

УДК 618-084:618.3:618.5-022:616-053.3

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ НА ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ У ЖЕНЩИН С ИНФЕКЦИЕЙ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Н.В. Лазарева, к. м. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии,
Институт последиplomного образования ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

В статье представлен анализ течения беременности, родов, послеродового периода, морфологических особенностей последа, состояния плода и новорожденного у 256 женщин, имевших обострение инфекционного процесса во время беременности. Проведена оценка эффективности подготовки и планирования беременности у женщин с инфекционной воспалительной патологией репродуктивной системы. Проведение поэтапной реабилитации с начала беременности приводит к снижению частоты осложнений и улучшению перинатальных исходов, но не позволяет достигать более благоприятных результатов, какие дает полный комплекс мероприятий, начатых с подготовки и планирования беременности, с последующим применением лечебно-профилактических мероприятий во время беременности, родов и послеродового периода.

Ключевые слова: прегравидарная подготовка, беременность, роды, новорожденный ребенок, инфекция.

The course of pregnancy, labor, postpartum period, the morphological features of the afterbirth, and the status of fetuses and neonatal infants were analyzed in 253 females with an exacerbation of infection during the current pregnancy. Stepwise rehabilitation made since the onset of pregnancy reduces the incidence of complications and improves perinatal outcomes, but it fails to achieve such good results as a complete package of measures initiated with the preparation and planning pregnancy, followed by the implementation of therapeutic-and-prophylactic measures during pregnancy, labor, and postpartum period.

Key words: preparation for pregnancy, pregnancy, child-birth, new-born child, infection

Одним из актуальных направлений клинической медицины, в том числе акушерства и перинатологии, является проблема перинатальной инфекции. Развитие инфекционного процесса во время беременности является весьма распространенным явлением. Многие потенциальные возбудители инфекционных заболеваний способны передаваться от матери к ребенку, и хотя в большинстве случаев это не приводит к серьезным перинатальным последствиям, в целом ряде случаев инфицирование плода может явиться причиной не только заболеваний, но и гибели новорожденного. По данным В.И. Кулакова и соавт. [1], к группе риска по инфекционной патологии у матери, плода и новорожденного следует отнести около 25% беременных, поступающих в акушерские стационары и перинатальные центры. В структуре причин материнской смертности в Российской Федерации на долю инфекционной патологии приходится около 13-15%, а среди гинекологических заболеваний воспалительные процессы половых органов бактериально-вирусной природы составляют 50% [1, 2].

В последние годы инфекционная патология превалирует и в структуре причин перинатальной смертности, обуславливая от 11 до 45% потерь [3, 4, 7, 9, 14]. Мертворождаемость при этой патологии достигает 14,9–16,8%. Перинатальная смертность при беременности, осложненной инфекцией, составляет 6,57-6,77‰ [2, 8, 10, 15].

Согласно данным литературы, важнейшим и неотъемлемым этапом при инфекционной патологии репродуктивной системы является правильная прегравидарная подготовка женщин [5, 6, 11, 13]. Авторы подчеркивают, что проведение мероприятий по борьбе с инфекцией необходимо начинать до наступления беременности.

Целью исследования явилась оценка эффективности подготовки и планирования беременности у женщин с отягощенным акушерским анамнезом, инфекционной патологией репродуктивной системы.

Материал и методы исследования

Проведен анализ течения беременности, родов, послеродового периода, морфологических особенностей последа, состояния плодов и новорожденных у 256 женщин, имевших обострение хронической инфекции во время беременности.

1-ю группу составили 62 женщины, взятые под наблюдение до наступления настоящей беременности в женской консультации в связи с патологией репродуктивной системы на фоне имевшегося хронического инфекционного процесса. Данная группа женщин прошла полный комплекс клинико-лабораторного обследования с последующим проведением им полной программы прегравидарной подготовкой и превентивных мероприятий, разработанных нами (общегигиенические мероприятия, ЛФК, адаптогены, рациональное питание, специфическая антибактериальная терапия и т. д.). После чего была запланирована беременность, при которой им провели комплексное обследование и лечение.

2-ю группу составили 108 женщин, взятых под наблюдение с первых недель беременности и прошедших комплексное обследование и лечение при беременности без подготовки к ней.

В 3-ю группу вошли 86 женщин, которые находились под наблюдением с конца II или начала III триместра беременности и, соответственно, не получили полного курса поэтапной реабилитации.

Всем женщинам проводили общеклинические методы исследования, микробиологическое выделение и идентификацию



микроорганизмов, ультразвуковую фето- и плацентометрию, доплерометрическое исследование маточно-плацентарно-плодового кровотока, кардиотокографию. Все последы родившихся детей были направлены на морфологическое исследование.

Статистическую обработку полученных результатов выполняли с использованием пакета прикладных программ для статистической обработки данных STATGRAPHICS Plus for Windows версии 3.0, STATISTICA for Windows версии 6.0 Excel-2000.

Достоверность различий между сравниваемыми группами оценивалась по критериям Стьюдента. Различия сравниваемых величин признавали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. Достоверность разности выборочных параметров показала, что основной вывод выборочного исследования о различии параметров сравниваемых групп может быть обобщен и перенесен на соответствующие генеральные совокупности.

Результаты исследования и обсуждение

Исходная клиническая характеристика женщин всех групп достоверных различий по всем параметрам не имела, т. е. группы были идентичны. Большинство женщин отмечали в анамнезе тяжелое (с частыми рецидивами) течение генитальной герпетической, цитомегаловирусной (ЦМВ), хламидийной инфекций, частые ОРВИ, детские и экстрагенитальные инфекции имели возраст старше 30 лет, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (хронические воспалительные заболевания придатков и матки, нарушения менструальной функции, бесплодие, неразвивающиеся беременности, плацентарную недостаточность, преждевременные роды, перинатальные потери, внутриутробное инфицирование плода, гипотрофию новорожденного).

Во время настоящей беременности пациентки имели различные осложнения, данные о которых представлены в тексте.

Как видно, практически половина осложнений встречалась достоверно чаще ($p < 0,05$) у женщин 2-ой и 3-ей групп. Однако наибольшее их число имело место у беременных 3-ей группы. Так, частота таких осложнений, как гестоз, угроза преждевременных родов, анемия, встречались в среднем в 2 раза чаще у беременных в 3-ей группе, чем в 1-ой. Необходимо отметить, что эти же осложнения при сравнительной оценке показателей во 2-ой, 3-ей и группах достоверно чаще ($p < 0,05$) наблюдались в последней, т. е. у женщин, не состоящих на учете, что явилось закономерным следствием отсутствия профилактических, а в ряде случаев и своевременных лечебных мероприятий, что согласуется с данными литературы [5, 6, 9].

Следует отметить, что у женщин, обратившихся в высококвалифицированный стационар в конце II или в III триместре беременности, клинические признаки плацентарной недостаточности в той или степени выраженности развились в 94,1% случаев.

Перенесенные инфекционные заболевания в период беременности представлены в таблице 1.

На основании данных таблицы 1 видно, что проведение своевременных лечебно-профилактических мероприятий позво-

лило снизить частоту обострений герпетической инфекции, хламидиоза, мико- и уреоплазмоза и заболеваний органов мочевого выделения в 1,5-2 раза. Однако обращает на себя внимание то, что несмотря на профилактику и лечение в период беременности, частота хламидиоза и микоплазмоза оставалась высокой у беременных 2-ой группы, превышая более чем в 1,5 раза аналогичные показатели у женщин 1-ой группы. Данный факт во многом обусловлен ограниченными возможностями проведения антибактериальной терапии во время беременности и подтверждает необходимость санации имеющихся очагов инфекции до беременности [3, 11, 15].

Таблица 1. Инфекционные заболевания, наблюдавшиеся во время беременности у женщин

Инфекционные заболевания при беременности	Группы					
	1-я (n=62)		2-я (n=108)		3-я (n=86)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ОРВИ	15	23,9	23	21,6	20	24,3
Заболевания мочевыделительной системы	12	19,1	22	20,6	26	30,4
Герпетическая инфекция	18	28,9	36	33,7*	46	53,9**
Хламидиоз	12	18,9	32	29,4*	32	37,5**
Уреоплазмоз	11	17,4	34	31,8*	33	38,6**
Вагинальный кандидоз	22	34,9	42	38,9	33	38,6
Обострения заболевания во время беременности	13	20,9	35	32,4	49	56,9

Примечание: Достоверность различий по сравнению с показателями 1-ой группы: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$.

У большинства женщин 1-й группы рецидив инфекционного заболевания отмечался 1 раз за беременность, во 2-ой группе – 2-3 раза и в 3-ей группе число рецидивов у многих женщин (37,6%) составило 3 раза и более. В среднем на 1 больную в 1-ой группе пришлось 0,6 рецидива, во 2-ой – 2,2, в 3-ей – 2,6. Проведение лечебно-профилактических мероприятий во время беременности позволило снизить число рецидивов всего в 1,2 раза, в то время как полная подготовка, начавшаяся до беременности, уменьшила этот показатель в 4,3 раза.

У беременных 1-ой группы типичное, атипичное и субклиническое течение инфекции встречались примерно с одинаковой частотой, тогда как у беременных 2-ой и 3-ей групп преобладали атипичные и субклинические формы заболевания, что по данным литературы [1, 3, 12] является неблагоприятным фактором в плане реализации внутриутробного инфицирования и неонатальной заболеваемости.

Наиболее часто признаки плацентарной недостаточности и их выраженность наблюдали у беременных 3-ей группы. Проведение своевременной поэтапной реабилитации во время беременности позволило снизить частоту нарушений кровотока в фетоплацентарном комплексе (доплерометрия) в 1,7 раза, внутриутробное страдание плода (кардиография) – в 2,4 раза, задержку внутриутробного развития плода (УЗИ) – в 1,5 раза, гипоплазию плаценты – в 1,3 раза, многоводия – в 2,6 раза. Наиболее обнадеживающие результаты были получены у женщин 1-ой группы, прошедших прегравидарную подготовку и поэтапную реабилитацию с начала беременности. Частота нарушений кровотока у этих беременных в

фетоплацентарном комплексе была значительно ниже, а признаков задержки внутриутробного развития плода не выявлено, что свидетельствует о хорошей сохранности трофической функции плаценты и отсутствии декомпенсации ее деятельности. Высокая частота многоводия, наблюдавшаяся у беременных 3-ей группы, еще раз подтверждает данные литературы о том, что этот показатель является косвенным маркером активного инфекционного процесса [1, 3, 10, 14].

Таблица 2. Морфологическая оценка плацентарной недостаточности у женщин

Характер плацентарной недостаточности	Группы					
	1-я (n=62)		2-я (n=108)		3-я (n=86)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Компенсированная	58	93,7	85	78,8	56	65,7
Субкомпенсированная	4	6,3	18	16,5	22	24,9
Декомпенсированная	-	-	5	4,7	8	9,4

Примечание: Достоверность различий по сравнению с показателями 1-ой группы: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$.

Наиболее неблагоприятный исход беременности для плода отмечался у беременных 3-ей группы. Частота преждевременных родов у них составила 30,6% (26 женщин), что почти в 1,5 раза превышало данную частоту во 2-ой группе (23,4% – 25 женщин) и более чем в 3 раза в 1-ой (9,8% – 6 женщин).

У беременных 2-ой и 3-ей групп достоверно чаще отмечалось несвоевременное излитие околоплодных вод (19,7; 33,6 и 37,6% по группам соответственно), что указывает на определенную роль инфекции в генезе этой патологии. Частота данного осложнения у женщин 1-ой группы была в 1,5 раза ниже, чем во 2-ой и 3-ей группах. В последних группах острая гипоксия плода в родах была более чем в 2 раза чаще (6,6; 14,9 и 15,3% по группам соответственно).

У женщин 3-ей группы частота гнойно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде была в 2-3 раза выше по сравнению с таковой в 1-ой группе. У женщин 2-ой группы такие осложнения, как субинволюция матки и тромбофлебит, встречались также достоверно чаще, чем в 1-ой группе. Обращает на себя внимание высокая частота анемии (22,9; 22,4 и 40%) во всех группах.

При морфологическом исследовании последа диагноз плацентарной недостаточности ставили с учетом выраженности деструктивных и компенсаторно-приспособительных процессов. В последах всех женщин с активацией инфекционного процесса во время беременности обнаружены морфологические признаки плацентарной недостаточности, выраженность которых зависела от степени патологического воздействия инфекционного фактора, состояния иммунитета беременной, своевременного проведения лечебно-профилактических мероприятий.

В таблице 2 представлены морфологические формы плацентарной недостаточности у обследованных женщин. Как видно из данных таблицы 2, проведение всего комплекса необходимых мероприятий с догестационного периода (1-я группа) позволило избежать развития декомпенсации функций плаценты и свести к минимуму субкомпенсирован-

ные формы заболевания. Частота декомпенсированных форм плацентарной недостаточности снизилась в 2 раза, субкомпенсированных – в 1,5 раза.

Кроме того, своевременно проведенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий, включая диагностику и лечение хронических вирусных инфекций, санацию очагов хронической инфекции, способствовал более полной реализации компенсаторно-приспособительных возможностей последа, что обусловлено частичной нейтрализацией цитопатогенного действия вирусов. Причем, это касается не только вирусов простого герпеса (ВПГ) и цитомегаловируса, но и ассоциирующихся с ними вирусов и бактерий.

Анализ исхода родов для плода и течения периода новорожденности у 259 (62, 109 и 88 по группам соответственно) детей (в 1 случае во 2-ой группе и в 2 – в 3-ей группе двойни) свидетельствовал о том, что средние показатели массы тела и роста новорожденных были наиболее низкими у женщин 3-ей группы. Эти данные являлись отражением степени выраженности нарушений функции плаценты, а также рождением недоношенных детей и детей с гипотрофией. Частота рождения недоношенных детей в 1-ой группе составила 9,8%, во 2-ой и 3-ей группах – 23,2 и 33,3% соответственно. Степень воздействия пре- и интранатальных факторов риска и осложнений отразилась на состоянии детей. Более 80% детей 1-ой группы родились в удовлетворительном состоянии, большинство детей (72,3%) 2-ой группы родились в удовлетворительном состоянии или имели асфиксию легкой степени. В то же время в 3-ей группе только 10% детей родились с оценкой состояния по шкале Апгар 8-10 баллов, а 90% имели ту или иную степень асфиксии, в том числе 41,3% – средней и тяжелой степени. Новорожденные всех групп имели различные по степени выраженности нарушения процессов адаптации в раннем неонатальном периоде. Общая симптоматика отмечалась с высокой частотой во всех группах, однако достоверно выше оказалась во 2-ой и 3-ей группах. Необходимо отметить, что степень выраженности симптоматики была различной, и если в 1-ой и 2-ой группах преобладали легкие формы, то в 3-ей – имели место более выраженные нарушения. Частота таких признаков дизадаптации, как патологическая потеря массы тела, позднее ее восстановление, отпадение пуповинного остатка после 7-го дня, так же, как и несовершенство системы гомеостаза организма, достоверно чаще наблюдались во 2-ой и 3-ей группах в связи с большим количеством в них недоношенных детей и новорожденных с гипотрофией.

Частота гипотрофии новорожденных была достоверно ниже в 1-ой группе (9,8%) по сравнению с таковой во 2-ой (20,4%) и 3-ей (32,2%). Подавляющее большинство неонатальной инфекции в 1-ой группе пришлось на малые ее формы (конъюнктивит, вези-кулопустулез и др.), во 2-ой группе проявление инфекции примерно с одинаковой частотой распределилось между малыми формами и пневмонией, в то время как в 3-ей группе – между пневмонией и генерализованными формами инфекции, что согласуется с литературными данными [4, 7, 13].



Достоверно более высокая частота транзиторных неврологических изменений во 2-ой и 3-ей группах связана с высокой частотой рождения в этих группах недоношенных и детей с гипотрофией, со степенью тяжести асфиксии и более тяжелыми формами инфекции. В этих группах чаще (в среднем в 3 раза) встречались и транзиторные внутричерепные кисты и кисты сосудистых сплетений желудочков, являющиеся одними из косвенных маркеров внутриутробного инфицирования плода.

Заключение

Представленные данные свидетельствуют о том, что проведение полного комплекса клинико-лабораторного обследования с подготовкой и планированием беременности, а также поэтапной реабилитации во время нее у женщин с инфекцией позволило снизить частоту осложнений беременности в 1,8 раза; тяжесть течения инфекционного процесса (частоту и длительность рецидивов) – в 2,2 раза; частоту преждевременных родов – в 1,8 раза; осложнений родового акта: несвоевременного излития околоплодных вод и острой гипоксии плода – в 1,4 раза; гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде – в 2,2 раза; асфиксию новорожденных – в 1,6 раза; гипотрофию новорожденных – в 2,1 раза; тяжелые формы неонатальной инфекции – в 2,3 раза.

Таким образом, проведение поэтапной реабилитации с начала беременности приводит к снижению частоты осложнений и улучшению перинатальных исходов, но не позволяет достигать таких благоприятных результатов, какие дает полный комплекс мероприятий, начатых с подготовки и планирования беременности, с последующим применением лечебно-профилактических мероприятий во время беременности, родов и послеродового периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкирская А.С. Микробиология влагалища и профилактика акушерской патологии. Инфекции и антимикробная терапия 1999; Т.1; 3: 89-91.
2. Антибактериальная терапия инфекционной патологии репродуктивной системы женщины/О.И. Линева, Н.Ф. Давыдкин, Т.А. Федорина и др. Самара: ГП «Перспектива», 1999. 184 с.
3. Гуртовой Б.Л., Анкирская А.С., Ванько Л.В., Бубнова Н.И. Внутриутробная бактериальная и вирусная инфекция плода и новорожденного. Акушерство и гинекология 1994; 4: 20-26.
4. Зайдиева З.С., Тютюнник В.Л., Цахилова С.Г. Тактика ведения беременности и родов у больных с генитальной герпетической инфекцией. Российский медицинский журнал 1998; 5: 33-36.
5. Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. М., 2004. 494 с.
6. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е. Преждевременные роды. М.: Медицина, 2002. 176 с.
7. Милованов А.П. Патология системы мать – плацента – плод. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1999. 448с.
8. Радзинский В.Е. Фармакотерапия плацентарной недостаточности. Клиническая фармакология и терапия 1998; 7; 3: 91-96.
9. Серова О.Ф. Прегравидарная подготовка женщин с невынашиванием беременности (патогенетическое обоснование, критерии эффективности): Дис. докт. мед. наук. М; 2000.
10. Сидорова И.С., Макаров И.О. Фетоплацентарная недостаточность: клинико-диагностические аспекты. М.: Знание-М, 2000. 127с.
11. Федорова М.В., Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Тареева Т.Г. Внутриутробная инфекция. Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов 1997; 2: 89-99.
12. Cao Y.H., Lindel P., Shima D. In vivo angiogenic activity and hypoxia induction of heterodimers of placenta growth factor vascular endothelial growth factor. J. Clin. Invest. 1996. Vol. 98; 11: 2507-2511.
13. Daffos F. Means of diagnosing viral infections in the fetus. Arsh. Pediatr. 1999. Vol.6; 2: 409-410.
14. Horvath D., Kneffel P., Grasselly M. Et al. Symptomless amniotic infection related to pregnancy outcome. Orv. Hetil. 1999. Vol. 140; 47: 2627-2631.
15. Smulian J.C., Shen-Schwarz S., Vintzileos A.M. et al. Clinical chorioamnionitis and histologic placental inflammation. Obstet. Gynecol. 1999. Vol. 94; 6: 1000-1005.