

И.А. Корбут, Е.И.Барановская

ГУО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель

Предикторы многоводия и осложнения родов у беременных группы повышенного перинатального риска

Введение

Многоводие – акушерская патология, в 60-80% случаев сопряженная с инфекционными осложнениями беременности или бессимптомной колонизацией околоплодных вод микроорганизмами [1]. По скорости развития оно бывает острым – развивается во II триместре беременности, сопровождается выраженными явлениями слабости, тяжести в животе, болями в области сердца и хроническим – возникающим в III триместре и не имеющим выраженных клинических проявлений за счет постепенной адаптации организма беременной к медленному накоплению амниотической жидкости [1].

Цель

Исследовать взаимосвязь многоводия и патологии беременности и родов.

Материалы и методы Согласно клиническим протоколам обследованы 106 пациенток группы повышенного перинатального риска. Беременные были разделены на группу А (33 человека во II триместре беременности) и группу Б (73 женщины в III триместре гестации). В каждой группе были выделены подгруппы 1 (обследованные с многоводием) и 2 (пациентки с нормальным объемом околоплодных вод). Патологогистологическое исследование последов было выполнено по стандартной методике [2]. Перинатальный риск оценен в баллах по шкале пренатальных и интранатальных факторов [3]. Статистический анализ: определяли долю и стандартную ошибку доли ($P \pm Sp\%$), вычисляли критерий Манна-Уитни U, Вальда-Вольфовица, ранговой корреляции Спирмена, проводили логистический регрессионный анализ (пакет прикладных программ Statistica 6.0).

Результаты и обсуждение. Женщины групп А и Б были сопоставимы по степени перинатального риска (13,7±3,1 и 13,6±3,4 баллов, соответственно). Частота многоводия в обеих группах составила 72,7±7,8% и 56,1±5,8%, соответственно. У обследованных группы Б эрозия шейки матки до беременности диагностирована в 46,6±5,7%, а у беременных группы А - в 45,5±8,7% случаев. Вагинит накануне родов в 1,6 раза чаще наблюдался у женщин группы Б, чем в группе А - 32,9±5,5% и 21,2±7,1%, соответственно. Ожирением в 1,6 раза чаще страдали пациентки, обследованные во втором триместре, чем в третьем - 15,2±6,2% против 9,6±3,5% случаев.

С помощью критерия Манна-Уитни установлено, что в группах А и Б есть статистические различия в возрасте пациенток с многоводием и нормальным объемом амниотической жидкости – $z=2,2$, $p=0,03$ (в обеих группах). Повышение объема околоплодных вод ассоциировано с наличием сальпингофорита в анамнезе, связь прямая умеренной силы, $rs = 0,4$, $p<0,001$, что объяснимо присутствием микроорганизма в латентной форме и инфекционным генезом этой патологии. Также нами выявлена прямая корреляционная связь умеренной силы со степенью перинатального риска, $rs = 0,4$, $p<0,001$, так как многоводие является одним из факторов, оцениваемых в данной шкале.

В ходе исследования нами установлено, что повышение объема околоплодных вод во втором триместре беременности сопряжено с развитием петрификатов, инфарктов, выпадения фибриноида в плаценте ($\beta=-26,4$; $p=0,04$, что позволяет отклонить нулевую гипотезу и принять альтернативную об ассоциации признаков) в последующем. Ишемические поражения последа приводят к ухудшению его функциональных резервов для обеспечения дыхания плода, что может быть фоном для

возникновения плацентарной недостаточности.

Увеличение объема околоплодных вод у пациенток группы Б сопряжено с вагинитом накануне родов, $z=-2,4$, $p=0,02$, так как на этом фоне возможно инфицирование нижнего полюса плодного яйца или хроническое многоводие сопровождается изменением локального иммунитета у беременных. Многоводие в третьем триместре гестации связано с развитием хронической гипоксии плода ($\beta=29,9$; $p<0,001$), что является риском возникновения антенатальной и интранатальной гибели плода. Повышенный объем амниотической жидкости в сроке беременности 28-40 недель ассоциирован с преждевременным и ранним излитием околоплодных вод ($\beta=41,7$; $p=0,01$), что может быть фактором риска развития инфекционных осложнений со стороны матери и плода и требует активного ведения родов. В случае осложнения беременности многоводием в III триместре нами выявлена ассоциация его с травматизмом в родах – рассечением промежности или её разрывом ($\beta=40,4$; $p<0,001$). Это может быть следствием необходимости укорочения второго периода родов при хронической гипоксии плода, а также иметь сходные звенья патогенеза с диффузной слабостью соединительной ткани.

Заключение. В результате исследования нами выявлены статистически значимые ассоциации между возникновением многоводия и сальпингоофоритом в анамнезе, вагинитом накануне родов, преждевременным и ранним излитием околоплодных вод, хронической гипоксией плода, а также выявлена связь с ишемическими поражениями последа и травматизмом в родах. Вышеперечисленное является факторами риска перинатальной патологии и требует активного наблюдения за беременностью, осложненной многоводием.

Литература

1. *Современные представления о внутриутробной инфекции / О.В. Макаров [и др.] // Акушерство и гинекология – 2004. - № 1. – С. 10-12.*
2. *Сапожников, А.Г. Гистологическая и микроскопическая техника: руководство/ А.Г. Сапожников, А.Е. Доросевич. – Смоленск: САУ, 2000. – 476 с.*
3. *Чернуха, Е.А. Родовой блок. Руководство для врачей./ Е.А. Чернуха. 3-е издание. Москва, «Триада X», 2003. – С. 65–76.*