

матомы, нарушение плацентации) является диагностическим критерием РПН у беременных с обострением ВПГ-1, которые составляют группу по развитию ХПН.

2. При обострении ВПГ-1 ХПН диагностирована при сроке 23-24 недели на основании снижения содержания ПЛ, ДЭАС, эстриола и эхографических признаков, которая чаще протекала в компенсированной форме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Морфофункциональная характеристика плаценты при нарушении обмена гормонов и биогенно-активных веществ у беременных с герпес-вирусной инфекцией [Текст]/И.А.Андреевская: автореф. дис. ... канд. биол. наук.-Иркутск, 2004.-21 с.

2. Вирусные инфекции у беременных. Руководство для врачей [Текст]/Л.В.Долгушина, А.Д.Макацария.-М.: Триада-Х, 2004.-139 с.

3. Плацентарная недостаточность и инфекция [Текст]/В.И.Кулаков, В.Н.Орджоникидзе,

В.Л.Тютюник.-М., 2004.-494 с.

4. Фетоплацентарная система при герпесной инфекции [Текст]/Луценко М.Т. [и др.]-Благовещенск, 2003.-200 с.

5. Прогностическое значение регуляторных и адаптационных процессов в системе мать-плацента-плод в исходе беременности и родов [Текст]/Ю.В.Рец//Вопр. гин., акуш. и перинат.-2008.-Т.7, №2.-С.18-24.

6. Подготовка к беременности при инфекционной патологии репродуктивной системы женщин [Текст]/В.Л.Тютюник//Русский мед. журнал.-2002.-Т.10, №18.-С.816-819.

7. Изменения в эндокринной системе во время беременности [Текст]/Н.Д.Фанченко//Заболевания эндокринной системы и обмена веществ беременных.-М.: Триада-Х, 2001.-С.4-16.

8. Preterm labor: placental pathology and clinical correlation [Text]/Germain A.M. [et al.]/Obstet. Gynaecol.-2000.-Vol.94, №2.-P.284-289.

Поступила 23.10.2008

УДК 618.33/36-007.2

Е.М.Мирлас, Э.Н.Зарицкая, Е.В.Шульженко

СОСТОЯНИЕ ПЛОДА И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У МАТЕРЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия Росздрава

РЕЗЮМЕ

Проводилось изучение перинатальных и отдаленных исходов у девочек, перенесших внутриутробно влияние плацентарной недостаточности (ПН). Вирусно-бактериальная инфекция оказывает неблагоприятное воздействие на течение гестационного процесса, приводя к формированию плацентарной недостаточности в 70 % случаев. Развитие ХПН чаще связано с острой или обострением хронической вирусно-бактериальной инфекции. Наиболее частым осложнением беременности у этой группы беременных являлась угроза прерывания, начиная с первого триместра, преобладала сомнительная и патологическая оценка биофизического профиля плода. Среди отдаленных последствий ХПН инфекционного генеза развиваются сложная гинекологическая патология у девочек и подростков, являющаяся одним из факторов снижения репродуктивного потенциала.

Ключевые слова: вирусно-бактериальная инфекция, хроническая плацентарная недостаточность, беременность.

SUMMARY

E.M.Mirlas, E.N.Zaritskaya, E.V.Shulzhenko

FETUS STATE AND PERINATAL OUTCOMES IN MOTHERS WITH CHRONIC PLACENTAL INSUFFICIENCY

The aim of our research was to study perinatal and long-term outcomes in girls who had placental insufficiency in antenatal period. Viral and bacterial infection leads to unfavorable influence on gestation course and leads to placental insufficiency forming in 70% of cases. Chronic placental insufficiency development is more often associated with acute or exacerbation of chronic viral-bacterial infection. The most frequent pregnancy complication in this group of pregnant women was abortion risk (since 1st trimester of pregnancy). Doubtful and pathologic valuation of fetal biophysical profile dominated. Among long-term outcomes of chronic placental insufficiency infectious genesis, complicated forms of gynecological pathology in girls and teenagers develop. This pathology is one of the

|| factors of reproductive potential decreasing. ||

Key words: viral-bacterial infection, chronic placental insufficiency, pregnancy.

В современном акушерстве широко изучены вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения плацентарной недостаточности (ХПН). Однако открытым остается вопрос о последствиях влияния плацентарной недостаточности на формирование репродуктивной системы в период полового созревания. Развитие инфекционного заболевания у плода, тяжесть поражения, локализация и распространенность патологического процесса, темпы его реализации, а также исход возникшей патологии, определяются видом возбудителя, его вирулентностью, тропизмом к тканям плаценты и плода и состоянием компенсаторно-приспособительных механизмов фетоплацентарной системы. Хроническая плацентарная недостаточность, асфиксия и родовые травмы новорожденного создают благоприятный фон для воздействия токсических и инфекционных факторов не только в периоде новорожденности, но и полового созревания. Роль «перинатального следа» объясняет функциональные дефекты той или иной системы организма, склонность к инфекционным и эндокринным заболеваниям, и это ведет к росту гинекологической заболеваемости у девочек и подростков. В итоге – снижение качества здоровья и репродуктивного потенциала. Следовательно, изучение наследственности, течения беременности и родов у матери, детского периода развития девочки, позволяет проводить прогнозирование, профилактику и раннюю диагностику нарушений репродуктивной системы, своевременно оказывать помощь по коррекции выявленных нарушений и тем самым проводить профилактику фетоинфантильных потерь. Поэтому целью нашего исследования стало изучение перинатальных и отдаленных исходов у девочек, перенесших внутриутробно влияние плацентарной недостаточности.

Материалы и методы исследования

Научное исследование проводилось в 3 этапа:

1 этап: проведен ретроспективный анализ 57 историй родов, результатов патоморфологического исследования последов у пациенток с вирусно-бактериальной инфекцией;

2 этап: проспективно изучено течение беременности и состояние фетоплацентарной системы у 213 беременных с наличием инфекционного агента;

3 этап: проведен ретроспективный анализ течения беременности у матерей и течение раннего неонатального периода по данным амбулаторных карт 2174 девочек 10-17 лет, обучающихся в средних общеобразовательных школах г. Благовещенска.

У обследованных групп были проведены: ретроспективный анализ историй родов и патоморфологическое исследование плаценты; анализ клинического течения беременности и раннего неонатального периода; изучено состояние репродуктивной системы, наследственность, анамнез жизни, течение перинатального периода, заболеваемость у девочек и подростков; лабораторные и функциональные исследования проводились согласно региональным стандартам;

биофизический профиль плода оценивали по методике А.М. Vintzileos и соавт. (1986). Исследование включало оценку двигательной и дыхательной активности, мышечного тонуса плода, объема амниотической жидкости, степень зрелости плаценты и результаты нестрессового теста. Биофизический профиль плода оценивался 1 и 2 баллами. Суммарная оценка 10-12 баллов считалась нормальной, 8-9 – удовлетворительной, 6-7 – сомнительной, 5 и ниже – патологической.

ИФА крови на TORCH-инфекции, бактериоскопическое, бактериологическое исследование.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст обследованных беременных 1 и 2-го этапов составил $25,2 \pm 1,4$ лет. Соматически здоровыми оказались лишь 17,6% женщин. У каждой 3-й обследованной беременной были диагностированы по 2 и более экстрагенитальных заболевания. В структуре соматической патологии на первом месте диагностировались заболевания сердечно-сосудистой системы 44%, на втором – хронические инфекционные заболевания мочевыделительной системы – 39%, на третьем – хронические инфекционные заболевания лор-органов 25%. Анализ особенностей течения и исхода предыдущих беременностей показал, что каждая вторая беременная имела отягощенный акушерский анамнез: невынашивание 11,8%, мертворождение 6,3%, несостоявшийся выкидыш 7,3%, медицинские аборт 53%. Воспалительные заболевания гениталий до данной беременности имели 64,5% обследованных.

Результаты исследования показали, что только у 30% обследованных при патоморфологическом исследовании выявлена лишь инфекционная патология последа – они составили I группу, у 70% выявлено сочетание инфекционных изменений с расстройствами кровообращения, дистрофическими и компенсаторными изменениями в плаценте, характерными для ХПН – II группа.

Важной частью настоящего исследования явился анализ течения инфекционного процесса во время беременности. Установлено, что каждая вторая беременная 1-й и каждая третья беременная 2-й групп были инфицированы двумя и более возбудителями. При изучении структуры инфекционной патологии по значимости ее роли в развитии морфологических изменений в плаценте беременных как 1-й так и 2-й групп выявлено, что ведущее место принадлежит вирусной инфекции (герпетической, ЦМВ и вирусам ОРЗ) – 140% и 142% соответственно. Несмотря на то, что ультразвуковое сканирование проведено практически всем беременным, причем более 50% женщин как 1-й так и 2-й групп обследованы 3 и более раз, ХПН и внутриутробное инфицирование (ВУИ) диагностированы лишь у каждой 2-й беременной 1-й и каждой 3-ей беременной 2-й групп. Признаки ВУИ плода выявлены у 10% 1-й и 6% беременных 2-й групп.

Более подробно перинатальные исходы были изучены при проспективном обследовании беременных с вирусно-бактериальной инфекцией. Все беременные в зависимости от формы инфекции разделены на

группы : (I группа 30 женщин) с хронической вирусной инфекцией вне обострения, (II группа 107 женщин) с вирусно-бактериальной инфекцией в острой стадии и в стадии обострения, и с хронической вирусно-бактериальной инфекцией вне обострения (III группа – 76 женщин). Новорожденные этих матерей составили соответствующие группы. Наиболее частым осложнением беременности (рис. 1) явилась угроза прерывания, причем во втором триместре данное осложнение отмечено достоверно чаще. По триместрам беременности наиболее часто данное осложнение диагностировалось у беременных 2 группы. У 30% беременных 1 группы и у 44% 2-й группы угроза прерывания развивалась, уже начиная с I триместра беременности. У одной беременной с острой вирусно-бактериальной инфекцией, не получившей специфической антибактериальной терапии, в 20 недель произошел самопроизвольный выкидыш. ХПН была диагностирована почти у каждой второй беременной, причем, чаще данное осложнение выявлено у женщин 2-й группы, в 1 и 3 группах данное осложнение диагностировано достоверно реже. Характерно, что у всех беременных 2 группы ХПН диагностирована уже во II триместре. В 13% ХПН выявлена в 25-26 недель, что свидетельствует о первичной плацентарной недостаточности развившейся в период формирования плаценты на фоне обострения хронической вирусно-бактериальной инфекции. Врожденные пороки развития плода (ВПР) были диагностированы у 8%. Наиболее часто данная патология выявлена при острой вирусно-бактериальной инфекции (рис. 1). У 5% беременных ВПР плодов были совместимы с жизнью и они были родоразрешены в срок. У 3% беременных произведено прерывание беременности в связи с диагностированными несовместимыми с жизнью аномалиями развития плодов и выраженным нарастающим многоводием с 20 недель беременности. Женщины перенесли острую хламидийную и герпетическую инфекцию в первом триместре беременности.

В одном случае произошла антенатальная гибель плода в 32 недели беременности у юной первородящей, причиной которой, по данным патоморфологического исследования, явилась ХПН в стадии декомпенсации с выраженными изменениями в плаценте, плодных оболочках воспалительного характера и сочетанием ВПР плода – анэнцефалии и спинно-мозговой грыжи. Эта женщина перенесла в первом триместре острую хламидийно-вирусную инфекцию.

В 3-й группе число беременных с удовлетворительной оценкой биофизического профиля плода уменьшилось наполовину, в 1-й группе – они составили треть исследуемых. Патологическая оценка биофизического профиля плода наиболее часто диагностирована при сочетании острой вирусно-бактериальной инфекции. При патологической оценке биофизического профиля плода в раннем неонатальном периоде чаще наблюдается дезадаптация. Живых детей родили 209 беременных. Из них у 91% беременных роды произошли в срок, у 9% – преждевременно, в том числе во 2ой группе у 7%. В раннем неонатальном периоде умер 1 ребенок от генерализованной инфекции. У матерей в 1ой группе все дети на 1ой минуте оценены на 7-10 баллов по шкале Апгар, во 2-й группе – 15% детей родилось в состоянии умеренной асфиксии и 1% в состоянии тяжелой асфиксии, в 3-ей группе – 6,7% новорожденных оценены менее 7 баллов. Как видно из представленных данных, наибольшее количество заболеваний новорожденных зафиксировано у женщин с острой или обострением вирусно-бактериальной флоры, т.е. во 2-й группе (рис. 2). В сравнении с беременными 1-й группы с хронической вирусной инфекцией, у беременных 3-ей группы с хронической вирусно-бактериальной инфекцией заболеваемость новорожденных встречалась несколько чаще. Перинатальная заболеваемость новорожденных 1-й группы была несколько ниже и составила 1235‰, во второй группе 1700‰ и третьей 1524‰.

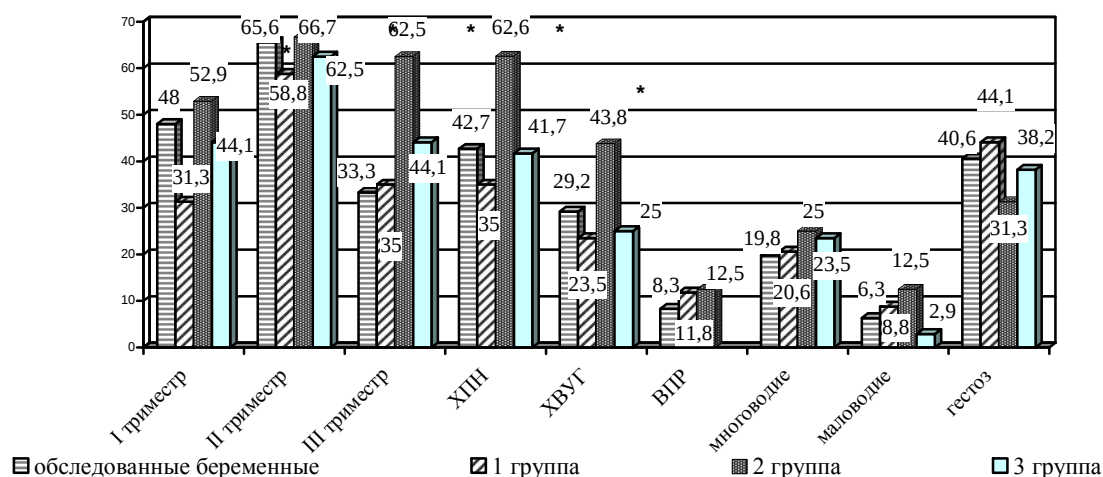


Рис. 1. Особенности течения беременности у обследованных беременных с наличием инфекции.
Примечание: здесь и далее * - достоверность различий $p < 0,05$.

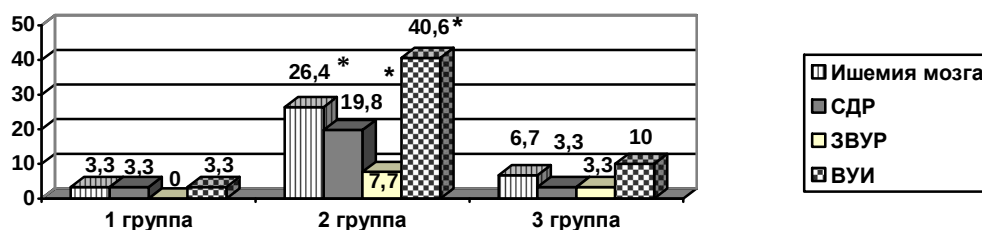


Рис. 2. Структура заболеваемости новорожденных обследованных беременных.

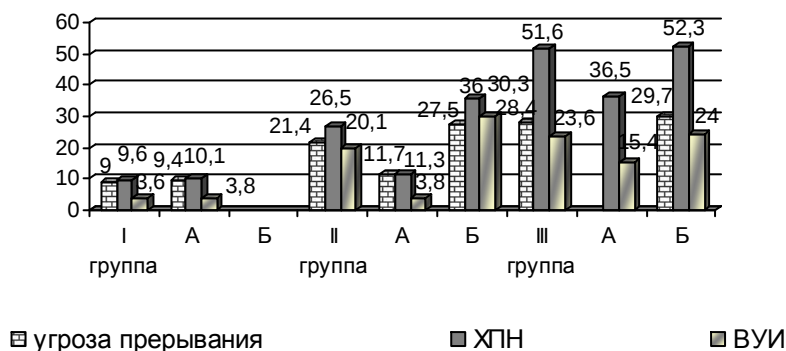


Рис. 3. Осложнения течения беременности у матерей девочек и подростков по группам здоровья.

При изучении структуры ВУИ, отмечено, что генерализованные формы ВУИ диагностированы только в группе детей, рожденных матерями 2-й группы с острой или обострением хронической вирусно-бактериальной инфекции.

3 этап. Отдаленные исходы ХПН прослежены у девочек и подростков в общей популяции и по группам здоровья. Все обследованные разделены на группы: практически здоровые, составившие I группу здоровья 334 девочки (15,4%), девочки с функциональными нарушениями составившие II группу – 626 (28,8%) и девочки с хронической соматической патологией III группа – 1214 (55,8%). В зависимости от состояния здоровья репродуктивной системы в каждой группе здоровья были выделены две подгруппы: без гинекологической патологии (подгруппы А) и с гинекологической патологией (подгруппы Б). Среди гинекологической патологии были выделены нарушения полового развития (НПР), эндокринные дисфункции (ЭД) и воспалительные заболевания гениталий (ВЗГ). Соматическая заболеваемость в общей популяции девочек и подростков составила 2098,4%, по группам здоровья 446,1%, 2254,0% и 2472,0% соответственно. Характерно, что у 25% девочек III группы здоровья выявлено по 2 и более хронических заболеваний и у 89% – сочетание хронических заболеваний с функциональными отклонениями в состоянии здоровья или острой патологией.

Осложнения беременности у матерей обследуемых девочек и подростков отражены на рисунке 3.

Наиболее часто среди осложнений беременности встречались угроза прерывания, ХПН и ВУИ. Угроза прерывания беременности у матерей обследованных девочек встречалась в 2 раза чаще во 2-й и в 3 раза чаще в 3-ей группе здоровья, чем в 1-й ($p < 0,05$). ХПН

выявлена в 50% у матерей девочек 3-ей группы ($p < 0,05$), у 25% – 2-й группы и только у 10% – 1-й группы ($p < 0,05$). ВУИ достоверно преобладало во 2-й и 3-ей группах здоровья. У девочек с гинекологической патологией осложнения беременности встречались достоверно чаще, чем у гинекологически здоровых.

При анализе течения раннего неонатального периода наиболее часто отмечались ишемия головного мозга (ИГМ), родовая травма и ВУИ (рис. 4).

В структуре патологии на первом месте стоит ВУИ, которое наиболее часто диагностировалось во 2-й и 3-ей группах здоровья. На втором месте – ИГМ, которая диагностирована во 2-й и 3-ей группах в 13% и 41% случаев соответственно. На третьем месте – родовая травма, которая достоверно чаще встречалась в 3-ей группе здоровья с гинекологической патологией. Последствия перенесенного ВУИ в период формирования репродуктивной системы реализовывались чаще в виде ВЗГ и НПР – у 70% девочек, и до 40% – в ЭД. В то время как ИГМ почти у каждой второй девочки реализовалась как НПР и ЭД.

Выводы

1. Вирусно-бактериальная инфекция оказывает неблагоприятное воздействие на течение гестационного процесса, приводя к формированию ХПН в 70% случаев. Развитие ХПН чаще связано с острой или обострением хронической вирусно-бактериальной инфекцией. Наиболее частым осложнением беременности у этой группы беременных являлась угроза прерывания, начиная с первого триместра, преобладала сомнительная и патологическая оценка биофизического профиля плода.

2. Среди отдаленных последствий ХПН инфек-

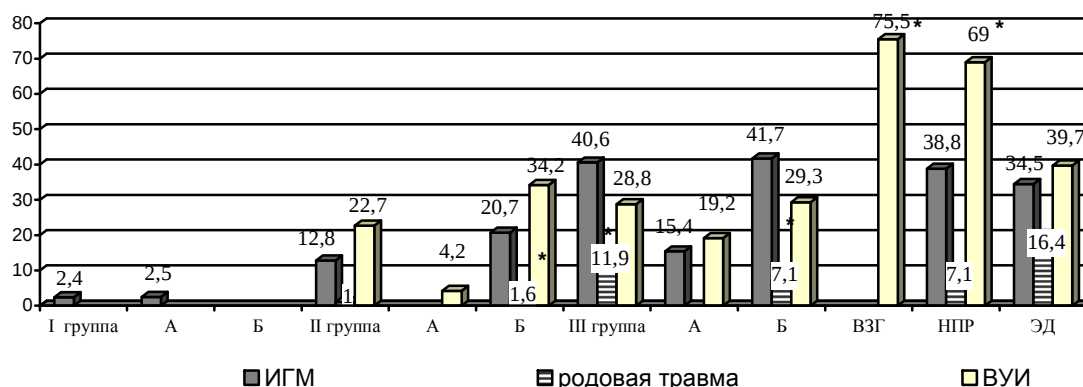


Рис. 4. Течение раннего неонатального периода у девочек и подростков.

ционного генеза развиваются такие формы сложной гинекологической патологии у девочек и подростков как ВЗГ, ЭД и ННР, являющиеся одним из факторов снижения репродуктивного потенциала. В подгруппах девочек с гинекологическими заболеваниями II и III групп здоровья заболевания в раннем неонатальном периоде встречались значительно чаще, чем у гинекологически здоровых. Число здоровых школьников не превышает 10-11%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Концепция «перинатального следа» в детской гинекологии объясняет развитие таких видов гинекологической патологии, как гипогонадизм, СПКЯ, инфантилизм [Текст]/Ю.А.Гуркин//Гинекология под-

ростков. Руководство для врачей.-СПб.: ИКФ Фолиант, 2000.-С.574.

2. Особенности состояния здоровья детей и подростков коренного и пришлого населения Приамурья [Текст] /Козлов В.К. [и др.]//Дальневосточный мед. журнал.-№2.-2001.-С.9-14.

3. Вирусно-бактериальная инфекция оказывает неблагоприятное воздействие на течение гестационного процесса [Текст]/Э.К.Айламазян, И.И.Евсюкова, Л.И.Королева//Ж. Акуш. и Жен. Болезни.-2000.-Т.XLIX.-С.9-14.

4. Развитие инфекционного заболевания у плода [Текст]/В.И.Козлова, А.Ф.Пухнер//Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий.-М., 2000.-С.70-91.

Поступила 22.10.2008

УДК 616.98(-053.31+055.2)/578(571.6/.64)

О.В.Островская, М.А.Власова, Е.Б.Наговицына, О.И.Морозова, Н.М.Ивахнишина

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ TORCH-ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН ПРИАМУРЬЯ

Хабаровский филиал ГУ ДНЦ ФПД СО РАМН – НИИ охраны материнства и детства

РЕЗЮМЕ

Выявлены особенности распространённости инфекций TORCH-комплекса у детей и женщин репродуктивного возраста г. Хабаровска и сельских районов Хабаровского края. Частота выявления ДНК вируса простого герпеса (HSV) и цитомегалии (CMV) в генитальных мазках варьировала от 0 до 8,6%, Chl.trachomatis – от 4,9 до 15,7%, M.hominis – от 15,1 до 37,2%, Ur.urealyticum – от 40,0 до 54,7%. Частота определения анти-HSV и анти-CMV IgG в сыворотках крови женщин репродуктивного возраста г. Хабаровска составляет 91,2 – 100,0%. Развитие внутриутробной цитомегаловирусной или герпетической инфекции у женщин г. Хабаровска происходит при реактивации персистирующего вируса или суперинфекции.

Ключевые слова: TORCH-инфекции, репродуктивный возраст.

SUMMARY

O.V.Ostrovskaya, M.A.Vlasova, E.B.Nagovitsina, O.I.Morozova, N.M.Ivahnishina

THE PREVALENCE OF TORCH-INFECTIIONS IN WOMEN OF PRYAMURIE

The features of TORCH-complex infections prevalence in children and women of reproductive age of Khabarovsk and rural areas of Khabarovsk territory are revealed. The frequency of revealing DNA of Herpes simplex virus (HSV) and Cytomegalovirus (CMV) in sexual path varied from 0 up to 8,6%, Chl.trachomatis – from 4,9 up to 15,7%, M.hominis – from 15,1 up to 37,2%, Ur.urealyticum – from 40,0 up to 54,7%.