

А. И. Герман

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. В. М. Савицкая

Кафедра акушерства и гинекологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

ГКРД № 2, г. Минск

A. I. Herman

RISK FACTORS FOR PREMATURE LABOR

Tutors associate professor V. M. Savitskaya

Department of Obstetrics and Gynecology,

Belarusian State Medical University, Minsk

Maternity hospital №2, Minsk

Резюме. Проанализированы факторы, имеющие значение в генезе преждевременных родов. Показана роль материнских характеристик, включая возраст, акушерский анамнез, соматические заболевания, особенности течения беременности. Проанализирована роль инфекционных факторов. Систематический анализ изучаемых факторов позволит проводить оценку исходов беременности и определить направления и мероприятия по профилактике преждевременных родов.

Ключевые слова: плацента, экстремально низкая масса тела новорожденных, беременность, преждевременные роды.

Resume. Factors of importance in the genesis of premature birth have been analyzed. The role of maternal characteristics including age, obstetric history, somatic diseases, peculiarities of pregnancy course is shown. The condition of the placenta has been studied. The role of infectious factors is analyzed. Systematic analysis of the factors under study will make it possible to assess the outcomes of pregnancy and determine the directions and measures to prevent premature birth.

Keywords: placenta, extremely low birth weight, pregnancy, premature birth.

Актуальность. Актуальной медицинской и социальной проблемой является невынашивание беременности и преждевременные роды. Перинатальная смертность в этой группе в 35 раз выше, чем у доношенных детей. При преждевременных родах в плаценте происходит ряд патологических изменений в зависимости от причины, вызвавшей их. Возможность их изучения ретроспективна, когда преждевременные роды уже произошли.

Цель: выявить факторы риска развития недоношенной беременности и их влияние на формирование здоровья новорожденных, провести ретроспективную оценку течения преждевременных родов в соответствии с морфологическим состоянием плаценты.

Задачи:

1. Проанализировать морфологическое состояние плаценты и ее влияние на развитие преждевременных родов.
2. Исследовать акушерский и гинекологический анамнез для выявления факторов, способствующих развитию преждевременных родов.
3. Оценить влияние недоношенной беременности на формирование здоровья новорожденного.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 27 историй преждевременных родов с экстремально низкой массой тела новорожденных за 2018 - 2019

гг. на базе УЗ «2 ГКРД» г. Минска, анализ морфологического состояния плаценты (по данным результатов гистологического ответа). Для решения поставленных задач использовалась учебная и научная литература.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования 27 историй преждевременных родов с экстремально низкой массой тела новорожденных за 2018 - 2019 гг. было выявлено, что возраст женщин варьировал от 24 до 38 лет (Средний возраст – 31 ± 1.61 год). Всем пациенткам проведено общеклиническое обследование, УЗИ плода, доплерометрия кровотока.

В ходе анализа акушерского анамнеза было установлено, что число первобеременных и первородящих в данной обследуемой группе составило 29,6% и 37,0% соответственно (отмечено достоверное превалирование первородящих). Многоплодные беременности в исследуемой группе встречались в 5 случаях – 18,5%. Среднее количество беременностей – 2 ± 0.48 в анамнезе у обследованных женщин. Из них 7,0% ($p > 0,05$) завершились срочными родам без осложнений, 19,3% ($p > 0,05$) – с прерываниями беременности, причинами которых были аборт по медицинским показаниям (врожденные пороки развития плода не совместимые с жизнью), самопроизвольные выкидыши. Паритет родов в среднем составил 2 ± 0.28 , из которых последнее родоразрешение (наше исследование) производилось путем кесарева сечения во всех случаях. Количество беременностей, протекавших на фоне ХФПН и ХВГП составило 59,2%. Частота преэклампсии/эклампсии – 37,0%, что явилось одной из основных причин досрочного родоразрешения у исследуемой нами группы. Угроза прерывания беременности встречалась в 48,1% случаев. Из них несколько госпитализаций – 18,5%.

При изучении гинекологического анамнеза установлено, что хронические воспалительные заболевания генитального тракта (аднексит, сальпингоофорит) составили 44,4%, кольпит – 33,3% , эрозия шейки матки - 37,0% случаев. С синдромом поликистозных яичников – 7,4% женщин.

Из данных литературы и наших исследований выявлено, что большой вклад в частоту материнской и перинатальной заболеваемости и смертности вносит наличие экстрагенитальной патологии, удельный вес которой неуклонно растет, а также осложнений беременности.

Частота экстрагенитальной патологии в исследуемой группе составила 77,8%. Среди них встречаются сердечно-сосудистые заболевания в 14,3% случаев, заболевания желудочно-кишечного тракта – 19,0%, заболевания мочевыделительной системы – 14,3%, нарушение эндокринной системы – 38,1% (в т.ч. НЖО – 14,3%), анемия – 14,3%.

В ходе проведенного нами исследования, при изучении гистологического ответа плацент выявлено, что основными морфологическими признаками фетоплацентарной недостаточности плаценты при неинфекционных факторах недонашивания беременности являются ранние изменения в сосудах децидуальной оболочки в виде спазма, облитерации просвета спиральных артерий, уменьшении объема сосудистого русла ворсинчатого дерева, уменьшении объема хориального эпителия и периферического трофобласта, увеличении отложений материнского и плодового фибриноида, что указывает на сосудистый генез плацентарной недостаточности, обусловленный патологическим ангиогенезом в плаценте.

Также было выявлено, что в исследуемой группе новорожденных с экстремально низкой массой тела преобладает мужской пол, что составляет 57%. Средний гестационный возраст новорожденных оставил 204 ± 4.32 дня (min – 181 д., max – 271 д.). Средний вес – 896 ± 37.71 г. (min – 650 г., max – 980 г.). Средние показатели оценки по шкале Апгар на 1-й составили 5 ± 0.48 балла и 5-й минутах после рождения все новорожденные были переведены на ИВЛ. А также 1 ребенок в исследуемой группе умер в сроке гестации 218 дней.

Нами установлено, что в каждом сроке беременности есть свои основные причины прерывания:

1. Срок беременности до 28 недель связан с экстремально низким весом плода. Основные причины прерывания: ИЦН, инфицирование и разрыв плодного пузыря.

2. В сроке 28-33 недели причины разнообразны и многочисленны. Зависят в большинстве случаев от осложнений прерывания беременности: плацентарная недостаточность, гестоз, перинатальные инфекции.

3. В сроке 34-36 недель роды более благоприятны для новорожденного. Основные причины преждевременных родов в этом сроке: соматические заболевания матери, осложнения беременности, внутриутробная гипоксия плода, связанная с плацентарной недостаточностью.

В результате проведенного нами анализа установлено, что заболеваемость новорожденных недоношенных детей зависит от основных причин возникновения преждевременных родов.

Несомненно, на первое место выходит синдром дыхательных расстройств, далее идут рассеянные ателектазы легкого, ЗРП, гипоксия плода.

Настораживает рост заболеваемости с врожденной пневмонией, возможно связанный с несвоевременной санацией очагов инфекции у беременных женщин. Во время беременности на эмбрион и плод воздействуют не только возбудители, но и токсичные продукты, образующиеся при нарушении метаболизма у матери, гипертермия, гипоксия тканей, присутствующие при остром процессе.

Необходимо отметить, что одним из важнейших триггерных факторов является антибиотикотерапия, которая ведет к нарушению взаимоотношений организма и его микрофлоры.

Длительное применение гормональной контрацепции в репродуктивном возрасте, тяжелая экстрагенитальная патология, гормональные и хирургические способы лечения невынашивания беременности увеличивают риск развития инфекционно-воспалительных осложнений во время беременности.

Выводы:

1 Фетоплацентарная недостаточность и инфекционно-воспалительные заболевания, в том числе органов репродуктивной системы женщин, являются наиболее частыми факторами риска развития преждевременных родов.

2 Наиболее значимыми этиологическими факторами преждевременных родов по результатам гистологического исследования являются: нарушение дифференцировки ворсин, воспалительный процесс в децидуальной ткани.

3 Морфологическими критериями патологии плаценты являются: воспаление и кровоизлияния в децидуальной ткани, недостаточная децидуальная трансформа-

ция стромы эндометрия, неполная перестройка спиральных артерий, избыточное выпадение фибриноида в межворсинчатом пространстве.

4 Пациенткам, планирующим беременность, рекомендуется проводить инфекционный скрининг для выявления и санации генитальных и экстрагенитальных очагов инфекции с целью профилактики невынашивания беременности.

5 Для профилактики преждевременного прерывания беременности необходимо обследовать женщин группы риска вне беременности.

6 ФПН и внутриутробная инфекция во время беременности имеет нередко субклиническое течение, что опасно для плода образованием внутрижелудочковых кровоизлияний, развитием пневмонии, поражением мозга, недоношенности и смертности.

7 Необходима прегравидарная подготовка к беременности, особенно у женщин с наличием экстрагенитальной патологии.

8 Применение антибактериальной терапии до беременности, во время беременности, а также проведение доплерометрии и контроль КТГ не снижают частоту преждевременных родов, но могут их отсрочить для проведения профилактики РДС плода и тем самым обеспечить рождение более зрелого новорожденного, позволяя этим улучшить пренатальные исходы.

Литература

1. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е. Преждевременные роды. М., 2002. С. 176—178.
2. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е. Акушерство. Национальное рук-во. – М., 2009. – 250 с.
3. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды и недоношенный ребенок. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. С. 303—304.
4. Лебедева О.В. Заболеваемость и смертность детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении: факторы риска и пути снижения // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. Т.9. №2. С.30.
5. Альбицкий В.Ю., Галиева С.Х. Состояние здоровья детей родившихся недоношенными. Рос. педиат. журн. 1998; № 4. С. 12—15.
6. 1. Айламазян Э. К., Евсюкова И. И. Дискуссионные проблемы преждевременных родов и выхаживания детей с экстремально низкой массой тела // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – Том LX. Выпуск 3. – С. 183–189.