

УДК 618.3-06  
76.29.48: АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

---

## ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ МАТЕРИ НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

---

*Клычева Ольга Игоревна*

*ассистент кафедры акушерства и гинекологии  
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России,  
г. Курск*

*Хурасева Анна Борисовна*

*доцент кафедры акушерства и гинекологии  
ФПО ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России,  
г. Курск*

### АННОТАЦИЯ

Экстрагениальные заболевания матери занимают одно из первых мест среди причин формирования патологии перинатального периода. Проведено обследование 120 беременных женщин, родивших в сроки от 22 до 37 недель гестации. Выявлены наиболее часто встречаемые соматические заболевания беременной женщины, увеличивающие вероятность неблагоприятных перинатальных исходов. Влияние бактериальной инфекции на течение беременности сопровождается развитием ряда осложнений гестационного процесса, среди которых ведущими являются: фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода, внутриутробное инфицирование плода и патологическое изменение количества амниотической жидкости (многоводие и маловодие). Наличие микробного обсеменения последа приводит к выраженным морфологическим изменениям в маточно-плацентарно-плодовом комплексе, и вызывает необратимые нарушения приспособительных функций данного комплекса, что и оказывает негативное влияние на течение беременности и перинатальные исходы.

### ABSTRACT

Extragenital diseases of the mother occupy one of the first places among the causes of the formation of pathology of the perinatal period. A survey of 120 pregnant women who gave birth in the period from 22 to 37 weeks of gestation. The most common somatic diseases of a pregnant woman were identified that increase the likelihood of adverse perinatal outcomes. The effect of bacterial infection during pregnancy is accompanied by the development of a number of complications of the gestational process, among which the leading ones are: placental insufficiency, fetal growth retardation syndrome, intrauterine infection of the fetus, and pathological changes in the amount of amniotic fluid (polyhydramnios and oligohydramnios). The presence of microbial contamination of the placenta leads to pronounced morphological changes in the uteroplacental-fetal complex, and causes irreversible violations of the adaptive functions of this complex, which has a negative effect on the course of pregnancy and perinatal outcomes.

**Ключевые слова:** экстрагениальная патология, фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, внутриутробное инфицирование плода.

**Keywords:** extragenital pathology, fetoplacental insufficiency, fetal development retardation syndrome, intrauterine infection of the fetus.

Достижения современной медицины в лечении многих соматических заболеваний привлек реальной перспективе вынашивания беременности теми женщинами, которым ранее пролонгирование беременности было категорически противопоказано. Тем не менее, ведение пациенток с экстрагениальными заболеваниями сопряжено с рядом трудностей [1, 2].

Так хронические заболевания являются тем неблагоприятным фоном развития беременности, на котором сокращаются или ограничиваются возможности адаптационных механизмов, а также усугубляются все осложнения, возникающие во время беременности, родов, и увеличивают риск материнской и перинатальной смертности [3]. В то же время, беременность и роды ухудшают течение соматических заболеваний, а для некоторых заболеваний характерно развитие гестационных форм данной патологии, обусловленных происходящими во время беременности

изменениями (например, гестационный пиелонефрит) [4, 5]. Знание особенностей течения беременности при различных заболеваниях, тщательное совместное наблюдение акушером-гинекологом и смежным специалистом, своевременное предупреждение осложнений позволит свести до минимума неблагоприятные исходы для матери и плода.

Цель исследования: проанализировать взаимосвязь соматических заболеваний матери и перинатальные исходы у плода.

Под наблюдением находились 120 беременных женщин на сроках гестации от 22 до 37 недель. После обследования в условиях стационара у пациенток были диагностированы симптомы хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН) и синдром задержки развития плода (СЗРП). Критериями включения пациенток в исследование являлось: одноплодная беременность на сроке гестации от 22 до 37 недель,

подтвержденный диагноз ХФПН, наличие синдрома задержки развития плода 1 и 2 степени, асимметричная форма задержки развития плода. Критерии исключения: многоплодная беременность, синдром задержки развития плода 3 степени, симметричная форма задержки развития плода в силу высокой частоты хромосомных аномалий у плодов и бесперспективности коррекции данной патологии, экстрагенитальная патология у беременной женщины в стадии декомпенсации, диагностированные пороки развития плода.

Среди женщин, находящихся под наблюдением, юные первородящие составили 7,5% (9), возрастные первородящие – 32,5% (39), наибольшую группу представляли женщины в возрасте 21–29 лет – 60% (72). Большинство обследованных это жительницы села – 89,2% (107). Вредные привычки во время данной беременности отметили 28,9% женщин, из которых 22,2% курили от 3 до 10 сигарет в день, 6,7% периодически употребляли алкоголь.

Каждая вторая женщина имела экстрагенитальную патологию (52,5%). Наиболее часто встречались патология почек и мочевыводящих путей (43,3%), из которых доля впервые диагностированного пиелонефрита составляла 17,5%, хронического пиелонефрита в стадии нестойкой ремиссии и обострения 6,7%, цистита 5% и бессимптомной бактериурии 15,8%. Беременные женщины с патологией мочевыделительной системы относятся к группе высокого риска внутриутробного инфицирования и перинатальных осложнений, таких как внутриутробная гипоксия плода и синдром задержки развития плода.

На втором месте варикозная болезнь нижних конечностей (22,5%), заболевания желудочно-кишечного тракта (17,5%), органов зрения (14,2%), сердечно-сосудистой системы (8,3%), сахарный диабет (5,8%), гиперплазия щитовидной железы (2,5%). Во время беременности респираторные инфекции перенесли 27 женщин (22,5%).

В структуре осложнений настоящей беременности хроническая фетоплацентарная недостаточность и синдром задержки развития плода были одним из основных осложнений гестационного периода и диагностировалась у всех пациенток, многоводие и маловодие соответственно осложняли течение беременности в 47,5% и 22%, внутриутробное инфицирование плода (ВУИ) – 37,5%, анемия беременных – 28,3%, угроза прерывания беременности на разных сроках – 23,3%, преэклампсия легкой и умеренной степени – 10%.

Культуральное исследование мочи выполняли всем пациенткам акушерского стационара в плане скринингового исследования на бессимптомную бактериурию. Амбулаторным пациенткам также проводили культуральное исследование мочи как в плане скринингового обследования, так и в случае выявления в мочевом осадке бактерий или при

предъявлении пациентками жалоб на дизурические явления и тянущие боли в поясничной области.

Диагноз бессимптомной бактериурии ставился в случае обнаружения бактерий в двух последовательных порциях мочи взятых с интервалом 24–72 часа в титре >10<sup>5</sup> КОЕ/мл. По результатам обследования бессимптомная бактериурия была выявлена у 19 беременных (15,8%). Инфекция мочевыводящих путей с клиническими проявлениями (по данным анамнеза, общего осмотра, данных лабораторно-инструментальных исследований) была выявлена у 35 человек (29,2%). Острый цистит наблюдался – у 6 (5%), впервые диагностированный пиелонефрит – у 21 (17,5%), хронический пиелонефрит в стадии нестойкой ремиссии и обострения – у 8 (6,7%) пациенток.

По данным бактериологического посева мочи в группе беременных с бессимптомной бактериурией получены следующие результаты: *Esherichia coli* выявлена у 7 человек (36,8%), *Klebsiella pneumoniae* – у 5 человек (26,3%), а *Staphylococcus spp.* у 3 человек (15,8%), *Proteus mirabilis* у 2 (10,5%), а сочетание двух возбудителей – комбинация *Esherichiacoli* + *Klebsiellapneumoniae* у 1 человек (5,3%), *Esherichia coli* + *Staphylococcus spp.* у 1 человек (5,3%).

По данным бактериологического посева в группе беременных с клинически выраженной бактериурией были получены следующие результаты: *Esherichia coli* у 12 человек (34,3%), *Klebsiella pneumoniae* у 7 человек (20,0%) и *Staphylococcus spp.* у 7 человек (20,0%), *Proteus mirabilis* у 5 человек (14,3%), а сочетание двух возбудителей – комбинация *Esherichiacoli* + *Klebsiella pneumoniae* у 3 человек (8,6%), *Esherichia coli* + *Staphylococcus spp.* у 1 человек (2,9%).

При эхографическом исследовании были выявлены следующие маркеры ВУИ: многоводие (47,5%), маловодие (22%), плацентомегалия (30,8%), расширение межворсинчатого пространства (88,3%), наличие множественных гиперэхогенных включений в паренхиме плаценты (37,5%), расширение чашечно-лоханочного комплекса почек плода (11,5%).

Родоразрешены через естественные родовые пути 27,8% беременных, путем операции кесарево сечение – 72,2%. Масса тела детей варьировала от 1450 до 3100 г и в среднем составила 2320 г ± 50 г. Длина тела новорожденных колебалась от 40 до 51 см и составила в среднем 45 см ± 0,5 см. Оценку по Апгар 6–7 баллов имели 26,7% новорожденных, что свидетельствует об асфиксии легкой степени, 13,3% родились с оценкой по Апгар 4–5 баллов – асфиксия средней степени тяжести. Острая гипоксия плода, подтвержденная кардиотокографией, имела корреляционную связь с более низкими баллами по Апгар, признаками гипоксически-ишемического поражения ЦНС, переводом новорожденных на аппаратную ИВЛ. У 47,8% новорожденных в раннем неонатальном периоде выявлены как легкие, так и тяжелые формы инфекционных осложнений. Пневмопатия –

52,7%, врожденная пневмония – 23,1%, кожно-геморрагический синдром – 5,1%. После родов в интенсивном лечении на базе реанимационного отделения нуждалось 16,7% новорожденных. В удовлетворительном состоянии на 4-6 сутки выписаны домой 61,1 % новорожденных.

Патоморфологическое исследование последов показало, что в 46,7% (56) случаях микроскопически ворсины зрелые, пуговина и плодные оболочки обычной гистоструктуры (зрелая плацента), 34,2% (41) – ворсины незрелого и промежуточного типов, диффузные участки афункциональных зон, псевдоинфаркты плаценты, 19,2% (23) – ворсины мелкого калибра с выраженными компенсаторными изменениями, отложения фибриноида на поверхности ворсин. То есть в 53,4% было выявлено отставание в развитии и созревании плаценты.

Бактериологические посевы с последов выявили условно-патогенную и патогенную флору. Преобладали представители *E. Coli* – 62,4%, *Acinetobacter* – 46,2%, *Enterobacter* – 24,7%, *Streptococcus faecalis* – 31,3%, *Staphylococcus epidermidis* – 23,3%, *Staphylococcus aureus* – 27,2%, *Candida* и *Klebsiella* – 11,3% и 14,9% соответственно и прочие микроорганизмы составляли 10,0%.

По результатам исследования можно сделать вывод, что влияние бактериальной инфекции на течение беременности сопровождается развитием ряда осложнений гестационного процесса, среди которых ведущими являются: фетоплацентарная недостаточность, СЗРП, ВУИ и патологическое изменение количества амниотической жидкости (многоводие и маловодие). Наличие микробного обсеменения последа приводит к выраженным морфологическим изменениям в маточно-плацентарно-плодовом комплексе, и вызывает необратимые нарушения приспособительных функций данного комплекса, что и оказывает негативное влияние на течение беременности и перинатальные исходы.

#### Список литературы:

1. Айламазян Э.К. Акушерство. Национальное руководство. – М.: Гэотар-медиа, 2009 – 1200 с. [Ajlamazyan E.K. Akusherstvo. Nacional'noe rukovodstvo. – M.: Ge'otar-media, 2009. (In Russ).]

2. Клычева О.И. Морфофункциональные особенности состояния фетоплацентарного комплекса у женщин с синдромом задержки развития плода // Современный научный вестник. – 2016. – Т. 10, № 1. – С.54-58 [Klycheva O.I. Morfofunkcionalnye osobennosti sostoyaniya fetoplacentarnogo kompleksa u zhenshin s sindromom zaderzhki razvitiya ploda // Sovremennyy nauchnyy vestnik. 2016; 10(1): 54-58 (In Russ).]

3. Макаров О.В., Алёшкин В.А., Савченко Т.Н. Инфекции в акушерстве и гинекологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 464 с. [Makarov O.V., Alyoshkin V.A., Savchenko T.N. Infekcii v akusherstve i ginekologii. – M.: MEDpress-inform, 2007. (In Russ).]

4. Павлова Н.Г., Аржанова О.Н., Зайнулина М.С. Плацентарная недостаточность. – Санкт-Петербург.: Изд-во Н-Л, 2007. – 32 с. [Pavlova N.G., Arzhanova O.N., Zajnulina M.S. Placentarnaya nedostatochnost. – Sankt-Peterburg.: Izd-vo N-L, 2007. (In Russ).]

5. Тирская Ю.И. Современная оценка состояния плода у матерей с высоким риском внутриутробной инфекции // Проблемы здоровья женщин репродуктивного возраста. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. – Омск, 2009. – С.120-124. [Tirskaya Yu.I. Sovremennaya ocenka sostoyaniya ploda u materej s vysokim riskom vnutritrobnnoj infekcii // Problemy zdorovya zhenshin reproduktivnogo vozrasta. Materialy mezhtregionalnoj nauchno-prakticheskoy konferencii. Omsk, 2009: 120-124. (In Russ).]