

М.В. Семенова¹, И.В. Федорова², Д.А. Набеева¹**ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: НЕКОТОРЫЕ ГРАНИ ПРОБЛЕМЫ**¹Кафедра акушерства и гинекологии (зав. кафедрой – доц. М.В. Семенова)
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ;²БУЗ УР «Республиканское патологоанатомическое бюро МЗ УР» (начальник – В.З. Терехов)*В статье представлены результаты гистологического исследования последов при очень ранних преждевременных родах в аспекте структуры перинатальных потерь и возможностей их профилактики.***Ключевые слова:** преждевременные роды, перинатальные потери, послед.**PREMATURE BIRTH: SOME PROBLEMS THE EDGE***M.V. Semenova, I.V. Fedorova, D.A. Nabeeva**The results of histological examination placentas at very early premature births in the aspect of the structure of perinatal losses and opportunities for prevention.***Key words:** premature birth, perinatal loss, the last.

Преждевременные роды являются одной из самых важных проблем службы охраны материнства и детства, объединяя в своем решении врачей разных специальностей, становясь таким образом общемедицинской проблемой. Сложности выхаживания недоношенных новорожденных, далеко не всегда успешная реабилитация, глубокая инвалидизация с детства особенно детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, обозначают эту проблему не только медицинской, но и социальной. При этом самого пристального внимания заслуживает изучение нарушения деятельности плаценты, в котором могут формироваться как воспалительные изменения, так и признаки острой и хронической плацентарной недостаточности, что определяет досрочное рождение живых или мертвых плодов [1, 2].

Частота преждевременных родов в Удмуртской республике за последние 10 лет составила 3,7-4,3% к общему числу родов, прерывание беременности в 22-27 недель: 0,6-1,5%. В 2012 году Россия перешла на рекомендованные ВОЗ критерии учета перинатальных потерь, следствием этого явилось увеличение количества преждевременных родов во всех субъектах Российской Федерации, в том числе в Удмуртии (до 6,3%). В настоящее время к родам отнесено и завершение беременности и в 22-27 недель гестации (очень ранние преждевременные роды, плоды в этом сроке рождаются с экстремально низкой массой тела – 500-999 г).

Целью нашей работы явился анализ результатов гистологического исследования последов при очень ранних преждевременных родах для планирования профилактических мероприятий.

Материалы исследования:

За 10 лет (2003-2012 гг.) по данным Удмуртского республиканского патологоанатомического бюро родились мертвыми или умерли в первые 168 часов 1572 плода с экстремально низкой массой тела. Нами проведен анализ историй родов, историй развития новорожденных, результатов гистологического исследования последов. Вырезка кусочков из плаценты проводилась в соответствии с рекомендациями исследования плаценты, изложенными в приказе МЗ и МП РФ №82 от 29.04.1994 г. [3]. Исследование окрашенных срезов осуществлялось в соответствии с экспертно-компьютерной системой «Плацента» [4].

Результаты и обсуждение:

За десятилетний период в Удмуртской республике наметились довольно стойкие тенденции в структуре очень ранних преждевременных родов (22-27 н.г.). Так, доля спонтанных и индуцированных по показаниям со стороны женщины родов снижается, но увеличивается при этом частота индуцированных родов по показаниям

со стороны плода (Рис. 1). Необходимо уточнить, что основными показаниями для досрочного родоразрешения при этом являются пороки развития плода или ухудшение его состояния настолько выраженное, что единственным шансом остается рождение глубоко недоношенного ребенка и проведение в дальнейшем реанимационных и лечебных мероприятий.

Таким образом, за интересующий нас период времени спонтанное завершение беременности в 22-27 н.г. произошло у 654 женщин, при этом родились мертвыми 452 плода, умерли в первые 168 часов – 202. Структура перинатальных потерь представлена на рис. 2.

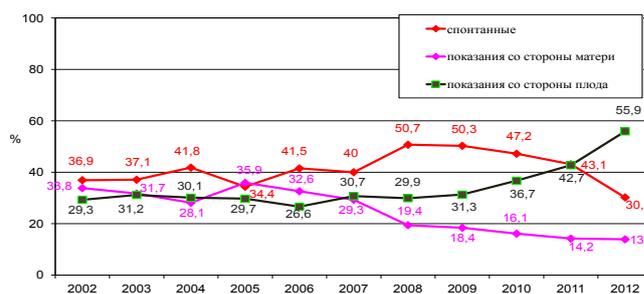


Рис. 1. Структура очень ранних преждевременных родов в Удмуртской республике.

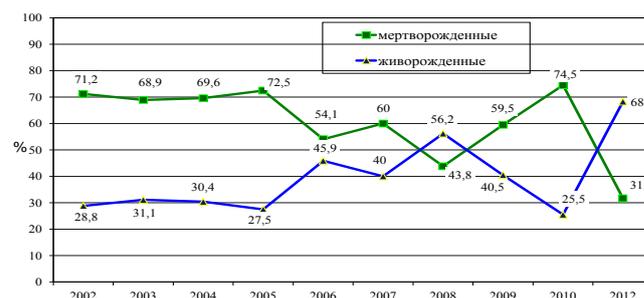


Рис. 2. Доля живорожденных и мертворожденных в структуре перинатальных потерь при очень ранних преждевременных родах.

Заслуживает внимания, что у половины женщин настоящая беременность была первой, их анамнез отягощен прежде всего, экстрагенитальной патологией (сердечно-сосудистые заболевания, хронические воспалительные заболевания мочевыделительной системы с обострением во время беременности или незадолго до ее наступления). Имели значение и перинатально значимые инфекции. Интересен репродуктивный анамнез повторнородящих женщин, когда у 60 из 100 перед настоящей беременностью было произведено выскабливание полости матки по поводу искусственного или самопроизвольного аборта. Таким

образом, беременности, завершившиеся сверхранными преждевременными родами, наступили и развивались на неблагоприятном фоне.

Анализ результатов морфологического исследования последов показал, что антенатальная гибель плодов происходила, прежде всего, вследствие декомпенсации хронической плацентарной недостаточности, своевременная диагностика и коррекция которой могла бы повлиять на данный показатель. Основными признаками хронической плацентарной недостаточности явились: фокальные некрозы ворсинок, псевдоинфаркты, афункциональные зоны, избыточная коллагенизация стромы ворсин, сосуды-«колечки», облитерация просвета сосудов ворсин. Представленные изменения сочетались с нарушением формообразования последов, снижением компенсаторно-приспособительных реакций. Средний срок беременности на момент родов составил 25,2 недели. Таким образом, состояние эндометрия, его способность к гестационной трансформации, вынашиванию беременности имеет, на наш взгляд, первостепенное значение. Особого внимания заслуживает сочетание признаков хронической плацентарной недостаточности и воспалительных изменений в последах. При этом в равной степени диагностированы признаки как гематогенного, так и восходящего пути распространения инфекции с соответствующей локализацией воспалительных изменений у плодов и в последах.

Литература:

1. **Милованов А.П.** Патология системы мать-плацента-плод. – М.: «Медицина», 1999. – 406 с.
2. **Сидельникова В.М.** Преждевременные роды: Пособие для врачей. – Москва, 2008. – 48 с.
3. Приказ МЗ и МП РФ №82 от 29.04.1994 г. «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий».
4. **Экспертно-компьютерная система прогнозирования состояния здоровья детей по результатам патогистологического исследования плаценты: Методические рекомендации.** – Ижевск, 2002. – 52 с.

У каждой третьей женщины наблюдалось дородовое отхождение околоплодных вод, у каждой четвертой – длительный безводный период (более 12 часов). Средняя масса плодов составила $754,7 \pm 38,2$ г (экстремально низкая), длина – $34,1 \pm 0,4$ см. Основной причиной смерти новорожденных явился изолированный респираторный дистресс-синдром (РДС) в $11,1 \pm 2,1\%$, тогда как в сочетании с внутриутробной инфекцией в $78,9 \pm 9,4\%$. Важно отметить, что инфекционный процесс у недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела в достоверно большем количестве наблюдений носил генерализованный характер (сепсис – $21,1 \pm 2,3\%$, пневмония – $42,1 \pm 3,3\%$), в сравнении с недоношенными новорожденными большего срока гестации, чаще наблюдались и внутрижелудочковые кровоизлияния ($36,8 \pm 4,9\%$).

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о необходимости прегравидарной подготовки, поскольку коррекция осложнений во время беременности далеко не всегда достигает положительных результатов. Принимая во внимание результаты гистологического исследования последов и вскрытия новорожденных, можно говорить о возможности профилактики очень ранних преждевременных родов после санации хронических очагов инфекции генитальной и экстрагенитальной локализации у пары, планирующей беременность, а также подготовки к предстоящей беременности эндометрия.