

## ВНУТРІШНЬОУТРОБНЕ ІНФІКУВАННЯ ЯК ПРИЧИНА ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ

ГРОМОВА А.М., МІТЮНІНА Н.І., ТАЛАШ В.В.

м. Полтава

Передчасні пологи являються однією з основних причин перинатальної захворюваності та смертності. Частота передчасних пологів в Україні складає від 12% до 46% [4]. Згідно до міжнародних даних витрати на виходжування дітей, що народились недоношеними можуть складати до третини витрат на медицину в цілому і до десятої частини загальних витрат на медичну допомогу дітям (АСОЦ, 2003) [2]. Проблема передчасних пологів має також психосоціальний аспект, бо народження недоношеної дитини, її хвороба або втрата є великою психологічною травмою.

### Мета дослідження

Мета: виявити фактори ризику передчасних пологів, а також особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з передчасними пологами.

### Матеріали та методи дослідження

Відповідно до рекомендації ВООЗ з 2007 року Україна перейшла на нові критерії реєстрації перинатального періоду (Наказ МОЗ України №179 від 29.03.06. «Про затвердження інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених»), згідно яких передчасними вважаються пологи в період з 22 до 37 тижнів вагітності зі спонтанним початком та народженням плода масою більше ніж 500 г.

Виділяють ранні (22-27 тижнів) та пізні (28-37 тижнів) передчасні пологи.

Нами був проведений аналіз 145 історій вагітності, пологів та післяпологового періоду.

### Результати дослідження та їх обговорення

Вік вагітних був від 15 до 41 року. Жінки у віці від 15 до 35 років складають 91,7% (133 особи) від загальної кількості, і тільки 12 (8,27%) – у віці 36-42 роки. Першою вагітністю була у 66 жінок – (45,5%), впершенароджуючих 87 (60%), повторнонароджуючих 58 (40%).

Найбільша кількість передчасних пологів припадає на термін 34-37 тижнів гестації – 94 (64,8%). У терміні 22-26 тижнів відбулося 8 (5,5%), 27-30 тижнів – 12 (8,2%), 31-33 тижні – 31 (21,3%) пологів.

Ми вивчали соматичний, гінекологічний та акушерський анамнез. Гінекологічний анамнез був обтяжений у 127 жінок (87,5%); 21 жінка (14,4%) страждали на хронічні запальні захворювання матки та додатків. Гормональна дисфункція мала місце у 21 (14,4%) жінок, ерозія шийки матки у 62 (42,7%), вагініт у 12 (8,2%); пухлини матки та яєчників у 11 (7,4%). Урогенітальна інфекція виявлена у 38 (26,2%) жінок.

Звертає на себе увагу висока частота кандидозу піхви у 23 (15,86%), що свідчить про пригнічення у них системного та місцевого імунітету.

Непліддя було у 8 (5,5%) жінок, у 6 (4,1%) жінок вагітність настала за допомогою ДРТ.

У ході аналізу історій вагітності нами було встановлено, що протягом життя жінки хворіли різними соматичними захворюваннями, і як правило, кожна з жінок мала в анамнезі кілька хвороб або патологій різних органів та систем. Дитячі інфекційні захворювання мали 85 (58,6%), ГРВІ – 96 (66,2%), захворювання дихальної системи 32 (22%), захворювання шлунково-кишкового тракту 49 (33,7%), захворювання видільної системи 23 (15,8%), захворювання серцево-судинної системи 47 (32,4%), ендокринної системи 11 (7,5%), органів зору – 11 (7,5%).

У жінок з передчасними пологами перебіг вагітності був ускладнений різними факторами. У 86 (59,3%) обстежених теперішня вагітність супроводжувалась клінічними проявами загрози переривання. У 54 (37,2%) розвинулась дисфункція плаценти, внутрішньоу-

тробне інфікування діагностовано у 59 (40,54%), затримку внутрішньоутробного розвитку та вроджені вади розвитку плода – 11(7,5%), у 28 (19,3%) вагітних мала місце анемія, 13 (8,96%) жінок з рубцем на матці, 10 (6,8%) носили акушерський песарій. У 8 (5,5%) відбулися ранні передчасні пологи, у 137 (94,4%) – пізні передчасні пологи.

Через природні статеві шляхи були розроджені 109 (75,1%) жінок, шляхом кесарського розтину 36 (24,8%). Значні ускладнення у перебігу вагітності призвели до ускладнень і в перебігу пологів: передчасний розрив плодових оболонок 44 (30,35), дистрес плоду 19 (13,05%), дисфункція плаценти 27 (18,6%), патологія плодових оболонок – 14 (9,65%), тазове передлежання 8 (5,5%), СЗРП та ДРТ по 6 (4,1%).

Показаннями для кесарського розтину були: передчасне вилиття навколоплідних вод – 11 (30,55%); тяжкий гестоз – 10 (27,8%), дистрес плоду – 17 (47,2%), дисфункція плаценти – 11 (30,55%), маловоддя та багатоводдя – 10 (27,8%), СЗРП – 9 (25%), багатопліддя – 6 (16,7%), неспроможність рубця на матці – 14 (38,9%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти -11 (36%), передлежання плаценти -13 (38%).

У 5 випадках виконана консервативна міомектомія під час операції кесарського розтину. У 5 випадках – видалена матка з приводу кровотечі.

У результаті передчасних пологів народилось 157 немовлят, з них живими 139 (88,5%), мертвонароджені 18 (11,4%).

По ваговій категорії новонароджені розподілені на такі категорії: 0 - 500г -1 (0,63%); 500-999г – 11 (7%); 1000–1499г – 22 (14%); 1500-1999г – 19 (12%); 2000-2499г – 22 (14%); 2500-2999г – 49 (31,2%); 3000-3499г – 3 (1,9%); 3500г – 1 (0,63%).

З масою менше 500г народилось 1 (5,5%) мертвонароджених: 500-999г – 4 (22,2%); 1000-1499г – 7 (38,8%); 1500-1999г - ; 2000-2499г – 4 (22,2%); 2500-2999г – 1 (5,5%).

Оцінка новонароджених за шкалою Апгар: 2-3 бали – 2 (1,4%); 4-5 бали – 16 (11,6%); 6-7 балів – 79 (56,8%); 8-9 балів – 42 (30,2%).

У терміні 22-26 тижнів померло 3 (16,6%), у 27-30 тижнів – 3 (16,6%), 31-33 тижні – 6 (33,3%), у 34-37 тижнів -6 (33,3%).

Клінічний інтерес викликають результати патологоанатомічного та бактеріального дослідження плаценти при передчасних пологах: паренхіма з неоднорідним кровенаповненням судин, вираженим фіброзом строми стовбурових ворсин, дрібні вогнища відкладення фібриноїду. В оболонках – вогнища запальної інфільтрації.

У результаті бактеріологічного дослідження 95 плацент з материнської та дитячої поверхні найчастіше виділялись: *Streptococcus faecalis* 21%, *Escherichia coli* 23%, *Staphylococcus epidermiditis* 16,8%, *Staphylococcus aureus* 7,4% *Staphylococcus agalactica* 12,6%, *Candida albicans* 8,4%, асоціації мікробів – 56%.

## Висновки

Таким чином, у жінок з передчасними пологами визначається висока частота інфекційного ураження плодово-плацентарного комплексу, нерідко без клінічних проявів інфекції під час вагітності. Одним з етапів резерва зниження передчасних пологів є прегравідарна підготовка, виявлення та санація джерел інфекції (соматичних, генітальних) захворювань, інфекційних факторів в т.ч і умовно-патогенної бактеріальної флори.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Глуховец Б.И. Восходящее инфицирование фето-плацентарной системы./Б.Глуховец, Н.Глуховец-М. «МЕДпресс-информ», 2006.-239с.
2. Невынашивание беременности, инфекция, врожденный иммунитет [Макаров О.В. и др.] - М.: «ГЕОТАР Медна», 2007.-172с.
3. Савельева В.М. //Преждевременные роды – современный взгляд на проблему// Тезисы форума «Мать и дитя», 2007г. Москва.
4. Гойда Н.Г., Жилка Н.Я. Репродуктивне здоров'я (ситуаційний аналіз)// медико-соціальні проблеми сім'ї