

Гестоз как причина преждевременных родов

Целью исследования явилось определение частоты гестоза как причины преждевременных родов, оценка структуры экстрагенитальной патологии «сочетанных» гестозов, определение значения способа родоразрешения женщин с гестозом на перинатальную заболеваемость и смертность, сравнение полученных данных с аналогичными в 2003-1/2 2005 и 1989 гг. Ключевые слова: гестоз, преждевременные роды, способ родоразрешения, перинатальная заболеваемость и смертность

Гестоз является актуальной проблемой современного акушерства. За последние годы его частота увеличилась и колеблется от 7 до 20%. Механизм возникновения гестоза до сих пор остается неясным. Признано, что генетические факторы как материнского, так и отцовского происхождения могут определять его развитие. На современном этапе можно утверждать, что гестоз является осложнением беременности, связанным с нарушением процесса инвазии трофобласта и изменением характера гемодинамики в спиральных артериях миометрия (7). Вторично нарушается функция эндотелия как преплацентарных сосудов, так и сосудов самой плаценты. Увеличение концентрации тромбксана повышает агрегационную активность тромбоцитов, которые, собираясь в месте пораженного эндотелия, образуют локальные тромбы. Появление последних, отложение фибрина снижают перфузионную способность сосудистой сети плацентарной ткани, следствием чего является гипоксия плода.

Факторами риска развития гестоза являются отягощенный семейный акушерский анамнез, первые роды по сравнению с повторными, гипертония, хронические заболевания яичников, многоплодие, инсулинзависимый диабет, нарушения обмена веществ, в том числе и жирового обмена (3). Гестоз осложняет 36-86% беременностей на фоне гипертонической болезни, 26-63% беременностей на фоне ожирения, может отмечаться у женщин с заболеваниями пищеварительной системы, соединительной ткани. При латентном течении хронического пиелонефрита гестоз наблюдается у каждой второй беременной, а при рецидивирующем течении - у всех и протекает наиболее тяжело (2).

Тромбофилия, приобретенные дефекты гемостаза, к которым относится антифосфолипидный синдром, способствуют как неполноценной имплантации плодного яйца, так и недостаточной перфузии плаценты. Скрытые генетические формы тромбофилии и циркуляция антифосфолипидных антител выявляются у 70% беременных с гестозом (3, 4).

Воспалительный процесс в матке уменьшает проникновение трофобласта в эндомиотрий.

Патогенетическим лечением гестоза может быть только прерывание беременности. Досрочное родоразрешение беременных с резистентным к терапии гестозом связано с проблемами недоношенного ребенка. Встает вопрос о том, улучшает ли способ родоразрешения перинатальные исходы, так как испытывающий гипоксию плод с началом родовой деятельности, когда еще в большей степени нарушается маточно-плацентарное кровообращение, подвергается большому риску.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ 478 историй преждевременных родов; их составили 93 истории родов в 2003-1/2 2005 гг. (1-ая исследуемая группа), 385 историй родов в 1989 г. (2-ая группа). Данные временные интервалы выбраны в связи с формированием за практически 20 летний период времени концепции современного акушерства, предусматривающей рождение не только живого, но и здорового ребенка; для выполнения этого не только изучались причины и патогенез гестоза для разработки эффективных методов его профилактики и лечения, но и изменились взгляды на ведение родов высокого риска, расширились показания к кесареву сечению в интересах плода. Классификация гестоза проведена по методическим рекомендациям МЗ РФ, 1999 г.

Результаты, обсуждение

Исследование проводилось на основании архивных данных 2 ГКРД г. Минска. Четырехкратное превышение количества преждевременных родов в 1989 г. по сравнению с 2003-1/2 2005 гг. объясняется тем, что в 1989 г. на базе указанного учреждения существовал центр по невынашиванию беременности.

По полученным данным было установлено, что частота гестоза в 1-ой группе составила 24,7% (23 случая из 93), во 2-ой – 11,7% (45 случаев из 385).

Причины преждевременных родов в анализируемых группах указаны в таблице 1.

Таблица 1

Причины преждевременных родов

Акушерские осложнения	1 группа	2 группа
гестоз	23 (24,7%)	45 (11,7%)
преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	10 (10,8%)	10 (2,6%)
предлежание плаценты	-	14 (3,6%)
преждевременный разрыв в плодных оболочек	25 (26,8%)	113 (29,4%)
многоводие	-	4 (1%)
резус – конфликтная беременность	-	6 (1,6%)
несостоятельность рубца на матке	1 (1,1%)	-
субкомпенсированная плацентарная недостаточность	1 (1,1%)	-
Общие терапевтические осложнения		
пиелонефрит	-	2 (0,5%)
Разные		
внутрибрюшное кровотечение	-	1 (0,3%)
эпилепсия	1 (1,1%)	-
схватки	32 (34,4%)	190 (49,3%)
	100%	100%

В настоящее время большое значение в развитии гестоза придают фоновым состояниям. Возраст является одним из факторов, который влияет на возникновение, течение и исход данной патологии. Гестоз чаще встречается у юных и возрастных беременных, что связано со снижением адаптационных возможностей организма у данного контингента женщин к патогенным факторам и стрессам. Процент женщин моложе 18 и старше 30 лет в 1 – ой и 2 – ой группах составил 34,8% и 46,7% соответственно. Определенную роль в развитии гестоза отводят гинекологической патологии: нарушению менструального цикла, воспалительным процессам гениталий, миоме матки, порокам развития половых органов, абортam. В анализируемых группах частота гинекологических заболеваний составила 43,4% в 1-ой и 26,6% во 2 – ой группе (таблица 2). В 2003-1/2 2005 гг. воспалительные процессы гениталий встретились у 8 беременных, миома матки- у двух. В 1989 г. рецидивирующие кольпиты, аднексит в анамнезе были у 9, миома матки – у двух, врожденный порок матки-uterus duplex-у одной беременной. К группе повышенного риска возникновения гестоза следует отнести женщин с многоводием, многоплодием, анемией, невынашиванием беременности, токсикозом. Экстрагенитальная патология является фоном для развития сочетанных форм этого осложнения беременности. « Чистый» гестоз отмечен только у трех женщин (13%) в первой группе и у 12 женщин (26,7%) во второй.

Таблица 2

Факторы риска гестоза

Показатель	1 группа	2 группа
Первородящие старше 30 лет	4 (17,4%)	11 (24,4%)
Наличие в анамнезе недоношенности	4 (17,4%)	15 (33,3%)
Гинекологическая патология	10 (43,4%)	12 (26,6%)
Заболевания сердечно-сосудистой системы	7 (30,4%)	11 (24,4%)
Заболевания почек	3 (13%)	7 (15,6%)
Эндокринная патология	5 (26%)	3 (6,7%)
Антифосфолипидный синдром	1 (4,3%)	-
Заболевания пищеварительной системы	4 (17,4%)	1 (2,2%)
Ожирение	5 (21,7%)	11 (24,4%)
Анемия беременных	4 (17,4%)	7 (15,6%)
Гестационный пиелонефрит	2 (8,7%)	2 (4,4%)
Угроза прерывания	2 (8,7%)	10 (22,2%)
Токсикоз	1 (4,3%)	2 (4,4%)
Преждевременная отслойка плаценты	1 (4,3%)	5 (11,1%)
Многоплодие	1 (4,3%)	3 (6,7%)
Выявлено ИППП	4 (17,4%)	-

При анализе историй преждевременных родов было выявлено, что в первой группе тяжелый гестоз (включая такие его осложнения, как преждевременная отслойка плаценты, преэклампсия) встретился у 15 женщин (65,2%); все они были родоразрешены путем операции кесарево сечение. Перинатальная смертность составила 5,9% (таблица 3). Летальный исход связан с интранатальной гибелью плода массой 465 г; показанием для перевода в реанимационное отделение были ателектазы легких с выраженной дыхательной недостаточностью (5 случаев), БГМ (5 случаев). Характерными изменениями плаценты у беременных с тяжелым гестозом являлись ишемические, тромботические, склеротические процессы; в одном случае описан гнойный плацентит.

Во второй группе у 22 беременных гестоз имел тяжелое течение (48,9%). Только 7 из них были прооперированы (рисунок 1). Летальные исходы при оперативном родоразрешении составили антенатальная гибель плода при массивной преждевременной отслойке плаценты в одном случае и ранняя неонатальная гибель плода с задержкой развития от родового повреждения после извлечения в тазовом предлежании (один случай). Показанием для перевода в реанимационное отделение были пневмония на фоне пневмопатии (5 случаев), БГМ (5 случаев). Нарастание давления, протеинурии на фоне интенсивной терапии в течение 2 – 14 дней у 9 женщин явилось показанием для индукции родов путем амниотомии. Проводилась предварительная подготовка к родам путем создания витаминно – глюкозо – кальциевого фона. Срок беременности к моменту индукции составлял 29-36 недель. Все случаи летальных исходов, что составило 23% (таблица 4), связаны с интранатальной гибелью плодов массой 1100-1200 г; срок индукции – 29-30 недель, показание – тяжелое течение гестоза, продолжительность родов – 3 – 7,5 часов. При гистологическом исследовании в одном послегеде был выявлен гнойный плацентит (виллузит, интервиллезит).

Показанием для перевода в реанимационное отделение явилась пневмония на фоне пневмопатии.

За указанные периоды времени родилось 17 детей с массой тела 500-1500 г. При извлечении путем операции кесарева сечения плодов с крайне низкой массой тела (5 детей) перинатальная смертность была равна нулю, роды через естественные родовые пути (12) привели к перинатальной смертности с каждым третьем случае (их составили ранее описанные случаи интранатальной гибели плодов, а также один летальный исход, связанный с родовой травмой позвоночника). Таким образом, родоразрешение методом кесарева сечения, когда предполагаемая масса плода составляет 500-1500 г, дает более низкий уровень смертности, чем влагалищное родоразрешение; отдаленный прогноз более благоприятен (1, 5).

Фактор незрелости предрасполагает к механической травматизации ребенка, особенно при тазовых предлежаниях. Возможна травматизация шейного и грудного отделов спинного мозга и при проведении кесарева сечения с « косметическим » разрезом, недостаточным для щадящего выведения головки.

Таблица 3

Методы родоразрешения, исходы (1 группа)

Метод родоразрешения	Число случаев	Летальный исход	Отделение реанимации	Отделение недоношенных	Выписаны домой
Кесарево сечение	15	5,9%	29,4%	64,7%	-
Индукированные	4	-	-	50%	50%
Самопроизвольные	4			50%	50%

Таблица 4

Методы родоразрешения, исходы (2 группа)

Метод родоразрешения	Число случаев	Летальный исход	Отделение реанимации	Отделение недоношенных	Выписаны домой
Кесарево сечение	13	15,4%	15,4%	69,2%	-
Индукированные	13	23%	7,8%	69,2%	-
Самопроизвольные	19	4,8%	19%	71,4%	4,8%

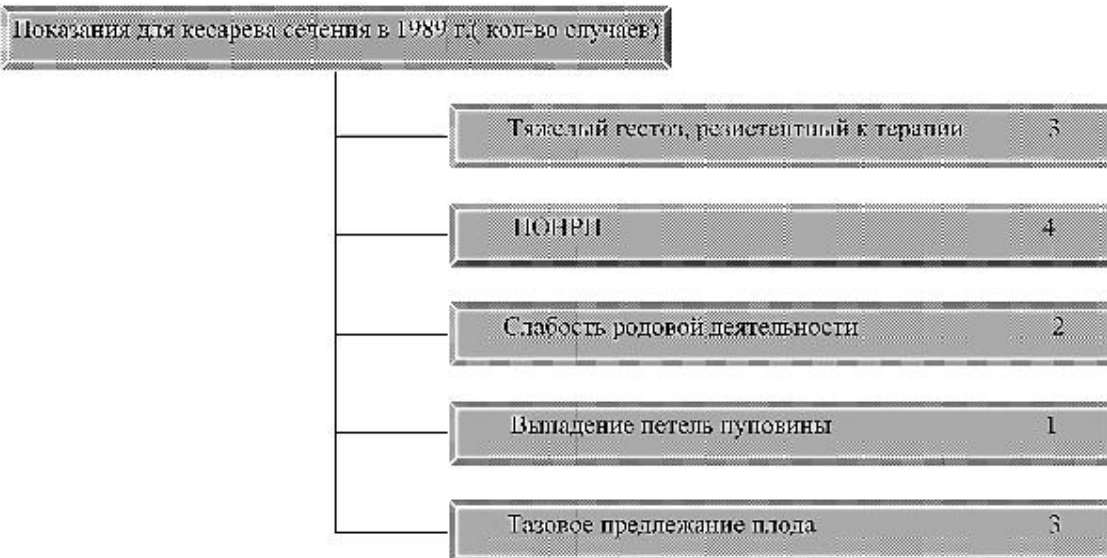


Рисунок 1 Показания для кесарева сечения во 2 группе

Самопроизвольные роды у беременных с гестозом начинались с преждевременного излития вод в 25% случаев в первой группе, в 47%-во второй. Таблица 5

Перинатальная заболеваемость

Перинатальная заболеваемость	1 группа	2 группа
Задержка внутриутробного развития	30%	35%
Нарушение мозгового кровообращения	34,8%	48,9%
Пневмопатии	34,8%	28,9%
Желтуха	13%	28,9%
Пневмонии	4%	10,4%

Данные таблицы 5 показывают, что при гестозе степень зрелости и уровень физического развития ребенка в момент рождения в 30-35% случаев меньше параметров, соответствующих гестационному возрасту.

Неспецифическое проявление гестоза-внутриутробная гипоксия плода, морфологическим субстратом которой является полнокровие головного мозга, его общий или локальный отек, в случаях тяжелого поражения-разнообразные кровоизлияния или участки ишемии. Для недоношенных детей характерны пери- и интравентрикулярные кровоизлияния. Антенатальная гипоксия часто сочетается с интранатальной асфиксией (6).

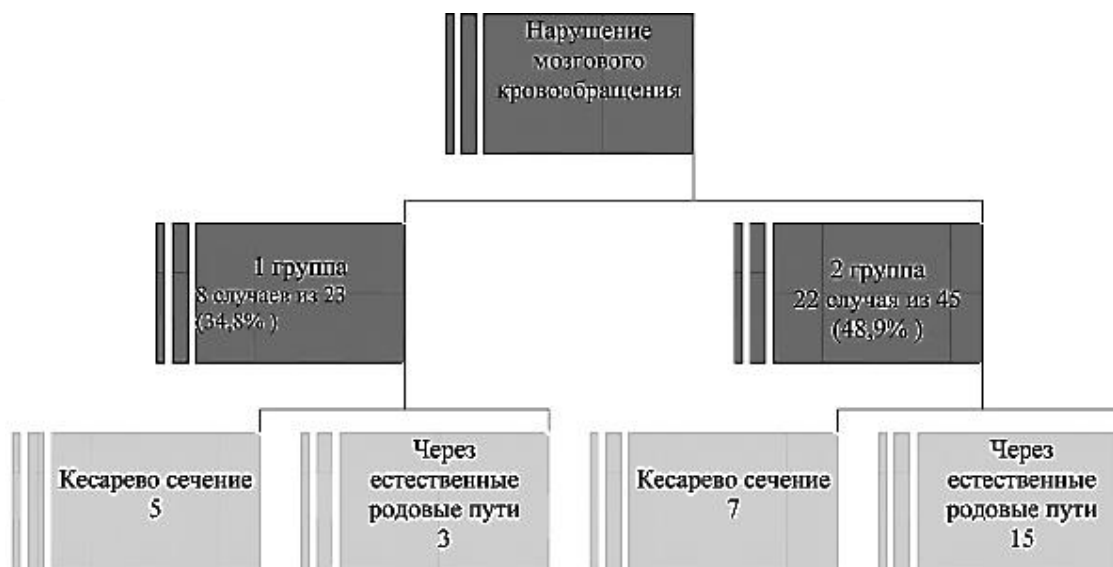


Рисунок 2 Влияние способа родоразрешения на перинатальную заболеваемость

Из приведенного рисунка 2 видно, что при равном количестве случаев родоразрешения методом кесарева сечения, случаев родов через естественные родовые пути во второй группе в 5 раз больше, что и повлияло на увеличение процента новорожденных с нарушением мозгового кровообращения (в 1,4 раз). Функциональная зрелость легких в большей степени, чем любого другого органа, определяет возможность выхаживания новорожденного. Из таблицы 5 видно, что в исследуемых группах ателектазы легких, БГМ были у 34,8% и 28,9% новорожденных соответственно, причем все случаи пневмопатий пришлось на недоношенных IV, III, II степени. БГМ развилась у двух новорожденных, извлеченных во время кесарева сечения. В этих случаях, к внутриутробной гипоксии и недоношенности прибавился еще один фактор риска развития генерализованного ателектаза – оперативные роды.

Выводы

1. Гестоз является одной из основных причин преждевременных родов. Тяжелое течение гестоза, появление его осложнений служит показанием для досрочного прерывания беременности.
2. В 2003 – S 2005 гг. в два раза уменьшилась частота « чистого » гестоза, его развитие на фоне экстрагенитальной патологии привело к возрастанию процента тяжелых форм (65,2% в 2003 – S 2005 гг. и 48,9% в 1989 г.).
3. Родоразрешение методом кесарева сечения при низкой массе плода (менее 1500 г) снижает перинатальную смертность. Применение кесарева сечения уменьшает процент нарушений мозгового кровотока у новорожденных, матери которых страдали гестозом, повышает риск развития БГМ.
4. Наличие гнойного плацентита у беременных с гестозом выявляет необходимость подготовки к беременности женщинам с воспалительными процессами гениталий. Определение маркеров инфекции (il – 6, цитокины) поможет подтвердить внутриутробное инфицирование.
5. Тяжелое течение гестоза требует обследования для выявления наследственных и приобретенных форм тромбофилий.
6. Актуальным остается вопрос применения истмико – корпорального кесарева сечения при извлечении недоношенного плода.

1. Абрамченко В.В., Шахмалова И.А., Ланцев Е.А. Кесарево сечение в перинатальной медицине.СПб.: ЭЛБИ СПб., 2005.-226 с.
2. Городничева Ж.А., Пономарева И.В. Особенности течения беременности у женщин с АФА при гестозе//Акушерство и гинекология.-1998.-№5.-С35-38.
3. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство. Мн.: Выш. шк.,1997.-604 с.
- 4.Макацария А.Д., Мищенко А.Л., Бицадзе В.О. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови в акушерской практике.Триада-Х,2002.-496 с.
5. Преждевременные роды: Пер. с англ./под ред. М.Г.Эльдера, Ч.Х.Хендрикса.- М.: Медицина, 1984, 304 с., ил.
6. Руководство по неонатологии/под ред.Г.В.Яцык.-М.: Медицинское информационное агентство, 1998.-400 с.
7. Савельева Г.М., Кулаков В.И. Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза // Российский вестник акушера-гинеколога.-2001.-3(5).-С.66-72.
8. Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза. Методические указания № 99/80. (Савельева Г.М. и др.). Москва. 1999.52 с.