

© Марковский В.Д., Сорокина И.В., Яковцова И.И., Сакал А.А., Зверева И.С., Товажнянская В.Д.

УДК: 616-053.18:519.23(477.54)

**Марковский В.Д.¹, Сорокина И.В.¹, Яковцова И.И.², Сакал А.А.¹, Зверева И.С.¹,
Товажнянская В.Д.^{1,2}**

Харьковский национальный медицинский университет (майdan Свободы, г. Харьков, 61022, Украина)¹, Харьковская медицинская академия последипломного образования (ул. Амосова, 58, г. Харьков, 61176, Украина)²

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ В Г. ХАРЬКОВЕ ЗА ПЕРИОД 2015-2016 ГГ.

Резюме. Младенческая смертность является одним из важнейших социальных и медицинских показателей любой страны. В настоящее время до 70% новорождённых имеют перинатальную патологию. В основе ее, лежат, в частности, внутриутробные инфекции. При просмотре данных мировой литературы и при проведенном исследовании наблюдается тенденция к росту ВУИ у женщин, на высоком уровне остается частота мертворождений, особенно среди мальчиков.

Ключевые слова: материнская инфекция, плоды, новорожденные, аборт, внутриутробная гипоксия.

Введение

В настоящее время до 70% новорождённых имеют перинатальную патологию [2, 4]. По данным литературы за последние 15 лет обнаружено, что ведущую роль в перинатальной патологии играют врожденные пороки развития, которые в структуре смертности детей составляют 23% [1, 3, 6, 8]. Среди них преобладают пороки сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы и множественные пороки [5]. В основе преждевременных родов, лежат, в частности, и внутриутробные инфекции (ВУИ). В мировой литературе отмечаются широкие колебания показателей внутриутробного инфицирования плода от 6 до 53%, достигая 70% среди недоношенных детей [7, 9, 16, 18]. Доля ВУИ составляет от 2 до 65,6% в структуре перинатальной смертности. Такие показатели можно объяснить трудностями диагностики этой патологии, которая часто маскируется такими диагнозами, как внутриутробная гипоксия, асфиксия, родовая травма [10, 11, 14, 15, 20].

"Внутриутробными инфекциями" обозначают инфекционные болезни плода и новорожденного, возникающие в результате заражения от матери в ante- или интранатальном периоде. Доказана роль ВУИ в формировании младенческой заболеваемости, инвалидности и смертности [11, 12, 13, 19, 20, 21].

Легкая, мало или бессимптомная инфекция у матери способна вызвать гибель плода или развитие тяжелых патологий. В то же время, острая и выраженная инфекция у матери не всегда заканчивается гибелью плода. [15] В последнее время отмечается рост числа инфекционных заболеваний, связанных с условно-патогенной микрофлорой. В связи с этим изменилась и структура инфекционной патологии беременной, плода и новорожденного. [16, 19, 23].

За последнее время резко возросла роль таких возбудителей, как хламидии, Микоплазмы, Уреаплазма, вирус простого герпеса и цитомегаловирус [2, 14, 15]. Частота заражения плода составляет при этом от 5 до 60% в зависимости от характера возбудителя, сроков беременности, напряженности иммунитета у матери и ряда других факторов. Сегодня на фоне широкого применения антибактериальной терапии появилась отчет-

ливая тенденция к росту заболеваний, вызванных семейством Enterobacteriaceae, главным образом Клебсиеллы и Эшерихии [13, 18, 20]. Внутриутробные инфекции протекают с поражением всех жизненно важных органов, [9] и нередко являются причиной всего спектра антенатальной патологии: мертворождений, задержки внутриутробного развития и др., оказывают влияние на дальнейшее развитие детей после родов, приводя к глубокой инвалидности, обусловленной врожденными пороками развития и хроническими заболеваниями [17, 22].

Внутриутробная гипоксия плода, как осложнение ВУИ, диагностируется примерно у каждого пятого новорожденного с массой тела 1000г и более. Так, в Харьковской области в 2008-2012 гг. этот показатель варьировал в пределах 16,6-21,4%, и далее имел тенденцию к росту [17].

При возникновении инфекционного процесса в позднем фетальном периоде преобладают его генерализованные формы. При воздействии инфекционного фактора происходит отставание морфологического и функционального созревания органов. Например, сохраняется значительное количество эмбриональных клубочков в корковом веществе почек, разрастание соединительной ткани в легких, разрастание эластических волокон и фиброзной ткани в сердце плода, дистрофические изменения в печени с очагами некробиоза и пр. При доношенной беременности у новорожденного могут обнаруживать признаки незрелости. [20, 21, 22, 24].

Несмотря на важность проблемы, до настоящего времени не существует прямых методов диагностики, доказывающих наличие активного инфекционного процесса у плода, и только постнатальная диагностика позволяет получить достоверные данные [3]. В связи с этим представляют интерес любые исследования, посвященные как механизмам реализации инфекции у плода, так и диагностике внутриутробного инфицирования.

Учитывая актуальность данной проблемы, с целью мониторинга перинатальной смертности, нами было проведено статистическое исследование случаев ин-

фицирования матери на базе Харьковского городского перинатального центра (ХГПЦ) за период 2015-2016гг.

Материалы и методы

Нами были оценены протоколы вскрытий абортированных плодов, анте- и интранатально погибших плодов и умерших новорожденных в ХГПЦ за период 2015-2016 гг. Также изучались истории болезни матерей. Полученные данные подвергались альтернативному и статистическому анализу с использованием пакета прикладных программ компании Microsoft Excel.

Результаты. Обсуждение

По результатам исследований секционного материала за указанный период в Харькове было проведено 380 вскрытий (205 в 2015г., 175 - в 2016г.). Из общего количества аутопсий преобладали аборты (36,46%), на втором месте - умершие новорожденные (33,2%), на третьем месте - анте- и интранатально погибшие плоды (30,4%). (рис. 1).

В структуре абортивного материала аборты по медицинским показаниям преобладали над самопроизвольными абортами (рис. 2).

В структуре абортов по медицинским показаниям встречались множественные врожденные пороки развития (64,8%) и хромосомные патологии (36,2%). В распределении по половой принадлежности мужской пол (65,8%) преобладал над женским (34,2%).

В структуре смертности новорожденных наибольшее количество смертей приходилось на ранний неонатальный период - 63,3%, в поздний неонатальный период было зарегистрировано 25% смертей и 11,7% смертей приходилось на период новорожденности (рис. 3).

В распределении по половой принадлежности также преобладали мальчики (71,9%, девочки - 28,1%).

Наибольшее количество случаев смерти новорожденных приходилось на период 24-27 недель гестации (56,3%).

Согласно данным протоколов вскрытия 25% новорожденных имели признаки внутриутробного инфицирования, в виде внутриутробных пневмоний, плацентитов и пр.

Из редко встречающейся инфекционной патологии нами было выявлено в одном случае у новорожденного - бактериальный менингоэнцефалит, в одном случае - врожденный токсоплазмоз, и также в одном случае - листериоз.

При анализе структуры патологии женщин, среди генитальной патологии чаще встречались инфекции половых путей (28,2%). Довольно часто среди генитальной патологии отмечено наличие истмико-цервикальной недостаточности (12,5%). Среди экстрагенитальной патологии чаще встречались анемия (21,9%), инфекционные болезни верхних дыхательных путей (18,8%), хронический пиелонефрит (15,6%), ВСД (9,4%), заболевания щитовидной железы (3,2%), ожирение

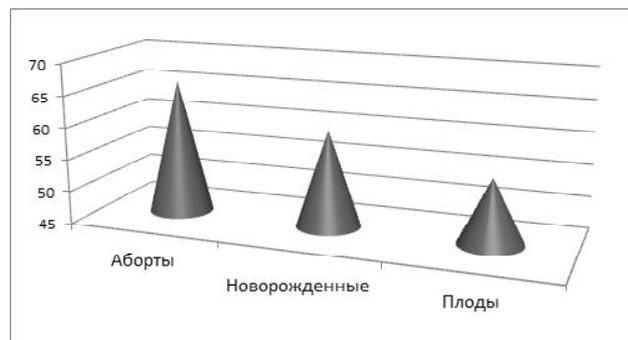


Рис. 1. Распределение аутопсийного материала.

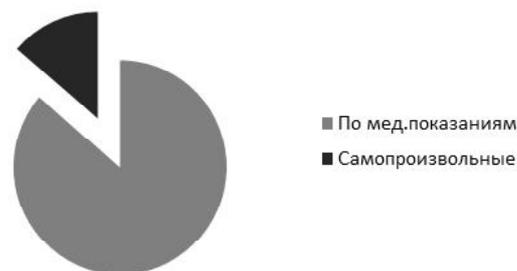


Рис. 2. Структура абортов.

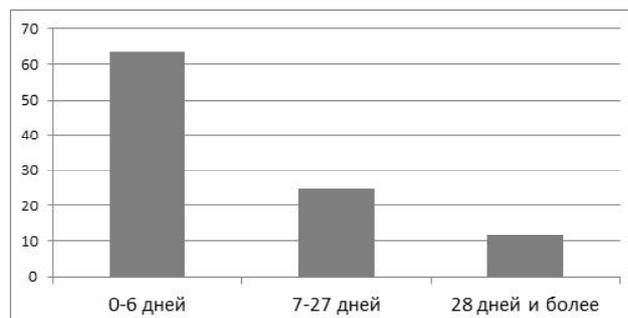


Рис. 3. Структура времени смерти новорожденных.

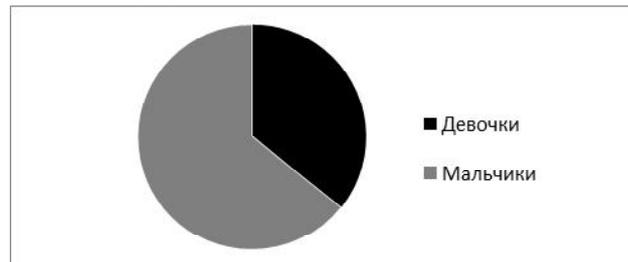


Рис. 4. Распределение плодов по полу.

(3,2%), гипертоническая болезнь (3,2%), миопия (3,2%). У 6,25% матерей наблюдалось табакокурение во время беременности. Чаще всего в историях родов отмечены разнообразные сочетания генитальной и экстрагенитальной патологии, что указывали ранее и другие авторы. [6, 15, 17].

По данным исследования, наибольшее количество случаев мертворождения приходилось на период 37-42 (32,4%) и 30-33 (16,9%) недель беременности, что совпадает с критическими периодами беременности [12]. Также отмечено более высокий уровень смерт-

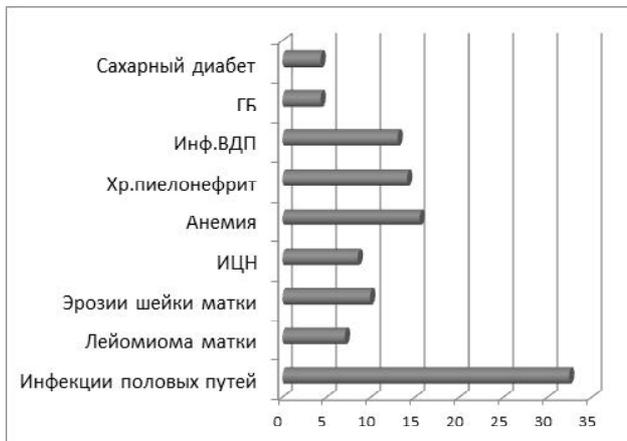


Рис. 5. Структура патологии матери.

ности среди мальчиков (64,3%) по сравнению с девочками (35,7%), что можно объяснить половыми различиями [24]. (граф.4)

48% беременностей были осложнены той или иной инфекционной патологией.

Антенатальная смерть (84,3%) доминировала над интранатальной (15,7%).

В одном случае у интранатально погибшего плода был обнаружен листериоз.

При анализе патологии беременных, среди генитальной патологии чаще встречались инфекции половых путей (32,4%). Также - встречались лейомиома матки (7,04%), эрозия шейки матки (9,9%) и истмико-цервикальная недостаточность (8,5%). Среди экстрагениталь-

ной патологии чаще встречались анемия (15,5%), хронический пиелонефрит (14,08%), инфекционные болезни верхних дыхательных путей (13%), ВСД (8,5%), ожирение (7,04%), заболевания щитовидной железы (5,6%) гипертоническая болезнь (4,3%), сахарный диабет (4,3%) (граф.5). У 4,3% матерей наблюдалось табакокурение во время беременности. Чаще всего наблюдалось сочетание генитальной и экстрагенитальной патологии. [7, 15, 17,22].

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. При анализе статистических потерь в г.Харькове за период 2015-2016гг. наблюдается тенденция к росту ВУИ у женщин, на высоком уровне остается частота мертворождений и смертей новорожденных детей, особенно среди мальчиков, что согласуется с мировыми данными.

2. Значительную роль в возникновении ВУИ играют факторы риска, как та или иная экстрагенитальная патология.

В будущем необходимо проведение морфологического и иммуногистохимического исследования умерших плодов и новорожденных детей для полного понимания патологических процессов, происходящих в организме ребенка под влиянием материнской инфекционной патологии. Полученные данные послужат основой для последующей своевременной диагностики и лечения матерей для предотвращения и снижения уровня детской заболеваемости и смертности.

Список литературы

1. Андреев А.В. Перинатальная гипоксия как причина патологических изменений надпочечников плодов и новорожденных /А.В. Андреев, Г.И. Губина-Вакулик //Международный медицинский журнал. - 2013. - №3. - С.65-69.
2. Атлас інфекційних хвороб Андрейчин М.А., Копча В.С., Крамарев С.О. та ін. /за ред. Андрейчина М.А. Тернопіль: ТДМУ, 2010. - 248с.
3. Бурячковский Э.С. Иммуноморфологические особенности плаценты при ВИЧ-инфекции //Патология. - 2011. - Т.8, №1. С.22-25.
4. В.В. Власюк Морфологическая диагностика внутриутробных инфекций. Учебное пособие. СПб, 2010 - 47с.
5. Галата Д.І. Патоморфологічні особливості імунної системи плодів та новонароджених від матерів з преєклампсією: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.03.02 "Патологічна анатомія" /Д.І. Галата; Харківський національний медичний університет. - Харків, 2011. - 20с.
6. Дуда О.К. Герпетична та герпесвірусна інфекція. Навчальний посібник для лікарів.//Дуда О.К., Краснов М.І., Козько В.М. - Київ: НМАПО, 2015. - 96с.
7. Знаменская Т.К. Приоритетные направления развития перинатальной службы в Украине /Т.К. Знаменская //Неонатология, хірургія та перинатальна медицина. - 2011. - Т.1, №2. - С.6-11.
8. Изучение влияния хронической гипоксии на течение беременности и развитие потомства в эксперименте /И.Ю. Карпова, В.В. Паршиков, А.А. Мионов [и др.]//Медицинский альманах. - 2011. - №6(19). - С.55-57.
9. Клінічний протокол МОЗ України з акушерської допомоги "Перинатальні інфекції" № 906 від 27.12.2006.
10. Лызикова Ю.А., Довыдовская Ю.В. "Особенности диагностики внутриутробных инфекций" Проблемы здоровья и экологии, 2011.
11. Мирошниченко М.С. Влияние хронической внутриутробной гипоксии на морфофункциональные особен-
- ности органов мочевыделительной системы плодов и новорожденных /М.С. Мирошниченко, В.Д. Марковский, И.В. Сорокина//Морфология. - 2013. - Т.VII, №2. - С.57-60.
12. Патология беременных и вероятность внутриутробного инфицирования плода: влияние метаболической терапии. /Нисевич Л.Л., Меджидова Д.Б., Адиева А.А. //Российский педиатрический журнал, выпуск. - 2014. - Т.17, №4. - С.14-20.
13. Перинатальные инфекции: настоящий взгляд на проблему. Современные методы профилактики вертикального пути передачи ВИЧ: учеб. пособие. Сургут: Изд-во СурГУ, 2008. - 80с.
14. Профилактика перинатальных инфекций и их последствий у беременных /Ю.В. Давыдова //Репродуктивная эндокринология. - 2013. - №3(11). - С.17-35.
15. Сидорова И.С., Макаров И.О., Матвиенко Н.А. Внутриутробная инфекция: Ведение беременности, родов и послеродового периода. - М., 2012. - 39с.
16. Сидорова, И.С. Бактериальный ва-

- гиноз. /И.С. Сидорова, И.О. Макаров //Росс, вестн. акуш.-гин. - 2006. - Т.6, №6. - С.50-54.
17. Смирнова Т.Л., Дранов Г.Л., Сергеева В.Е. "Патоморфология плаценты при внутриутробной инфекции" Вестник Чувашского университета, 2011г. С.429-431.
18. Сравнительная оценка заболеваемости и ранней неонатальной смертности Харьковской области для научного обоснования модели оптимизации помощи новорожденным //Г.И.Губина-Вакулик (и др.) // Таврический медико-биологический журн. - 2013 - №2 - С.57-61.
19. Стрельская О.В. Прогнозирование перинатальных исходов на основе особенностей течения беременности, родов и инфицирования родовых путей, плаценты, амниотической жидкости и новорожденного: Автореф. дис. канд. мед. наук. /Красноярск, 2007. - 24с.
20. Aljicevic, M. Listeria monocytogenes in women of reproductive age /M. Aljicevic, E. Beslagic, S. Zvizdic et al. //Med. Arh. - 2005. - Vol.59. - P.297-298.
21. Bevilacqua G, Braibanti S, Solari E, Anfuso S, Fragni G, Soncini E. Perinatal risk factors for infection in the newborn. Multicenter clinico-epidemiologic investigation. //Pediatr Med Chir. - 2005 - Vol.27(3-4). - P.31-38.
22. Expression and distribution of tight junction proteins in human amnion during late pregnancy /Kobayashi K., Kadohira I., Tanaka M., Yoshimura Y., Ikeda K., Yasui M. //Placenta. - 2010. Vol.31, №2. P.158-162.
23. Martinez F., Lopez-Arregui E. Infection risk and intrauterine devices //Acta. Obstet. Gynecol. Scand. - 2009. - Vol.64, №7. - P. 322-334
24. Pretorius C. The relationship between periodontal disease, bacterial vaginosis, and preterm birth /C. Pretorius, A. Jagatt, R. F. Lamont //J. Perinat. Med. - 2007. Vol.35, №2. - P.93-99.

Марковський В.Д., Сорокіна І.В., Яковцова І.І., Сакал Г.О., Зверева І.С., Товажнянська В.Д.
СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ВТРАТ У М. ХАРКОВІ ЗА ПЕРІОД 2015-2016 РР.

Резюме. Дитяча смертність є одним з найважливіших соціальних і медичних показників будь-якої країни. В даний час до 70% новонароджених мають перинатальну патологію. В основі її лежать, зокрема, внутрішньоутробні інфекції. При перегляді даних світової літератури і при проведенню дослідженні спостерігається тенденція до зростання ВУІ у жінок, на високому рівні залишається частота мертвонароджень, особливо серед хлопчиків.

Ключові слова: материнська інфекція, плоди, новонароджені, аборти, внутрішньоутробна гіпоксія.

Markovsky V.D., Sorokina I.V., Yakovcova I.I., Sakal A.A., Zvereva I.S., Tovazhnyanskaya V.D.
STATISTICAL ANALYSIS OF PERINATAL LOSSES IN KHARKOV FOR THE PERIOD 2015-2016 YEARS

Abstract. Infant mortality is one of the most important social and medical indicators of any country. Currently, up to 70% of newborns have perinatal pathology. It is based, in particular, in intrauterine infections. During review the world literature and after study conducted, there is a tendency to increase in intrauterine infections in women, the rate of stillbirth remains at a high level, especially among boys.

Key words: maternal infection, fetuses, newborns, abortions, intrauterine hypoxia.

Рецензент - д.мед.н, проф. Губина-Вакулик Г.И.

Статья поступила в редакцию 21.12.2016г.

Марковский Владимир Дмитриевич - д.мед.н., проф., проректор Харьковского национального медицинского университета; +38(057)7077297; pathomorphology@ukr.net

Сорокина Ирина Викторовна - д.мед.н., проф., исполняющий обязанности заведующего кафедрой патологической анатомии Харьковского национального медицинского университета; +38(099)6619750; soririna@gmail.com

Яковцова Ирина Ивановна - д.мед.н., проф., заведующий кафедрой патологической анатомии Харьковской медицинской академии последипломного образования; +38(067)5711811; docpathomorph@gmail.com

Сакал Анна Александровна - заочный аспирант кафедры патологической анатомии, ассистент кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии Харьковского национального медицинского университета; +38(099)3248678; sakal_anna@ukr.net

Зверева Ирина Сергеевна - заочный аспирант кафедры патологической анатомии Харьковского национального медицинского университета; +38(067)8032088; oleglev1977@yandex.ua

Товажнянская Вера Дмитриевна - заочный аспирант кафедры патологической анатомии Харьковского национального медицинского университета, ассистент кафедры патологической анатомии Харьковской медицинской академии последипломного образования; +38(095)7593208; viratov@yahoo.com