УДК 616.36:618.3

Н.М.Мамедалиева, А.М.Сапаралиева,А.С.Джумагалиева
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

В статье представлены литературные данные по особенности течении родов у женщин после трансплантации печени, а также клинический случай на базе НЦАГиП, беременности и родов у женщины после пересаженной печени.
Ключевые слова: *трансплантация печени и беременность, акушерские и перинатальные исходы*

Актуальность: Согласно данным статистики, в мире ежегодно совершается 40 - 50 тысяч пересадок органов. Из них: трансплантация почки – порядка 26 000 операций; трансплантация печени – около 10 000 операций; пересадка сердца – до 4 500 операций; трансплантация легких – около 1 500 операций; пересадка поджелудочной железы – около 1 000 операций.[1]А в Казахстане ежегодная потребность трансплантации органов составляет: пересадка почек - 3000 пациентов; сердца - более 1000 больных; легкого - порядка 230 пациентов. Операция по пересадке печени требуется около 1000 пациентам каждый год.[2] Впрочем, учитывая растущую потребность в пересадке печени (поскольку, увы, количество заболеваний, при которых подобное хирургическое вмешательство является единственным эффективным методом радикального лечения пациента и спасения его жизни, с каждым днем увеличивается), исследователи не исключают, что со временем операции трансплантации печени могут занять лидирующее место. Женщины составляют треть всех реципиентов печени, при этом 75% из них находятся в репродуктивном возрасте. После длительной болезни, чувствуя улучшение состояния здоровья, реципиентки настроены на полноценную жизнь, одной из составляющих которой является реализация их репродуктивных целей. Считается, что планирование беременности возможно после стабилизации состояния в течение года после трансплантации печени, когда риск отторжения трансплантата уменьшается и не зависит от беременности, и прогноз для матери и плода чаще всего благоприятный. [2,3]

Терминология и классификация. Трансплантация печени (пересадка печени) - в настоящее время является методом выбора при конечных стадиях цирроза печени различной этиологии, а также ряде врожденных нарушений метаболизма и опухолях печени. Первые опыты по пересадке печени были начаты более 60 лет назад.[1,2] И поначалу осуществлялись *гетеротопические* (от греч. «heteros» - другой и «topos» - место) операции, в ходе которых в помощь «родному» органу подсаживалась донорская печень. Но, несмотря на успех технического выполнения самой операции, ее результаты нельзя было признать удовлетворительными, так как у больных довольно быстро развивалась атрофия пересаженной печени. Еще через 10 лет была выявлена основная причина развития атрофии печени после ее гетеротопической трансплантации – невозможность сохранения портального кровотока в донорском органе. Однако этой проблемы не возникает при *аутотопической (ортотопической) трасплантации*, предполагающий помещение донорского органа (или его части) на место удаленного органа реципиента. Собственно, сегодня, говоря о пересадке печени, мы имеем в виду именно такие операции. Трансплантация печени может быть показана при таких заболеваниях: вирусный гепатит B, C, D, аутоиммунный гепатит (первичный билиарный цирроз, первичный склерозирующий холангит),болезнь Вильсона-Коновалова, нарушение обмена альфа-1-антитрипсина, гемохроматоз, поликистоз печени, муковисцидоз, рак печени, острая печеночная недостаточность в связи с экзогенной интоксикацией. Коротко можно резюмировать, что трансплантация печени фактически является единственным радикальным методом лечения любых врожденных и приобретенных заболеваний печени, сопровождающихся циррозом. Тем более что процедура, аналогичная почечному диализу, при печеночной недостаточности невозможна. Показания к трансплантации печени можно разделить на две группы: абсолютные и относительные (условные). *Абсолютными показаниями к пересадке печени служат:* терминальные стадии цирроза печени и быстро прогрессирующие формы хронической печеночной недостаточности. *Относительные показания к трансплантации печени:* Хроническое диффузное дистрофическое заболевание печени, при котором ожидаемая продолжительность жизни составляет менее 1 года. Цирроз печени с энцефалопатией. Цирроз печени с повторными кровотечениями из расширенных вен пищевода. Цирроз печени, сопровождающийся гепаторенальным синдромом, устойчивым асцитом, нарастающей печеночной недостаточностью. Очаговое заболевание печени, при котором технически невозможна резекция (из-за большого очага или при множественных очагах). При хронических заболеваниях печени показанием к трансплантации печени также может считаться снижение качества жизни, отсутствие эффекта от консервативного лечения и прогнозируемая высокая эффективность операции. Разумеется, пациент, которого готовят к трансплантации печени, должен быть предупрежден о том, что он пожизненно должен будет получать иммуносупрессивную терапию. При этом необходимо подчеркнуть, что прием соответствующих медикаментов подразумевает минимум дополнительных ограничений: женщины, перенесшие успешную трансплантацию печени, смогут даже беременеть и вынашивать детей. Однако периодически «владельцу» пересаженной печени необходимо обследоваться для контроля состояния. При принятии решения о трансплантации печени, необходимо взвесить и оценить вероятность успеха операции и все риски. В первую очередь, во внимание принимаются противопоказания к пересадке органа.*Абсолютными противопоказаниями к проведению трансплантации печени являются:* декомпенсированные заболевания сердца, легких, ЦНС. Системные инфекции, не поддающиеся лечению (резистентный туберкулез, ВИЧ-инфекция, сифилис), период активной репликации вируса гепатита B, C.Онкологические заболевания.Полное отсутствие психологической готовности пациента к пересадке печени. Не поддающийся лечению алкоголизм (в виду отсутствия целесообразности операции). Все остальные противопоказания (возраст старше 60 лет, активный вирусный гепатит B, C, тромбоз воротной вены, холангиоцеллюлярный рак печени, ожирение, ранее проводимые операции на печени и желчевыводящих путях и пр.) считаются относительными.[1,5,7]

История. Впервые аутопическая пересадка печени была осуществлена 1 марта 1963 года в США в городе Чикаго, под руководством хирурга Томаса Старлза, который признан основоположником трансплантологии. Трехлетний ребенок с билиарной атрезией получил печень от ребенка, погибшего в результате опухоли мозга. Смерть реципиента через 5 часов после операции показала в полной мере значимость проблемы коагулопатии в этой области медицины.[7,8]

В ноябре 1963 г. трансплантацию печени совершил Р. Калнэ в Кембридже. К концу 1967 г. в мире было проведено несколько десятков трансплантаций, в том числе 14 — Т. Старзлом. Однако ни один из пациентов не прожил более 12 мес. после операции. Тем не менее демонстрация в октябре 1967 г. по Американскому телевидению четырех девочек в возрасте от 14 до 42 мес., которым Т. Старзл за 1—3 мес. до этого выполнил трансплантацию печени, произвела ошеломляющее действие на общественность и привлекла

огромный интерес средств массовой информации. Суммируя результаты первых пересадок, Т. Старзл отметил, что трансплантация печени может иметь клиническое значение, однако необходимо совершенствовать хирургическую технику в иммуносупрессивную терапию. Дальнейшее совершенствование оперативной техники и иммуносупрессии позволило значительно расширить показания к трансплантации печени и начать выполнение родственных сегментарных пересадок, а также мультиорганные трансплантации с одновременной пересадкой печени и сердца, печени и почки, печени и поджелудочной железы, печени и кишечника, трех и четырех органов. Появление в 1990-х годах новых иммуносупрессантов и широкое использование, в частности, препарата FK-506 (прографа) увеличило годичную выживаемость реципиентов до 90 %.К 2015 г. в мире выполнено в общей сложности 120 000 трансплантаций печени, а число ежегодно выполняемых операций превышает 8000, главным образом за счет США и стран Западной Европы. Например, в 2010 г. [8]Евротрансплант, объединяющий Германию, Австрию, Бельгию, Нидерланды и Люксембург, выполнил 1032 трансплантации печени, Франция — 626, Италия — 426, Испания — 700, Великобритания — 652, США — 4058 трансплантаций, что составило от 7,1 до 18,2 операций на 1 млн. населения. Истинная же потребность в этих операциях сейчас составляет 50 на 1 млн.В зависимости от мощности центра выполняется в среднем от 50 до 100 трансплантаций печени в год. При этом считается нормальным выживание 80-90% реципиентов в течение 1 года, а средняя продолжительность их жизни превышает 10 лет.Развивая трансплантацию органов, в частности, печени, цивилизованный мир совершил огромный скачок в медицине. Что касается Казахстана, то к реализации программы трансплантации печени мы приступили с опозданием на 50 лет. Единственной пользой от такой задержки явилось то, что мы избежали множества ошибок, совершенных и уже исправленных нашими зарубежными коллегами на пути к современному состоянию вопроса. [6,7]

9 декабря 2011 года специалисты Национального научного центра хирургии имени А.Сызганова в городе Алматы, совместно с белорусскими коллегами провели первую в Казахстане операцию по трансплантации печени. Была произведена родственная трансплантация печени от сестер. Операции прошли успешно. Реципиент в настоящее время чувствует себя хорошо и ведет нормальный образ жизни. Вторая операция по пересадке печени прошла 28 июля 2012 года с участием коллег из Японии. Реципиентом была девушка 21 года, а донором являлась ее мама 50 лет. 30 июля 2012 года третья такая операция была проведена полностью специалистами Национального научного центра имени А.Н. Сызганова в частности, Данияром Токсанбаевым под контролем коллег из Японии. Реципиент – женщина 32 лет, а донор ее брат 20 лет. Пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии на 10 сутки после операции.[2]

Трансплантация печени и беременность. Первый случай завершения беременности у женщины с пересаженной печенью описан в 1978 г., с тех пор в научной литературе проанализированы различные аспекты реализации репродуктивной функции у таких женщин. Начиная с 1991 г., в научной литературе все чаще стали появляться данные о течении беременности и родах у женщин репродуктивного возраста с трансплантированной печенью.Большинство авторов сходятся во мнении, что в связи с успехами трансплантологии, особенно с созданием эффективных иммуносупрессивных препаратов, нет необходимости в категорическом запрете беременности у данной группы лиц. У женщин с терминальной стадией заболевания печени нередко диагностируют олигоменорею, аменорею, нерегулярные менструации, меноррагии, однако после эффективной трансплантации восстановление менструальной функции происходит в течение 4-10 мес. Поэтому они нуждаются в рекомендациях о возможности беременности и мерах ее предупреждения. Следует избегать приема оральных контрацептивов, поскольку они оказывают неблагоприятное влияние на функциональное состояние печени, способствуют повышению артериального давления, обусловленному иммуносупрессивной терапией, и отличаются плохой совместимостью с азатиоприном. Наиболее предпочтительно использование вагинальных пессариев (например диафрагмы), поскольку внутриматочные пессарии могут вызвать инфекционные осложнения. В 2010г. было опубликовано крупное исследование, посвященное течению беременности у больных после трансплантации печени. Беременность наступала в сроки от 5 месяцев до 11 лет после трансплантации печени. Средняя продолжительность интервала между операцией и последующим возникновением беременности составила, по данным Национального регистра беременности после трансплантации печени, 2,9 лет; средний возраст пациенток, перенесших трансплантацию печени, к моменту зачатия составил 26 лет. У некоторых беременных ухудшались показатели функционального состояния печени, однако реакция отторжения наблюдалась только в одном случае. Частота реакций отторжения при беременности соответствовала таковой у небеременных женщин после трансплантации печени. Средняя продолжительность беременности после трансплантации печени составила 37 недель, масса новорожденных была нормальной. Все больные, за исключением 2 пациенток, после трансплантации печени принимали циклоспорин А, 2 больных - такролимус. С этими препаратами можно было связать высокую частоту артериальной гипертонии в послеоперационном периоде. Если у матерей, перенесших трансплантацию печени, артериальная гипертония наблюдалась до беременности, то частота недоношенных детей, по данным этого исследования, возрастала с 39 до 71%. Случаев смерти, а также дефектов развития плода отмечено не было. Если трансплантация печени проводилась отцу ребенка, то частота самопроизвольных выкидышей составляла 9% (вместо 19%), а частота рождения живых детей - 91 % (вместо 74%). Эти показатели соответствуют таковым среди здорового населения. Острые реакции отторжения подлежат лечению глюкокортикоидами, продолжающемуся вплоть до родов. Средняя масса тела детей при рождении (1670-2900 г) оказывается ниже, чем в группе детей, родившихся у матерей без реакций отторжения. Продолжительность беременности у матерей первой группы колебалась от 29 до 39 недель, составляя в среднем 35 недель, что незначительно уступало продолжительности беременности у матерей без реакции отторжения. У матерей, перенесших трансплантацию печени, на фоне иммуносупрессивной терапии чаще возникала цитомегаловирусная инфекция. В литературе описаны также новорожденные, инфицированные цитомегаловирусом, который выявлялся у них в плаценте с помощью полимеразной цепной реакции. Во всех случаях отмечались преждевременные роды.Основные показания к проведению операции кесарева акушерские: дистресс плода, ягодичное предлежание, задержка развития плода, недоношенность. В целом, недоношенность и перинатальная смертность детей у пациенток с трансплантированной печенью выше, чем в общей популяции. Поэтому, ведение беременности и родов у пациенток с трансплантированной печенью является мультидисциплинарной проблемой, основная нагрузка в решении которой, помимо акушеров-гинекологов и трансплантологов, ложится на плечи анестезиологов-реаниматологов, терапевтов, кардиологов и эндокринологов. [3,4,5,9]

Ниже мы представляем случай успешного ведения беременности и родоразрешения путем операции кесарево сечения у пациентки с трансплантированной печенью.

Беременная С, 22 года, истории родов №1691, поступила в НЦАГиП с диагнозом: Беременность 33 недель 2 дня. Пересаженная печень (апрель 2015г.). Состояние после трансплантации печени от посмертного донора от 08.04.2015г. Хронический вирусный гепатит С, с минимальной биохимической активностью, 1 В генотип с виремией. Умеренная анемия.

Из анамнеза: Со слов в 2013 году стала отмечать появление явлений желудочной диспепсии, был диагностирован

цирроз печени в исходе аутоиммунного гепатита. Проводимая консервативная терапия была без эффективна. 08.04.2015г.В условиях НЦХ им.Сызганова выполнена операция: Лапоротомия по типу Мерседес. Мобилизация элементов печени, гепатэктомия. Спленэктомия. Ортопическая трансплантация целой печени с анастамозами нижней полой вены бок в бок. Билио-биллиарный анастомоз на каркасном дренаже. Послеоперационный период протекал без особенностей. В сентябре 2015г. пациентка забеременела, но учитывая тяжесть перенесенной операции и абсолютные противопоказания к вынашиванию беременности данная беременность была прервана в сроке 7-8 недель беременности. С целью контрацепции введен однократно инъекционный контрацептив Депо Провера. В декабре женщинаотказалась от контрацепции, так как запланировала беременность. Беременная прибыла в г.Алматы по адресу матери для наблюдения беременности и родоразрешения. Консультирована в НЦАГиП: Беременность 5-6 недель. Трансплантация печени в апреле 2015г. В постоянном режиме принимает препарат такролимуса (програф) 1,0мг, имеющий эмбриотоксический эффект. Вынашивание беременности имеет высокий риск.Беременная категорически отказалась от прерывания беременности. В управление здравохранения представлен рапорт о беременной для совместного решения вопроса о пролангирования данной беременности. Анамнез жизни: Туберкулез, кожно-венерические заболевания отрицает. В детстве вирусный гепатит А. Травм не было. Операции: в 2014г. сентябрь: селективная рентгенэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии, без особенностей. 2015г. апрель Трансплантация печени. Гемотрансфузия эритроцитарной массой в 2015г., без особенностей. Наследственность не отягощена. Аллергия на цитрусовые фрукты. Соматические заболевания: с 2013 года цирроз печени в исходе после аутоиммуного гепатита. Состояние после трансплантации печени. Течение данной беременности: На учете по беременности состоит с 5-6 недель в ЖК ГП №17. Под постоянным контролем врачей. Содержание такролимуса в сыворотке крови – контроль в динамике. Беременность протекала на фоне анемии, цитолиза (повышение АЛТ, АСТ) Иммуносупрессивная терапия такролимусом. Получает програф в дозе 1,5мг утром и 1,5мг вечером, с 19.07.16г., увеличена доза прографа до 4мг в сутки. Угроза отторжения донорской печени, рецидив аутоиммунного гепатита, инфекционное поражение (ЦМВ), возможность развития ВПР ЦНС у плода. Отказ от прерывания, нотариально заверенная расписка.

В 32-33 недель госпитализирована в отделение патологии беременных НЦАГиП для дообследования, лечения и выбора тактики ведения беременности и родоразрешения. Проводилось полное клинико-лабораторное обследование, включавшее расширенные биохимические, гемостазиологические, микробиологичексие исследования, ПЦР-диагностику, консультации смежных специалистов, УЗИ, доплерометрию, кардиотокограмму плода.В анализах мочи в динамике – изостенурия – удельный вес колеблелся от 1010 до 1015, лейкоцитурия – 13-16 в поле зрения, остальные показатели в пределах нормы. В микробиологических анализах отделяемого из влагалища и цервикального канала роста микроорганизмов не обнаружено.В клиническом анализе крови динамика концентрации гемоглобина – 106-109-108-103-101 г/л, количества тромбоцитов – 325-304-306-291-330 тыс. В биохимическом анализе крови концентрации общего и прямого билирубина оставались на уровне нормальных показателей. Показатели биохимического анализа крови, а также данные УЗИ трансплантированной печени, указывали на отсутствие нарушений функции трансплантированной печени.Данные УЗИ, доплерометрии и кардиотокограммы плода в динамике соответствовали гестационному сроку. Был установлен диагноз: Беременность 33 недель 4 дня. Состояние после ортопической трансплантации целой печени с анастомозом нижней полой вены бок в бок. Билио-биллиарный анастомоз на каркасном дренаже (2015г.) Спленэктомия (2015г.) Хронический вирусный гепатит С, с минимальной биохимической активностью, 1 В генотип с высокой вирусной нагрузкой. Умеренная анемия. По решению консилиума врачей: На данный момент показаний для досрочного родоразрешения нет.Пролонгирование беременности под контролем состоянии плода и функции печени.При нарастании признаков печеночной недостаточности родоразрешение путем операции кесарево сечение.Контроль уровня токролимуса в крови, для определения дозы цитостатиков. Донашивание беременности до доношенного срока, родоразрешение путем операции кесарево сечение. Было умеренное страдание плода по КТГ в сроке 37 недель, учитывая срок беременности 37 недель, умеренное страдание плода (ПСП=1,7), характер основной экстрагенитальной патологии (состояние после пересадки печени) решено родоразрешить путем операции кесарево сечения в плановом порядке.Операция:Надлобковая лапаротомия. Кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем сегменте матки. Обезболивание:ИВЛ + В/В. Родился ребенок мужского пола весом 2900,0 г. ростом 49 см. по шкале Апгар 7-8 баллов, без особенностей. Кровопотеря интраоперационно: 500мл. Макропрепарат: послед площадью 272 см2, массой 380гр.Диагноз после операции:Роды одноплодные путем операции кесарево сечение в сроке 37 недель 1 день. Умеренное страдание плода. Отягощенный акушерский анамнез. Состояние после ортопической трансплантации целой печени с анастомозом нижней полой вены бок в бок. Билио-биллиарный анастомоз на каркасном дренаже (2015г.) Спленэктомия (2015г.) Хронический вирусный гепатит С, с минимальной биохимической активностью, 1 В генотип с высокой вирусной нагрузкой. В родах и послеродовом периоде проводили контроль гемостаза, концентрации такролимуса, биохимического анализа крови.Роды и послеродовый период протекали гладко. Выписана на 8 сутки с ребенком в удовлетворительном состоянии.Резюмируя это клиническое наблюдение, можно, как нам представляется, сделать несколько заключений:

- При нормальной функции трансплантированной печени у беременных женщин роды возможно пролонгировать до доношенного срока.
- При этом вес и рост плода соответствует к сроку гестации, несмотря на прием иммуносупрессивных препаратов женщиной в течении беременности. Признаков врожденных пороков не выявлено.
- Успех подобных случаев основан на междисциплинарном взаимодействии акушеров-гинекологов, трансплантологов и анестезиологов-реаниматологов.
- Pregnancy and childbirth after liver transplantation

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Журавель С.В. Анестезия и интенсивная терапия при трансплантации печени. //Новости анестезиологии и реаниматологии. - №4. - 2010. - С.3-26.

2 Кандидова И.Е. Беременность у реципиенток печеночного аллотрансплантата: автореф. дисс. …. канд.мед. наук – М.: 2002г. – 20с.

3 Кулаков В.И., Мурашко Л.Е., Мойсюк Я.Г. Беременность и роды у женщин с пересаженной печенью. //Акушерство и гинекология. – М.: 2004г. - №92. - С.27-32

4 Мурашко Л.Е., Кандидова И.Е., Сухих Г.Т. Заболевания печени у беременных и беременность после трансплантации печени. – Москва: Авторская академия, 2012г. - С.202.

5 Bonanno C, Dove L. Pregnancy after liver transplantation. //Semin Perinatol. 2007 Dec, 31(6). - P.53-348.

6 Armenti VT. Radomski JS, Moritz MJ, Gaughan WJ, Hecker WP, Lavelanet A, McGrory CH. Report from the National Transplantation Pregnancy Registry (NTPR), outcomes of pregnancy after transplantation. 2004.103-14

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).