

УДК 618.3 - 06

© Коллектив авторов, 2012.

ПЕРИКОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОТЕРЯМИ

Н. Г. Корниец, Е. В. Гордиенко, Т. П. Жмурко, В. Ф. Олешко, О. А. Валиев

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. – профессор В. В. Симрок), Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет»; Луганский городской родильный дом, г. Луганск.

PERIKONCEPTUAL ASPECTS OF DURATION OF PREGNANCY AND BIRTHS FOR PREGNANT WITH PERINATAL LOSSES OF THE FETUS

N. G. Korniets, H. V. Gordienko, T. P. Zhmurko, V. F. Oleshko, O. A. Valiev

SUMMARY

In the articles resulted the analysis of perinatal losses from the Lugansk City Maternity Hospital. 129 histories of pregnancy and births of women are analysed with perinatal losses (I and II basic groups) which were on delivery in 2000-2001 and 2010-2011. A control group was made by 59 patients with urgent births and alive new-born. During an analysis for the patients of basic groups found out the higher level of somatic pathology, growth of specific gravity of artificial and involuntary abortions, considerable increase of indexes of gynaecological morbidity with advantage of inflammatory diseases of female sexual sphere and violations of menstrual function, that was subsoil for the complicated duration of pregnancy. The women of basic groups had the early beginning, heavy duration and resistance to treatment of complications of pregnancy and foremost feto-placental dysfunction. Among complications of maternity period a leading place is occupied by premature births which in 35,48% women of I basic and 44,15% women of the II basic group resulted in the perinatal losses of the fetus.

ПЕРИКОНЦЕПТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ З ПЕРИНАТАЛЬНИМИ ВТРАТАМИ ПЛОДА

Н. Г. Корнієць, О. В. Гордієнко, Т. П. Жмурко, В. Ф. Олешко, О. А. Валієв

РЕЗЮМЕ

В статті наведено результати аналізу перинатальних втрат за даними Луганського міського пологового будинку. Проаналізовано 129 історій вагітності і пологів жінок з перинатальними втратами (I і II основна групи), що знаходилися на родорозродженні у наведеному рододопоміжному закладі у 2000-2001 рр. і 2010-2011 рр. Контрольну групу склали 59 пацієнок з терміновими пологами і живими новонародженими. В ході аналізу у пацієнок основних груп виявлено більш високий рівень соматичної патології, зростання питомої ваги штучних і мимовільних абортів, значне підвищення показників гінекологічної захворюваності з перевагою запальних захворювань жіночої статеві сфери і порушень менструальної функції, що було підґрунтям для ускладненого перебігу вагітності. Особливістю перебігу вагітності у жінок основних груп були ранній початок, важкий перебіг і резистентність до лікування ускладнень вагітності і, перш за все, фетоплацентарної дисфункції. Серед ускладнень пологового періоду провідне місце займають передчасні пологи, які у 35,48% жінок I основної і 44,15% жінок II основної групи призвели до перинатальних втрат плода.

Ключевые слова: беременность, роды, перинатальные потери, плод, осложнения.

Проблема охраны здоровья населения в Украине в настоящее время стоит очень остро [8, 10]. Это связано, в первую очередь, с высоким уровнем заболеваемости, тенденцией к снижению продолжительности жизни, отрицательным показателем прироста населения. Особого внимания сегодня заслуживают вопросы профилактики и снижения перинатальных потерь [5, 6]. Продолжающийся экономический кризис, социальная напряженность, недостаточное финансирование системы охраны здоровья, наличие значительной прослойки населения с многочисленной соматической и генитальной патологией – вот далеко не полный перечень факторов, оказывающих непосредственное влияние на формирование перина-

тальных потерь. Согласно литературным данным [4, 10, 12], синдром потери плода является полиэтиологическим состоянием, при этом в структуре репродуктивных потерь группа невыясненной этиологии составляет от 7,00 до 50,00%, и у каждой второй пациентки отмечается сочетанное воздействие тех или иных неблагоприятных факторов [4, 10].

Последнее десятилетие характеризуется целым рядом прогрессивных направлений в практическом акушерстве, оказывающих позитивное влияние на течение беременности, развитие и состояние внутриутробного плода, динамику родового акта. Несмотря на это, частота перинатальных потерь в Украине продолжает оставаться стабильной и доста-

точно высокой, что обуславливает резкое увеличение риска невынашивания последующих беременностей [1, 11, 15].

Целью настоящего исследования было сравнительное изучение особенностей клинического течения беременности и частоты гестационных осложнений у женщин с перинатальными потерями в промышленном регионе Донбасса во временном промежутке в 10 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели нами был проведен сравнительный ретроспективный анализ особенностей течения беременности и родов у 188 женщин, которые были разделены на группы следующим образом: I основная группа – 52 пациентки с перинатальными потерями в 2000-2001 гг., II основная группа – 77 пациенток с перинатальными потерями в 2010-2011 гг. Контрольную группу составили 59 женщин, роды у которых завершились рождением живых доношенных детей. Женщины основных и контрольной групп находились на родоразрешении в Луганском городском родильном доме. У всех беременных оценивались результаты общеклинических, ультразвукового и доплерометрического обследований.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как показал проведенный клинико-статистический анализ, несмотря на внедрение международных критериев перинатального возраста, показатели перинатальных потерь в ЛГРД за последние 10 лет остаются стабильными. При этом наметилась тенденция изменения структуры перинатальной смертности. Рост удельного веса антенатальных и неонатальных потерь, главным образом, в группе рожениц с «экстремальными» (срок 22-27 недель и 6 дней) преждевременными родами должен определять основное направление профилактической деятельности врачей женских консультаций и перинатальных центров.

Беременные основных и контрольной групп были сопоставимы по возрасту, семейному положению, месту проживания, а, следовательно, и воздействию неблагоприятных экологических факторов. При оценке социального положения обследованных женщин выявлено, что в основных группах преобладали домохозяйки (61,29% – в I основной и 44,15% – во II), что негативно сказывалось на их материальном положении и течении гестационного процесса, в то время как в контрольной группе преобладали служащие (45,79%, $p < 0,05$).

Несомненно влияние соматического здоровья беременной как преморбидного фона на течение гестации и функцию фетоплацентарного комплекса. Согласно литературным данным [2, 3, 12], длительно существующие нарушения гомеостаза и расстройства метаболизма уже в I триместре бере-

менности определяют течение и исходы беременности, поскольку именно в этот период происходит формирование фетоплацентарной системы. Как показал проведенный анализ, за последние 10 лет отмечается рост экстрагенитальной заболеваемости, ухудшение показателей здоровья женского населения репродуктивного возраста. Так, в 2000-2001 гг. сочетанную соматическую патологию имели 64,52% пациенток, а через 10 лет этот показатель вырос на 23,62% ($p < 0,05$). При оценке экстрагенитальной патологии у пациенток основных и контрольной групп преобладали заболевания мочевыделительной, дыхательной и гепатобилиарной системы. Пациентки с перинатальными потерями в динамике беременности достоверно чаще болели простудными заболеваниями. Таким образом, экстрагенитальная патология является тем неблагоприятным фоном, на котором развиваются осложнения беременности и родов, приводящие к потере плода.

Не вызывает сомнений факт негативного влияния для исходов беременности и родов предшествующих искусственных и самопроизвольных аборт [1, 5, 11]. Гормональный шок, обострение хронических внутриматочных инфекций, эндометриоз и бесплодие, привычное невынашивание и синдром потери плода – далеко не полный перечень ранних и отдаленных послеабортных осложнений. Так, если в контрольной группе каждая вторая пациентка была первобеременной, каждая третья имела в анамнезе срочные роды, то в основных группах отягощенный акушерский анамнез имела каждая 2-я женщина. Среди отягощающих факторов преобладали аборты, преждевременные роды и высокий паритет. Особый интерес представляет структура аборт у пациенток с перинатальными потерями: если в I основной и контрольной группах преобладали искусственные аборты, то у пациенток II основной – самопроизвольные. Привычное невынашивание беременности – показатель глубоких нарушений в организме беременной, ведущих к потере эмбриона и плода, причину которых выявить не удается у каждой второй пациентки [5, 8, 10, 13].

Как показал проведенный анализ, большинство пациенток основных групп имели отягощенный гинекологический анамнез. Гинекологических заболеваний не было у 38,98% пациенток контрольной группы. Обращает на себя внимание достоверное увеличение удельного веса нарушений менструального цикла и бесплодия у пациенток основных групп. При обследовании на урогенитальные и TORCH-инфекции чаще всего выявлялись *Toxoplasma gondii*, вирусные инфекции – *Cytomegalovirus* и *Herpes simplex virus* (I-II) и *Candida albicans*. При этом значительное количество женщин имели *Candida albicans*: 73,08% – в I основной и 76,62% – во II основной, что почти в 2 раза выше, чем в контрольной группе. Хронический урогенитальный кандидоз – показа-

тель иммунодепрессии, зачастую сопутствующий персистирующей вирусной инфекции, обострение которой при беременности приводит к снижению барьерной функции плаценты, развитию фетоплацентарной дисфункции, инфицированию и потере плода [7, 9, 14].

Показательно отягощенное течение беременности у всех пациенток с синдромом потери плода, в то время как в контрольной группе осложнения беременности развивались только у каждой третьей женщины. Основными осложнениями беременности у пациенток всех групп были анемия, рецидивирующая угроза прерывания беременности и поздний гестоз. Для женщин с перинатальными потерями характерно раннее начало, резистентность к лечению, и, как следствие, более тяжелые клинические формы этих осложнений гестации. Отличительной особенностью течения беременности у пациенток с потерей плода является ранняя манифестация фетоплацентарной дисфункции, которая у каждой 5-й женщины основной группы развивалась уже в 22-27 недель, прогрессировала в дальнейшем и почти в 2,5 раза превышала аналогичный показатель в контроле.

При оценке течения родового акта установлено, что в контрольной группе у всех женщин беременность завершилась срочными родами, в то время как у женщин с перинатальными потерями преобладали преждевременные роды: 35,48% – в I основной и 87,50% – во II. Обращает на себя внимание резкий рост в структуре перинатальных потерь за последние 10 лет удельного веса преждевременных родов: с 35,48% в 2000-2001 гг. до 44,15% в 2010-2011 гг., в результате чего каждый второй новорожденный II основной группы родился с массой до 1000,0 г.

В контрольной группе преобладали родильницы с физиологическим течением родового акта (64,41%), в то время как в основных – с осложненным. Наиболее частым осложнением у пациенток всех групп является несвоевременное излитие околоплодных вод, что согласуется с данными Г.К. Степанковской и соавт. [11]. Но если при доношенной беременности оно зачастую не оказывало негативного влияния на динамику родового акта, то у родильниц с перинатальными потерями на этом фоне достоверно чаще развивались хориоамнионит и дистресс плода.

Одной из причин перинатальных потерь у женщин основных групп являлась преждевременная тяжелая отслойка нормально расположенной плаценты, что обусловило и соответствующий способ родоразрешения.

В группе с перинатальными потерями отмечается достоверное увеличение частоты оперативного родоразрешения. Отказ от «пробных» родов привел к росту практически на 10% удельного веса кесарских сечений у пациенток с перинатальными потерями во II основной группе, что, к сожалению, не по-

влияло на исход беременности и родов и показатели перинатальных потерь. Последнее является доказательством непредотвратимости причин синдрома потери плода на этапе родильного стационара, что свидетельствует о необходимости проведения ранних и рациональных профилактических мероприятий на догоспитальном этапе.

Особого внимания заслуживают данные о причинах перинатальной смертности у рожениц основных групп. Ещё 10 лет назад лидирующее место среди причин занимали множественные пороки развития плода (37,70%), внутриутробное инфицирование (20,00%) и только на 3-м месте были глубокая морфофункциональная незрелость и болезнь гиалиновых мембран (13,30%). Сегодня основной причиной перинатальных потерь являются тяжелые асфиксии (27,27%), в том числе и у недоношенных на фоне незрелости сурфактантной системы легочных альвеол, и внутриутробное инфицирование плода.

ВЫВОДЫ

1. Рост перинатальных потерь в промышленном регионе Донбасса в последние годы обусловлен ухудшением качества соматического и, как следствие, репродуктивного здоровья женского населения.

2. Женщины с потерей плода в анамнезе нуждаются в тщательном обследовании с использованием современных методов диагностики, включающих обследование системы гемостаза для выявления этиологических факторов перинатальных потерь.

3. Проведение адекватных лечебно-профилактических мероприятий уже на этапе прегравидарной подготовки позволяет выбрать оптимальное время для зачатия, своевременно провести профилактику возможных осложнений в ранние сроки гестации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Венцківський Б. М. Нові аспекти патогенезу, лікування та профілактики невиношування вагітності / Б. М. Венцківський, Л. А. Жабіцька // Здоровье женщины. – 2005. – № 2. – С. 10–12.

2. Возможности и перспективы фармакотерапии фетоплацентарной недостаточности / С. В. Новикова, В. А. Туманова, А. В. Микаелян [и др.] // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 5 (39). – С. 20–22.

3. Долгушина Н. В. Принципы лечения и профилактики плацентарной недостаточности и синдрома потери плода у беременных с хроническими вирусными инфекциями / Н. В. Долгушина // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 2. – С. 28–33.

4. Кулаков В. И. Комплексная перинатальная диагностика / В. И. Кулаков // Мать и дитя : материалы VI Российского форума, 12-15 октября 2004 г., Москва, Россия / РАМН, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.

И. Кулакова» Минздравсоцразвития России. – М., 2004. – 680 с.

5. Лікувально-профілактичні та організаційні заходи для жінок з невиношуванням вагітності, що перенесли фізіологічні та патологічні пологи / В. В. Подольський, В. Л. Дронова, В. В. Тетерін [та ін.] // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 3 (37). – С. 96–99.

6. Нагорна В. Ф. Профілактика перинатальних утрат від геморагічних ускладнень нетравматичного генезу в недоношених новонароджених / В. Ф. Нагорна, С. П. Посохова, Р. І. Гонга // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 3 (37). – С. 222–224.

7. Нагорная В. Ф. Кандидозный вульвовагинит – современная проблема / В. Ф. Нагорная, Н. Байло // 3 турботою про жінку. – 2010. – № 9 (21). – С. 35–39.

8. Подольский В. В. Репродуктивное здоровье женщины – важнейшая проблема современности / В. В. Подольский // Здоровье женщины. – 2003. – № 1 (13). – С. 100–102.

9. Ранние прогностические критерии характера течения беременности у женщин с маркерами урогенитальной инфекции / Л. В. Посисеева, И. А. Панова, Н. Ю. Сотникова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 2. – С. 23–27.

10. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности / В. М. Сидельникова. – М. : Триада-Х, 2002. – С. 57–58.

11. Степанківська Г. К. Індукція пологів у жінок з передчасним розривом амніальних оболонок і недоношеною вагітністю / Г. К. Степанківська, Т. М. Дрінь // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2000. – № 6. – С. 92–95.

12. Стукалова О. М. Погляди на імунологію фізіологічної вагітності та звичного невиношування / О. М. Стукалова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – № 6. – С. 109–114.

13. Тихомиров А. Л. Привычное невынашивание беременности / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубин // Практикующий врач. – 2004. – № 3. – С. 10–21.

14. Хажиленко К. Немного нового о внутриутробных инфекциях / К. Хажиленко // 3 турботою про жінку. – 2010. – № 9 (21). – С. 42–45.

15. Щербаков А. Ю. Патогенетические особенности невынашивания беременности с исходом в неразвивающуюся беременность / А. Ю. Щербаков, Чен Шуи, В. Ю. Щербаков // Международный медицинский журнал. – 2008. – Т. 14, № 3. – С. 49–51.