7 B.Kallen, Clavien PA. Liver transplantation for pregnancy-related liver diseases. Pregnancy and sexual function after liver transplantation: what do we know? 2005y.Oct.,49(4) 505-6
8 Burra P., De Bona M, Quality of life following organ transplantation. Liver transplantation Volume 16, Issue 1, pages 56-63, January 2015.

Н.М. Мамедалиева, А.М. Сапаралиева, А.С. Джумагалиева
БАУЫР ТРАНСПЛАНТАЦИЯСЫНАН КЕЙІНГІ ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ БОСАНУ

Түйін: Мақалада бауыр трансплантациясынан кейінгі әйелдерде босану ерекшеліктері жайында әдеби мәліметтер, сондай-ақ АГжәнеПҒО базасында орын алған бауыр трансплантациясынан кейінгі жүктілік және босану клиникалық жағдайы баяндалады.
Түйінді сөздер: бауыр трансплантациясы және жүктілік, акушерлік және перинаталдық нәтиже

N.M. Mamedaliyeva, A.M. Saparaliyeva, A.S. Dzhumagaliyeva
PREGNANCY AND PARTURITION AFTER LIVER TRANSPLANTATION

Resume: The article presents literature data on the peculiarities of childbirth in women after liver transplantation, as well as the clinical case based on SCOGP, pregnancy and childbirth in a woman after a transplanted liver.
Keywords: liver transplantation and pregnancy, obstetric and perinatal outcomes

УДК: 618.3:618.333

А.Б. Сексенова, Ж.О. Бузумова, Ж.У. Базарбаева, С.К. Исагалиева, М.К. Имангалиева
Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова,
кафедра акушерства и гинекологии, курс № 1

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА: ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ И АНАЛИЗ

Антенатальная гибель плода – смерть плода во время беременности, может наступить в любой момент беременности по причине зависимых и независимых от влияния человека факторов. За последние годы данная проблема нарастает на фоне общей тенденции к снижению перинатальной смертности, несмотря на значительный прогресс в антенатальной охране плода (УЗИ скрининг, скрининговые тесты, доплерометрия, КТГ). Нами проведены ретроспективный анализ 43 случаев антенатальной гибели плода с 22 до 42 недель беременности в родильном доме второго уровня перинатальной помощи г.Алматы в 2015-2016 гг. Неблагоприятные изменения в структуре перинатальных потерь свидетельствуют о необходимости принятия мер по совершенствованию нормативно-правовой базы в службе антенатальной охраны плода.
Ключевые слова: *Антенатальная гибель плода, мацерация, хроническая плацентарная недостаточность, внутриутробная инфекция, перинатальные инфекции.*

Антенатальная гибель плода – смерть плода во время беременности. Антенатальный период – это период внутриутробного развития, который разделяют на две стадии: эмбриональный и фетальный. Частота антенатальной гибели плода в развитых странах составляет 0,58-1%, в США-1%, по КР 6 -19%. Антенатальная гибель плода может наступить в любой момент беременности по причине зависимых и независимых от влияния человека факторов. К независимым факторам относится генетический код развивающегося плода. Зависимые факторы можно разделить на немедицинские и медицинские. К немедицинским относятся социальные, социально-бытовые, социально-общественные, психологические, экономические факторы воздействия на развивающийся организм плода. К медицинским факторам относятся соматическая патология матери, патологическое течение беременности, болезни плода во внутриутробном периоде, качество медицинской помощи, оказанной беременной. Наиболее частой причиной (по литературным данным) антенатальной гибели плода являются острые инфекционные заболевания матери, перенесенные во время беременности или обострение хронического процесса.

Актуальность: Антенатальная гибель плода - это не только репродуктивные потери, но также является крайне опасным для жизни и здоровья женщины. За последние годы данная проблема нарастает на фоне общей тенденции к снижению перинатальной смертности. В структуре мертворождаемости также доминирует удельный вес антенатальной гибели и с каждым годом он увеличивается, несмотря на значительный прогресс в антенатальной охране плода (УЗИ скрининг, скрининговые тесты, доплерометрия, КТГ).

Цель: Сравнительная оценка причин внутриутробной гибели плода и анализ ошибок при ведении беременности в амбулаторных условиях.

Материалы и методы:Нами проведены ретроспективный анализ 43 случаев антенатальной гибели плода с 22 до 42 недель беременности в родильном доме второго уровня перинатальной помощи г. Алматы за 2015-2016 гг. Анализ проводился по истории родов, обменным картам, по протоколам паталогоанатомических вскрытий и гистологических исследований плаценты.

Методы анализа: клинический, статистический, аналитический.

Результаты исследования.

Возрастная характеристика беременных:
- до 18 лет – 7% (3),
- от 19 до 29 лет-81,4% (35),
- свыше 30 лет-11,6% (5)

Паритет: первородящие-48,8 %(21), повторнородящие-51,2%(22).

Социальное положение:беременные с высшим образованием составило-55,8%(24), со средним образованием-34,9%(15),-домохозяйки-9,3%(4).

В браке состояло -81,4%(35), вне брака-14%(6), одиноких - 4,6%(2)

Состояли на учете в женской консультации - 84%(36), из них ранняя явка- 16%(7), необследованные - 16%(7).

Проводился анализ анамнестических данных с учетом соматических, гинекологических заболеваний и акушерско-гинекологического анамнеза.

При анализе анамнестических данных выявлено: срочные роды 14, преждевременные роды-8, замершая беременность - 3, мед аборт - 6, самопроизвольный выкидыш - 4, прерывание беременности по медицинским показаниям – 1 случай.

Экстрагенитальные заболевания.

Основной удельный вес ЭГЗ занимает анемия - 58%(25), из них тяжелой степени – 2 случая. Заболевания ССС - 9,3%(4), заболевания ЖКТ - 13,9%(6), заболевания щитовидной железы - 9,3%(4), заболевания органов дыхания - 13,9%(6), заболевания мочевыделительной системы 30,2%(13), органов зрения-6,9%(3).

Гинекологические заболевания: эрозии составляет-9,3%(4), ОАГА-51,2%(22), кольпиты различной этиологии -7%(3), бесплодие-2,3%(1), миома матки-2,3%(1), полип цервикального канала-2,3%(1).

Патологическое течение беременности:

угроза прерывания беременности–53,5%(23) по обращаемости в женскую консультацию или в приемный покой стационара, подтвержденные по данным УЗИ, все случаи имели место до 14 недель беременности. Повторно угроза прерывания наблюдалась:

– в 7 случаях во II-III триместре беременности,
– обострение соматических заболеваний наблюдалось в 16,2%(7) случаев,
– острая вирусная и бактериальная инфекция верхних дыхательных путей в 37,2%(16).
– ранний токсикоз - 25,5%(11),
– артериальная гипертензия, связанная с беременностью, имела место в 4,6%(2),
– преэклампсия легкой степени - 2,3%(1),
– преэклампсия тяжелой степени - 2,3%(1),
– ХЭЛП синдром- 2,3%(1),
– маловодие- 2,3%(1),
– многоводие - 2,3%(1).

Обследованные на TORCH инфекции составило 9,3% (4), по анамнестическим данным подлежало обследованию 21 беременных, что составило 48,8%(21).

Поступили в стационар сразу с момента отсутствия шевеления – 7%(3) беременных, первые сутки – 55,8%(24),на 2 сутки– 18,6%(8), на третьи сутки – 16,3%(7),через 6 суток – 2,3%(1).

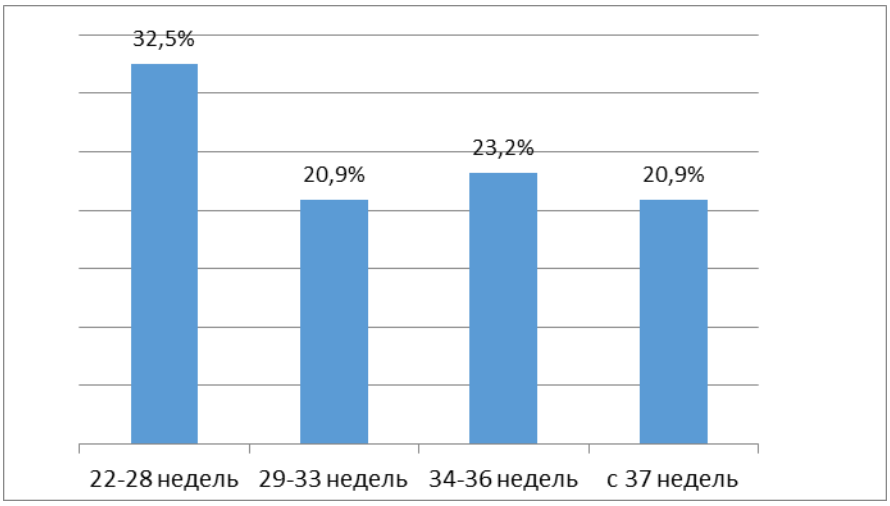
При анализе родов выявлено: срочные роды-20,9%(10) ,из них кесарево сечения-2,

- преждевременные роды-76,7%(33),из них кесарево сечения-1, роды наступили самостоятельно -11,6%(5) случаях, индуцированные роды -76%(34) случаях.

В одном случае при доношенном сроке беременности имело место осложнение разрыв матки по рубцу.

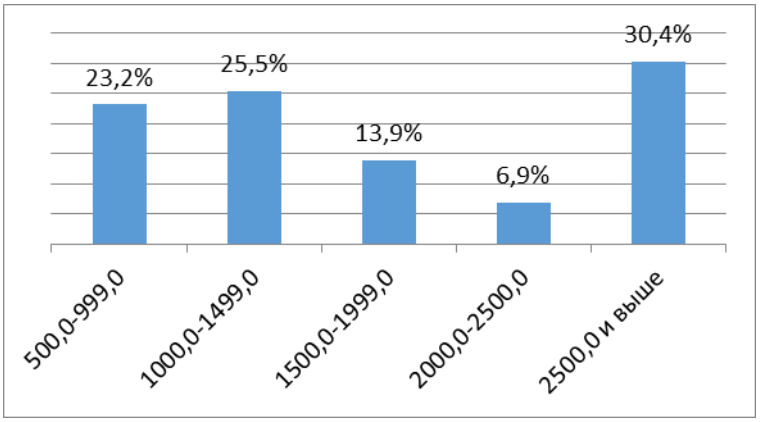
По сроку беременности на момент антенатальной гибели плода случаи распределены следующим образом:

- с 22 до 28 недель – 32,5%(14),
- с29 до 33 недель+6дней – 20,9%(9),
- с 34 до 36 недель+6 дней – 23,2%(10),
- с 37 недель – 20,9%(9).



Структура антенатальной гибели плода по весовой категории:

- с чрезвычайно низкой массой 500,0-999,0 - 23,2%(10)
- 1000,0-1499,0 - 25,5%(11),
- 1500,0-1999,0 - 13,9%(6),
- 2000,0-2500,0 - 6,9%(3),
- 2500,0 и выше- 30,4%(13).



В 11 случаях, что составляет 25,5% наблюдался синдром задержки внутриутробного развития плода, диагностированный по данным УЗИ и подтвержденный при рождении.

ВПР плода 9,3%(4) из них ВПР ЦНС-1 случай, множественные пороки развития-1 случай.

При анализе результатов гистологического исследования выявлены:

– декомпенсированная форма хронической фетоплацентарной недостаточности-86%(37),
– субкомпенсированная форма хронической фетоплацентарной недостаточности-9,3%(4),
– нет результатов -4,6%(2).

Во многих случаях при декомпенсированной форме хронической фетоплацентарной недостаточности имеет место поражение плаценты в виде очагового, гнойного, базального децидуита с очагами некроза, гнойно - париетальный децидуит, гнойно-серозный децидуит, гнойный мембранит, гнойно-некротический виллузит, множественные поля афункциональной зоны и инфаркты плаценты.

Вышеописанные изменения в плаценте не в состоянии обеспечить жизнедеятельность растущего внутриутробного плода .

Анализ исследования показал, что возраст, паритет, ЭГЗ , гинекологическая патология , ОАГА не играут существенную роль в исходе беременности и в развитии антенатальной гибели плода.

Ведущее место в списке причин возникновения антенатальной гибели плода занимает патология плаценты, плацентарная недостаточность ее декомпенсированная форма.

Основные причины приводящие к плацентарной недостаточности можно разделить:

– угроза прерывания беременности составила - 53,5%(23). Длительный гипертонус матки особенно в первом триместре беременности, в период формирования плаценты привели к декомпенсированной форме хронической фетоплацентарной недостаточности.
– острая вирусная и бактериальная инфекция-37,2%(16), при которой большинство беременных получали амбулаторное лечение.
– обострение хронических соматических заболеваний-16,2% (7), получали лечение в многопрофильных стационарах без динамического контроля врача акушер-гинеколога.
– анемия беременных -58%(25),как сопутствующее заболевание беременности, припятствовало возможности обеспечить повышенной потребности организма матери и плода в необходимых веществах.

Вероятно благоприятный исход беременности при:

– своевременном распозновании и выявлении причин плацентарной недостаточности. При необходимости направление в стационар для лечения и принятия решения дальнейшей тактики ведения - это основа профилактики данной патологии;
– заполнение гравидограмм шаблонная, нет интерпретации, поэтому допускается поздняя диагностика ЗВУР, приводящая к антенатальной гибели плода;
– назначение биофизического теста ,доплерометрии, КТГ, для объективной оценки состояния плода;.
– обследование женщин в прегестационном периоде из группы риска на перинатально значимые и тератогенные инфекции;
– прегравидарная подготовка к беременности;
– улучшение социально-экономического положения беременных, большой удельный вес анемии 58% свидетельствует о ее необходимости.

Выводы:

Необходимо обследование женщин в прегестационном периоде на перинатальнозначимые и тератогенные инфекции, а также с целью пренатальной диагностики раннее выявление формирующейся первичной плацентарной недостаточности. Наличие необследованных беременных свидетельствует о недостаточном уровне антенатального наблюдения в женской консультации. Неблагоприятные изменения в структуре перинатальных потерь свидетельствуют о необходимости принятия мер по совершенствованию нормативно-правовой базы в антенатальной службе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Абдрахманова Р.К., Бикташева Х.М. Перинатальные потери в Республике Казахстан. // Акушерство, гинекология и перинатология, 2003. - №1. – 44 с.
2 Бурдули Г.М., ФроловаО. Г. Репродуктивные потери. – М.: 1997. - С.9-11.
3 Каюпова Н. А.Каюпова Л. С. Современные проблемы перинатологии. // Избранные клинические лекции по акушерству и гирнекологии - Алматы: 2000.- Т.2. – 11 с.
4 Г. М Савельева. В.И Кулаков. ЭК. Айламазян, В.Е. Радзинский// Национальное руководство - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011 – 876 с.
5 Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2007. - Т 9. - №4. – 112 с..
6 Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2005. - Т 7. - №4. – 148 с.
7 Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2004. - Т 6. - №4. – 139 с.
8 Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2003. - Т 5. - №4. – 151 с.

А.Б. Сексенова, Ж.О. Бузумова, Ж.У. Базарбаева, С.К. Исагалиева, М.К. Имангалиева

ҰРЫКТЫН АНТЕНАТАЛДЫ ӨЛІМІ : ЫҚТИМАЛ СЕБЕПТЕРІ ЖӘНЕ ТАЛДАУ

Түйін: Жүкті әйелдерді гестация алды кезеңде перинаталды маңызы бар және тератогенді инфекцияларға, сонымен қатар басталып келе жатқан біріншілік плацентарлық жетіспеушілікті ерте пренаталды-диагностикалау мақсатында зерттеу қажет. Әйелдер кеңесінің әйелдерді антенаталды бақылауының жеткіліксіздігі тексерілмеген жүкті әйелдердің болуы дәлел. Перинаталды өлімнің құрылымындағы жағымсыз өзгерістер антенаталды көмектегі нормативті- құқықтық шараларды жетілдіру қажеттігін көрсетеді.

Түйінді сөздер: Ұрыктын антенаталды өлімі, мацерация, созылмалы плацентарлык жеткіліксіздік, жатыр ішілік инфекция, перинаталдық инфекциялар.

A.B. Seksenova, J.O. Buzumova, Zh.U. Bazarbaeva, S.K. Isagaliyeva, M.K. Imangaliyeva

ANTENATAL FETAL DEATH: POSSIBLE CAUSES AND ANALYSIS

Resume: It is necessary to survey women in preestestion period for perinatally significant and teratogenic infections, as well as for prenatal diagnosis and the emerging primary placental insufficiency early detection. The spresence of unexplained pregnancies indicates an insufficient level of antenatal follow-up in the antenatal clinic. Adverse changes in the structure of perinatal losses indicate the need to take measures to improve the regulatory and legal framework in the antenatal service.

Key words: antenatal fetal death, maceration, chronic placental insufficiency, intrauterine infection, perinatal infections.