

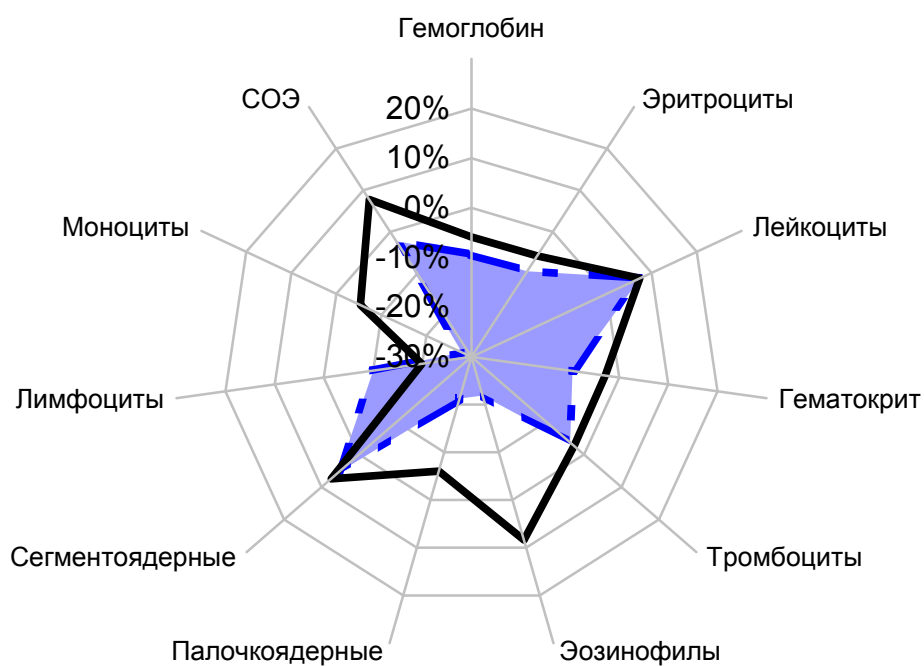


Рис 1. Диаграмма относительного изменения показателей общего анализа крови до и после родов в группах при естественных родах. (0% - исходный показатель перед родами, черная линия – показатели основной группы).

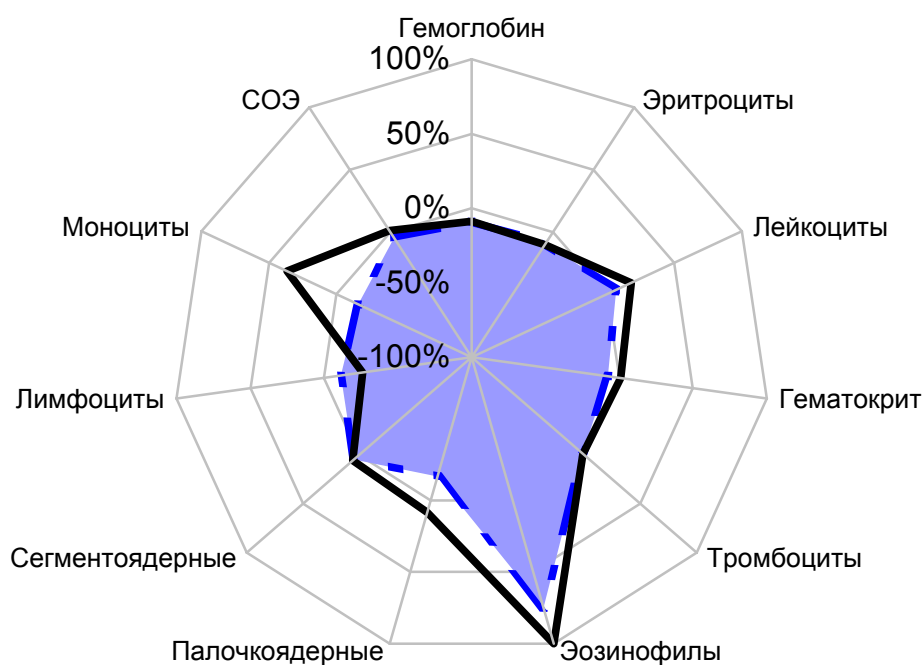


Рис 2. Диаграмма относительного изменения показателей общего анализа крови до и после родов в группе 0 и 4 при оперативном родоразрешении. (0% - исходный показатель перед родами, черная линия – показатели основной группы).

Показатели	«практически здоровые» беременные (1)		Достоверность различий	женщины, страдавшие сифилисом (2)		Достоверность различий	женщин с сочетанным инфицированием (3)		Достоверность различий
	Абс.	Отн. (%)		Абс.	Отн. (%)		Абс.	Отн. (%)	
Гестоз	23	18,55	0,5138	7	13,73	0,1305	8	29,63	0,1986
ФПН	20	16,13	0,2010	13	25,49	0,3078	10	37,04	0,0298
Дородовое излитие вод	21	16,94	1,0	9	17,65	1,0	5	18,52	0,7847
маловодие	2	1,61	0,5811	2	3,92	0,5275	3	11,11	0,0401
Анемия до родов	8	6,45	0,0450	9	17,65	0,3124	2	7,41	1,0
Анемия после родов	26	20,97	0,2435	15	29,41	0,2164	12	44,44	0,0151

ВОПРОСЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© РЫМАШЕВСКИЙ А.Н., ВОЛКОВ А.Е., УРСУ Л.П., ДУНАЕВА Г.Г.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ЖЕНЩИН СИФИЛИСОМ

А.Н. Рымашевский, А.Е. Волков, Л.П. Урсу, Г.Г. Дунаева

Ростовский государственный медицинский университет,

ректор – д.м.н., проф. В.Н. Чернышов.

***Резюме.** Проведен сравнительный анализ течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин, страдающих сифилисом. Полученные данные свидетельствуют о том, что сифилис является существенным фактором, негативно влияющим на течение беременности и развитие перинатальной патологии у новорожденных*

***Ключевые слова:** сифилис, беременность, роды, новорожденные, врожденная патология.*

Распространенность венерических и других заболеваний, передаваемых преимущественно половым путем (ЗППП), принимает в России угрожающий характер, а заболеваемость сифилисом близка к эпидемической [1].

Анализ заболеваемости сифилисом на Урале, в Сибири и на Дальнем Востоке за последние 5 лет показал, что увеличение числа случаев сифилиса среди беременных прямо пропорционально росту общей заболеваемости сифилисом [2,3].

Единственной причиной врожденного сифилиса является сифилис у беременной матери, передающийся плоду через плаценту [4]. Поэтому забота о здоровье беременных женщин в отношении сифилиса и других венерических заболеваний выходит на первый план.

С целью изучения влияния сифилиса на течение беременности, родов и

состояние новорожденных проведено настоящее исследование. Обследовано 51 беременная женщина, страдающая сифилисом (основная группа). Возраст пациенток был от 17 до 39 лет (в среднем $25,23 \pm 0,77$ лет). У всех обследованных женщин был диагностирован вторичный сифилис, они получали антибиотикотерапию по общепринятым схемам. Неспецифические соматические заболевания выявлены у 9 беременных. У одной пациентки, кроме сифилиса, было обнаружено сочетание варикозной болезни нижних конечностей с язвенной болезнью желудка.

Группу сравнения составили 124 «практически здоровые» беременные женщины с физиологическим течением беременности. Различий по возрасту, анамнезу, паритету среди пациенток обеих групп обнаружено не было.

На перенесенные гинекологические заболевания указывали 32 пациентки основной группы (62,7%). Воспалительные заболевания матки и придатков перенесла практически каждая вторая женщина. Анализ перенесенных акушерских и гинекологических операций показал, что их удельный вес составил 23,5% случаев. Родоразрешение путем операции кесарева сечения в анамнезе было у 4-х пациенток из 18 повторнородящих, что составило 33,33% в общей структуре перенесенных в анамнезе операций. При анализе исходов предыдущих беременностей и родов у женщин, страдающих сифилисом, наиболее часто встречались преждевременные роды (16,67%) и несвоевременное излитие вод (16,67%).

Были проведены исследования общего анализа крови беременных женщин, страдающих сифилисом, непосредственно перед родами. Показатели общего анализа крови отличались от таковых в контрольной группе. В частности, у 17,6% женщин была выявлена анемия, что достоверно выше по сравнению с группой практически здоровых беременных (4,8%). В 5,9% была зарегистрирована гемоконцентрация. Число лейкоцитов в данной группе обследованных не превышало нормативных показателей. Большин-

ство показателей «красной» крови женщин изучаемых группы достоверно различались. Общий нейтрофилез у женщин с сифилисом был достоверно ниже, чем в группе контроля. Лейкоцитарный индекс интоксикации в основной группе составил $2,70 \pm 0,21$ против $2,96 \pm 0,14$ в группе контроля. Кроме этого, содержание белка крови у женщин с сифилисом было достоверно выше, чем в группе контроля (66,00 против 63,14 г/л в группе контроля).

Осложнения течения беременности в III триместре среди беременных основной группы наблюдались в 50,99% случаев, что практически идентично этому показателю в группе контроля (50,81%). Проведенный сравнительный анализ осложнений беременности и родов в группах выявил увеличение удельного веса анемии ФПН, маловодия и дородового излития вод у женщин, страдающих сифилисом. При том, что у этих пациенток реже регистрировались гестозы (13,72% против 16,13%) и не обнаруживалось многоводие.

Представленные данные свидетельствуют о том, что, несмотря на отсутствие достоверных различий в исследуемых группах, среди женщин основной группы определялась тенденция к увеличению частоты осложнений беременности – практически в два раза (21,57% против 12,91%).

Среди способов родоразрешения в обеих группах преобладали спонтанные роды через естественные родовые пути, а количество кесаревых сечений было практически равным. Дородовое излитие околоплодных вод в основной группе регистрировалось чаще по сравнению с контрольной группой (17,6% и 16,1% соответственно).

В основной группе преждевременные роды наблюдались в 13,4 раза чаще, чем в контрольной группе. Большое число преждевременных родов у этих пациенток определило меньший удельный вес родов в срок по сравнению с группой контроля (74,5% и 91,9% соответственно). Однако частота

запоздалых родов была выше в группе здоровых женщин (6,4% и 3,92% соответственно). В группе рожениц страдающих сифилисом длительность безводного промежутка составила в среднем $6,535 \pm 0,875$ часов, а длительность родов $-7,477 \pm 0,498$ часов. При анализе показателей длительности безводного промежутка и родов в связи с различными вариантами излития околоплодных вод, в обеих группах достоверных отличий выявлено не было. Таким образом, течение родов у рожениц, страдающих сифилисом, не отличалось от такового у практически здоровых рожениц.

В естественных родах у женщин, страдающих сифилисом объем кровопотери был достоверно меньше чем в группе сравнения ($229,3 \pm 7,2$ против $268,9 \pm 6,9$ мл). Однако при оперативных родах этот показатель превалировал в группе пациенток, страдающих сифилисом ($800,0 \pm 105,22$ против $768,18 \pm 21,2$ мл).

Были исследованы показатели общего анализа крови у женщин основной группы до родов. Интересным оказалось сравнение этих показателей с послеродовыми и с контрольной группой. Анемия после родов была выявлена в 29,4% случаев, что в 1,7 раза выше, чем перед родами (17,6%). Аналогичную тенденцию наблюдалась и в контрольной группе, где анемия после родов составила 20,1%, что в 3,1 раза выше по сравнению с дородовыми показателями.

В зависимости от пути родоразрешения большинство показателей крови после родов были идентичны, а достоверные отличия наблюдались только в количестве гемоглобина и эритроцитов после родов ($110,85$ г/л и $3,31 \cdot 10^{12}$ /л при естественных родах и $97,75$ и $2,91 \cdot 10^{12}$ /л при оперативных родах). Такие показатели крови после родов в основной группе, как гемоглобин, количество эритроцитов, были достоверно ниже аналогичных показателей группы контроля, а количество лейкоцитов и СОЭ было выше. В основной группе нейтрофилез оказался несколько ниже, чем в группе контроля, одна-

ко достоверных различий между отдельными показателями лейкоцитарной формулы, а также ЛИИ не выявлено.

При родах через естественные родовые пути в основной группе достоверно отличались следующие показатели: лейкоциты ($1 \cdot 10^9/\text{л}$) (7,947 против 7,39); лимфоциты (%) (19,5 против 17,75); ЛИИ (3,17 против 3,7265); СОЭ мм/ч (16,17 против 22,56). При оперативных родах в группе 3 достоверно отличались такие показатели как: гемоглобин (г/л) (97,75 против 113,40); эритроциты ($1 \cdot 10^{12}/\text{л}$) (2,912 против 3,39); лейкоциты ($1 \cdot 10^9/\text{л}$) (8,31 против 7,63). Из рисунков 1 и 2 видна идентичность изменений показателей общего анализа крови до и после родов в изучаемых группах, что указывает на сходность влияния родов на состояние крови роженицы.

Рис 1. Диаграмма относительного изменения показателей общего анализа крови до и после родов в группах при естественных родах. (0% - исходный показатель перед родами, черная линия – показатели основной группы).

Рис 2. Диаграмма относительного изменения показателей общего анализа крови до и после родов в группе 0 и 4 при оперативном родоразрешении. (0% - исходный показатель перед родами, черная линия – показатели основной группы).

При оценке статуса новорожденных было выявлено, что в основной группе женщин роды были преждевременными в 21,56% случаев, в срок – 74,5%, запоздалыми - 3,92% случаев. Большая доля значений шкалы Апгар на 1 минуте жизни ребенка сосредоточена на значении 7 баллов (>90%). При оценке состояния новорожденного на 5-й минуте значения шкалы Апгар в большинстве своем составили 8 баллов (90% случаев). Различий в состоянии ребенка по шкале Апгар в изучаемых группах на 1-й и 5-й минутах выявлено не было.

Средняя масса новорожденных основной группы при рождении, без учета срока родов, составила $3209,0 \pm 76,07$ г; при родах в срок - $3368,42 \pm 75,016$

г; при преждевременных родах - $2555,0 \pm 97,88$ г. Для сравнения в группе контроля: без учета срока родов $3607,21 \pm 46,09$ г; при родах в срок - $3580,93 \pm 45,58$ г; при преждевременных родах - $2150,0 \pm 250,0$ г. Различия в массе при рождении оказались высоко значимыми. Однако при преждевременных родах различия в массе тела при рождении оказались недостоверными.

В связи с этим, был проведен анализ динамики изменения веса новорожденного в сравниваемых группах. При родах в срок у новорожденных основной группы масса варьировала от 2500 до 4100 г ($3368,42 \pm 75,01$ г в среднем). Длительность физиологической потери веса составила $2,9 \pm 0,23$ суток, а максимальная потеря веса $196,5 \pm 16,53$ г. Проведенные исследования не выявили различий в максимальной потере веса, длительности периода физиологической потери веса, скорости потери веса, скорости восстановления веса. Очевидно, что при сравнении показателей массы тела новорожденных основной группы, в зависимости от срока родов, при преждевременных родах масса была достоверно ниже ($2555,0$ г против $3368,42$ г). Это определило достоверные отличия в динамике абсолютных показателей массы тела.

Среди детей, рожденных от здоровых матерей, при родах в срок выявлены достоверные отличия в большинстве показателей по сравнению с аналогичными показателями в группе женщин, страдающих сифилисом. Длительность физиологической потери массы тела новорожденным оказалась практически одинаковой в обеих группах. Однако при сравнении коэффициентов массы тела у новорожденных, рожденных от матерей основной группы в зависимости от срока родов различия оказались достоверными только в относительной скорости потери веса.

Относительная скорость потери веса, относительная потеря массы тела и скорость восстановления веса новорожденных в основной группе достоверно ниже в сравнении с контрольной группой. Интерпретировать получен-

ные результаты необходимо следующим образом: дети, рожденные от женщин, страдающих сифилисом, медленнее и меньше теряли в весе в период физиологической потери веса, но и медленнее прибавляли в весе. При чем данная динамика не зависела от массы при рождении или минимальной массы новорожденного. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что ранний неонатальный период у детей, рожденных от матерей, страдающих сифилисом, значительно отличается от периода новорожденных контрольной группы.

Заболевания новорожденных основной группы, связанные с течением беременности и родов, отмечались в 23,5% случаев. Отличия по количеству новорожденных с патологией в изучаемых группах были незначимыми. Во всех 12-ти случаях у новорожденных было выявлено только одно заболевание - в 9,8% случаев было выявлено замедление роста и недостаточность питания плода. В 13,7% - расстройства, связанные с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении.

Необходимо отметить, что значимые различия наблюдались в частоте встречаемости расстройств, связанных с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении. Это свидетельствует о роли сифилиса в развитии преждевременных родов: 11 из 51 наблюдения – основная группа против 2 из 124 наблюдений – группа контроля; и наличие недоношенности: 7 из 51 наблюдения против 1 из 124 наблюдений.

С целью ответа на вопрос: влияет ли сочетание сифилиса и других специфических заболеваний у беременной на частоту патологии у новорожденного? - было изучено течение беременности течение родов и состояние новорожденных от женщин, которые страдали сифилисом и другими заболеваниями (группа женщин с сочетанным инфицированием). Эту группу составили 27 беременных женщин. У них в подавляющем большинстве случаев (85,2%) сифилис сочетался с одним специфическим заболеванием. С одинаковым удельным весом 7,41% регистрировалось сочетание сифили-

са с двумя или тремя заболеваниями. В общей структуре патологии среди женщин группы 4.1 доминировали сочетания сифилиса и гепатита С (10 наблюдений) или ВИЧ (9 наблюдений).

Сбор анамнестических данных показал сопоставимость групп практически здоровых женщин, страдающих только сифилисом и страдающих сифилисом и другими специфическими заболеваниями, только количество родов, предшествующих настоящим было достоверно больше в группах инфицированных пациенток.

В общем анализе крови пациенток с сочетанным инфицированием выявлены изменения, аналогичные таковым у женщин основной группы, отличающиеся от аналогичных показателей контрольной группы. При чем отличия были сходными, а различий в указанных показателях между группами инфицированных женщин не выявлено. Интересен тот факт, что, как и в основной группе среди женщин группы с сочетанным инфицированием кровопотеря при естественных родах оказалась меньше по сравнению с контрольной группой, причем с высоким уровнем достоверности. При оперативных родах объем кровопотери в группе с сочетанным инфицированием был ниже по сравнению с группой женщин, инфицированных сифилисом и контрольной группами, однако эти различия оказались недостоверными.

Достоверных различий в показателях общего анализа крови всех анализируемых групп женщин не выявлено. Только при родах через естественные родовые пути в группе женщин с сочетанным инфицированием выявлены достоверные отличия в количестве лейкоцитов и их качественном составе.

При анализе частоты наблюдаемых осложнений беременности и родов были получены результаты, представленные в таблице.

Достоверных различий среди изучаемых показателей в группах инфицированных женщин не выявлено. В группе женщин с сочетанным инфицированием практически все описываемые осложнения наблюдались чаще. Это позволяет сделать вывод, что сочетание сифилиса с еще одним заболеванием инфекционной природы значительно осложняет течение последнего триместра беременности.

При изучении динамики массы тела новорожденных выявлено, что наименьшая средняя масса тела при рождении наблюдалась в группе женщин с сочетанным инфицированием, но достоверных отличий по сравнению с основной группой не выявлено. Относительная скорость потери веса, относительная потеря массы тела и скорость восстановления веса новорожденных в группе женщин с сочетанным инфицированием достоверно ниже, как и в основной группе, то есть новорожденные медленнее и меньше теряли в весе в период физиологической потери веса, но и медленнее прибавляли в весе.

Абсолютно четко прослеживается закономерность достоверного роста частоты перинатальной патологии при сочетании сифилиса с одной из изучаемых патологий. В частности, резко возрастает частота развития СЗРП – практически в 10 раз, по сравнению с группой детей, рожденных от здоровых женщин (фето-плацентарная недостаточность наблюдалась в 2 раза чаще, чем в группе контроля).

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что состояние беременных женщин, страдающих сифилисом, в значительной мере отличается от состояния практически здоровых женщин. Беременность при сифилисе протекает более тяжело с высокой частотой развития различных осложнений. Кроме того, сочетание сифилиса с другими специфическими инфекционными заболеваниями еще более ухудшают течение беременности. Однако, интересен тот факт, что влияние сифилиса на течение самих

родов и частоту послеродовых осложнений у родильниц нами не выявлены - роды протекали в большинстве своем также как и у практически здоровых рожениц. Важно отметить, что у женщин страдающих сифилисом достоверно чаще рождаются недоношенные дети, различий по частоте развития других перинатальных заболеваний не выявлено. Сочетание сифилиса с другими специфическими инфекционными заболеваниями значительно увеличивает частоту перинатальной патологии новорожденных. Это позволяет утверждать, что сифилис является одним из факторов, влияющих на течение беременности и развитие перинатальной патологии у новорожденных.

PREGNANCY, DELIVERY AND PERINATAL OUTCOMES IN WOMEN WITH SYPHILIS

A.N. Rymashevskij, A.E. Volkov, L.P. Ursu, G.G. Dunaeva

Rostov state medical university

The comparative analysis of pregnancy, delivery and perinatal outcomes in women with syphilis was done. It was revealed, that syphilis is a negative factor, influencing on pregnancy and development of perinatal pathology in newborns.

Литература

1. Арутюнова Н.О. Особенности ведения беременности и родов у больных с различными формами сифилиса: автореф... канд. мед. наук. – СПб., 1992. – 23 с.
2. Борисенко К.К., О.К.Лосева, О.В. Доля. К вопросу о лечении сифилиса у беременных / ЦНИКВИ. – Москва, 1997. – № 5. – С. 58.
3. Barbara J., Stoll M.D. Congenital syphilis: evaluation and management of neonates born to mothers with reactive serologic tests for syphilis // *Pediatr. Infect. Dis. J.* – 1994. – Vol. 13, N. 10. – P. 845-853.
5. Sanchez P.J, Wendel J.D.Syphilis during pregnancy. Dep. of Pediatrics, Univ. of Texas Southwestern Med. Center at Dallas, USA // *Clin. Perinatol.* – 1997. – Vol. 24, N1. – P. 71-90.

