

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ МАТЕРИНСКИХ ПОТЕРЬ И МЕРТВОРОЖДАЕМОСТИ

© А. Д. Попов

Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа — Югры; Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск

Преобладание неинфекционной патологии в структуре заболеваний населения экономически развитых стран сопровождается низкой смертностью и увеличением продолжительности жизни. Эти процессы происходят на фоне снижения рождаемости и репродуктивных потерь, причем структура последних существенно отличается в развитых и развивающихся странах. В странах с невысоким уровнем экономического развития материнская смертность формируется за счет кровотечений, гестозов, септических осложнений и аборт, то есть управляемых причин, в большей степени зависящих от медико-социальных условий и уровня жизни. В странах Европейского Союза, Северной Америки и Японии материнские потери существенно ниже среднего популяционного показателя и в структуре смертности преобладают так называемые неуправляемые причины [М. А. Репина, 2005; А. Д. Макацария и соавт., 2007].

Подобные процессы регистрируются в ряде регионов РФ, в том числе и в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре, 80 % жителей которого составляют мигранты в 1–3 поколениях. За период 1993–2008 годов в автономном округе, при снижении уровня материнских потерь в 4,5 раза, доля акушерских эмболий за последнее пятилетие выросла на 69,5 % и определяется как ведущая причина. Перинатальная смертность за пятнадцать лет снизилась более чем в 4 раза (с 20,3‰ до 4,8‰), однако доля мертворождаемости выросла с 34,4 % до 75 %. Особую актуальность эта проблема приобретает на фоне реализации социальных мер поощрения рождаемости, которые увеличивают долю беременных старшей возрастной группы, имеющих сочетанную экстрагенитальную патологию и значительный интергенетический период.

Актуальность исследования неуправляемых причин материнской смертности дополняется отсутствием методологической основы, так как не определены факторы, формирующие условия для развития и реализации патогенетических механизмов. Решение подобной задачи представляет определенные трудности, особенно в среде анестезиологов-реаниматологов и акушеров-гинекологов, научная и практическая дея-

тельность которых приобретает характер «синдромного» мышления и одностороннюю «узкоспециализированную» направленность. Критерии «управляемости» и «неуправляемости», предотвратимости и, следовательно, предвидения и прогнозирования определяется совокупностью механизмов, реализующих тот или иной процесс. Универсальный характер механизмов адаптации не может не проявить себя при критических и экстремальных состояниях, более того, морфофункциональные особенности свидетельствуют о напряжении и истощении защитных систем организма и его способности адекватно реагировать на внешние и внутренние воздействия.

Целью исследования явилось определение методологической основы анализа репродуктивных потерь (материнская смертность и мертворождаемость) от неуправляемых причин. Малочисленность группы и неполное присутствие системных параметров определила трудности статистической обработки, однако это не помешало достичь достаточной определенности и понимания ряда патогенетических механизмов, определивших трагический исход.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинских документов 12 беременных, рожениц и родильниц, погибших за 5 лет в акушерских стационарах автономного округа от эмболических осложнений. 1-я группа (5 — околоплодные воды, 1 — воздушная, 2 — тромбоэмболия), 2-я группа (1 — анафилактический шок и 3 — острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) вследствие разрыва врожденной аневризмы). Отбор и анализ медицинских документов проводился путем непрерывной выборки за 5 лет при наличии доказательных морфологических критериев, причем характер причины летального исхода позволил отнести эти потери к категории неуправляемых.

Доля нерожавших перво- и повторнوبرеменных составила 50 % в обеих группах.

Оценка анамнестических сведений, соматического и акушерского статуса определила достаточную однородность клинических показателей в группе с эмболическими осложнениями:

- сахарный диабет и гипертоническая болезнь у ближайших родственников;
- дебют нейроэндокринных расстройств на втором десятилетии (пубертатно-юношеский базофилизм, повышение артериального давления, выраженные вегетативные нарушения);
- расстройства менструальной функции;
- хронические воспалительные заболевания, в том числе рецидивирующие урогенитальные инфекции,
- невынашивание беременности;
- недостаточность соединительной ткани (пролапс митрального клапана, пупочная грыжа, дилатация чашечно-лоханочной системы и т. д.);
- ожирение или дефицит массы тела (ИМТ менее 18,5 кг/м² или 26,3–49,4 кг/м²), распределение подкожной клетчатки, не соответствующее гендерной принадлежности: верхний, андройдный тип (100 %);
- гипертоническая болезнь и нестабильное артериальное давление (75 %);
- нежеланная беременность (25 %), негативные психоэмоциональные реакции и многочисленные отказы от выполнения необходимых лечебных рекомендаций (100 %);
- осложненное течение беременности: отеки — гипертония, отеки — протеинурия (100 %);
- гестационный сахарный диабет — (37,5 %);
- многоводие (50 %);
- синусовая тахикардия, нарушение процессов реполяризации (100 %);
- гипокINETический тип кровообращения с нарастающим периферическим сопротивлением;
- метаболические изменения: прогрессирующая гипопроотеинемия (100 %), умеренная гипергликемия, тяжелая дислипидемия у 1 беременной только этой группы;
- лимфопения ($\leq 20\%$), преобладание в течение беременности и абсолютное доминирование (100 %) в третьем триместре реакций острого и хронического стресса по классификации Л. Х. Гаркави (1990);
- наличие серозных и серозно-гнойных децидуитов (100 %), краевого прикрепления пуповины в исследованных плацентах (37,5 %);
- ante- и интранатальная гибель плода (37,5 %) и диссоциированное развитие и гипотрофия плода (50 %), тяжелые асфиксии у новорожденных (37,5 %);

- признаки функционального напряжения (100 %) и истощения (75 %) надпочечников при гистологическом исследовании органа матери.

В отличие от пациенток с эмболическими осложнениями в группе с ОНМК и анафилаксией перинатальных потерь не было. ИМТ у родильниц 2-й группы находился в физиологическом диапазоне (18,5–25,4 кг/м²), равномерное распределение подкожной клетчатки, сопутствующая соматическая патология представлена хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы, паразитарными инфекциями (описторхоз). Осложнения беременности характеризовались картиной легкого гестоза (50 %) на фоне преобладания реакций тренировки и активации (лимфоциты — существенно более 20 %) и стабильных метаболических показателей (гипопроотеинемия у одной беременной). Гистологическое исследование последов выявило признаки серозного хориоамнионита только у одной родильницы.

Заключение. Клинико-морфологические параметры пациенток и плодов, погибших на завершающем этапе беременности при констатации неуправляемости причин летального исхода, определили две разнородные группы.

В первой группе объективно выявлены клинические и морфо-функциональные особенности, свидетельствующие о длительном напряжении и истощении адаптационных механизмов, реализации воспалительного процесса фетоплацентарной системы в результате восходящего или гематогенного инфицирования [Б. И. Глуховец, Н. Г. Глуховец, 2006]. На таком фоне рождение ребенка, сопровождающееся развитием распространенных и, очевидно, неизбежных процессов эмболизации сосудистого русла, при истощении систем, лимитирующих стрессовые и воспалительные реакции, определяет катастрофическое развитие событий.

Вторая группа демонстрировала отсутствие совокупности указанных отклонений.

Таким образом, системный анализ гестационных осложнений, параметров нейроэндокринной регуляции и состояния адаптационных механизмов позволяет определить методологическую основу профилактики репродуктивных потерь при акушерских эмболиях.