улучшает прогноз дальнейшего течения беременности и исход родов и снижает частоту ее позднего прерывания.

5. Имеется причинная связь использования гестагенов с пролонгированием беременности и родами без перинатальных потерь в группе беременных высокого риска.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Актуальные проблемы невынашивания беременности. Руководство для врачей. – М., 2009. – 561 с.
- 2 Раисова А.Т. Невынашивание беременности эндокринного генеза. Методическое пособие. – Алматы, 2004. – 20 с.
- 3 Раисова А.Т., Жатканбаева Г.Ж. Репродуктивное здоровье женщин и характер гестационных осложнений при преждевременных родах // Акушерство, гинекология и перинатология. – 2003. – № 4. – С. 18-20
- 4 Мамедалиева Н.М. Плацентарная недостаточность

в клинике первичного невынашивания беременности // Избранные клинические лекции по акушерству и гинекологии. – Алматы, 2000. – Т. 2. – С. 80-107

5 Saraswat L, Bhattacharya S, Maheshwari A, Bhattacharya S. Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review. BJOG 2010; 117: 245-257

6 Lede R, Duley L. Uterine muscle relaxant drugs for threatened miscarriage. Cochrane Database Syst Rev 2005; 20 (July (3)): CD002857

7 Omar MH, Mashita MK, Lim PS, Jamil MA. Dydrogesterone in threatened abortion: pregnancy outcome. J Steroid Biochem Mol Biol 2005; 97: 421-425

**Т Ұ Ж Ы Р Ы М**

**Г.К. ОМАРОВА, Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА, Г.Ш. ДАЛИЕВА, М.И. БАЙЛИНА**

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.*

**ЖҮКТІЛІКТІҢ БІРІНШІ ЖАРТЫСЫНДАҒЫ РЕТРОПЛАЦЕНТАРЛЫ ГЕМАТОМАСЫМЕН ЖҮКТІЛЕР НӘТИЖЕЛЕРІ**

Жүктіліктің бірінші жартысында жүктіліктің үзілуінің қолайсыз болжам белгіріне жатады: ретрохориальды және ретроплацентарлы гематомалар, 7 күннен аса эмбрионның өсуінің кідіруі, эмбрионның кеш анықталуы. I-триместрдегі жүктіліктің үзілу қаупі II – триместрдегі жүктіліктің өздігінен үзілуіне алып келетін қауіп қатар факторы болып табылады. Жүктіліктің I-триместрде дюфастонды қолдану жүктіліктің ары қарайғы ағымын жақсартады және жүктіліктің кеш үзілуіне азайтады.

**S U M M A R Y**

**G.K. OMAROVA, G.J. ZHATKANBAEVA, G.SH. DALIEVA, M.I. BAYLINA**

*Kazakh National Medical University name of S.D. Asfendiarov, Almaty c.*

**PREGNANCY OUTCOME WITH RETROPLACENTAL HEMATOMA IN THE FIRST HALF OF PREGNANCY**

Unfavorable prognostic sign of miscarriage during the first half of gestation is the formation of retrochorionic and retroplacental hematomas, backlog growth the embryo of more than 7 days, a tardy visualization of the embryo. The threat of miscarriage during the first trimester is a risk factor for spontaneous abortion in the second trimester. Using duphaston in the first trimester improves the prognosis during the pregnancy and decreases the frequency of its late abortion.

УДК 618,714-005.1

**С.У. МАХАМБЕТОВ**

*Городской родильный дом, г. Уральск, Западно-Казахстанская область*

**ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ (случай из практики)**

*В данной статье показан случай ведения больной с послеродовым кровотечением. Постоянный мониторинг, четко выбранная тактика, своевременное квалифицированное оказание медицинской помощи с использованием современных медицинских технологий позволили избежать более грозных последствий в послеродовом периоде.*

**Ключевые слова:** кровотечение, тактика, мониторинг, лечение.

**Н**есмотря на значительный прогресс в области медицинской науки, здравоохранения, фармакологии, разработке в использовании высокой медицинской технологии кровотечения в акушерстве продолжают оставаться серьезной проблемой, явля-

ясь основной причиной материнской заболеваемости и смертности. Приоритетными направлениями в борьбе с акушерскими кровотечениями является обеспечение квалифицированного родовспоможения при каждых родах, проблема обезболивания родов,