УДК 618.155.194.8-055.26

Т.А. Кожабекова, А.Г. Мырзашова, Н.С. Ермахан
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
№2 акушерия және гинекология кафедрасы

НӘРЕСТЕНІҢ АНТЕНАТАЛЬДЫҚ ШЕТІНЕУІ ЖӘНЕ ҚАУІПТІ ФАКТОРЛАРЫ

Берілген мақалада жүктілік ағымының клинико- статистикалық сараптамасы, нәрестенің антенатальдық шетінеуінің себептері, гестациялық асқыну дамуының қауіп қатер факторлары келтірілген.
Сараптама нәтижелері нәрестелердің антенатальды шетінеуінде - преэклампсия, созылмалы ұрық жолдасының жеткіліксіздігімен ұрық дамуының кідіруі, инфекциялық аурулар, қалыпты орналасқан плацентаның мезгілінен ерте сылынуы, нәрестенің туа пайда болған ақаулары маңызды орын алатынын көрсетті.
Түйінді сөздер: *Нәрестенің антенатальдық шетінеуі, жүктілік ағымы, нәрестенің антенатальдық шетінеуінің қауіптілік факторлары*

Тақырыптың өзектілігі. Нәрестенің антенатальдық шетінеуі (НАШ) заманауи тәжіребиелік акушерлік істе өзекті, әлеуметтік маңызды мәселе болып табылады (1,2,3) Нәрестенің антенатальды шетінеуінің дәрежесі жоғары деңгейде қалуда және перинатальдық өлім құрылымының 50% -ға жуығын құрайды. Өлі туылу індеті шұғыл мәселелердің бірі болып табылады, себебі ол - әйел денсаулығының, жүктілік пен босану кезіндегі негізгі көрсеткіш. (4, 5).Өкінішке орай, қазіргі уақытқа дейін НАШ көп себепті және жалғыз емес мәселе, сонымен қатар, акушерлік тактика және алдын алуда біркелкі жоспарды құрастыру болып табылады. Жыл сайын әлемде жаңа туылған нәрестелердің өлімі 4 млн жағдай орын алады, одан басқа өлі туылу көрсеткіші барлық туылулардың 1–3% ын құрайды, ол - 3млн-ға жетік. (1,2, 3,5)

Зерттеудің мақсаты. Антенатальдық өлімнің қауіп қатер факторларының сараптамасы, антенатальды ұрық өлімімен жүретін жүкті әйелдердің жүктілік ағымының ерекшеліктерін зерттеу.

Материалдар және әдістер. Алматы қалалық №1 Перзентхана және №19 ҚЕ-сында 2017-2018 ж. аралығында 51 босану тарихына ретроспективті сараптама жүргізілді. Негізгі топта гестациялық мерзімі 23 аптадан 39 аптаға дейінгі нәрестенің антенатальды шетінеуімен аяқталған 36 жүкті әйелдер алынған. Бақылау тобын физиологиялық жүктілік ағымымен тірі бала туған 15 жүкті әйел құрады.

Нәтижелер және талқылау. Негізгі топта 18 жастан 37 жасқа дейінгі жүкті әйелдер берілген, олардың орта есеппен жастық көрсеткіші 29,2±0,5 жасты құрады.

Берілген топта үлкен жастағы алғаш босанушы (ҮАБ) әйелдер саны - 9 (25%) құрап, үстемдік көрсетті.

Бақылау топта 20 жастан 38 жасқа дейінгі жүкті әйелдер берілген, олардың орта есеппен жастық көрсеткіші 28,3±0,5 жасты құрады. ҮАБ - 1 (6,6%) жүкті әйел.

Негізгі зерттеу топ ішіндегі алғашқы жүктілікпен алғашқы босанушылар - 16 (44,4%) жүкті әйелдер, қайталанған жүктілікпен алғаш босанушылар - 2 (5,6%) жүкті әйелдер, қайталанған жүктілікпен қайта босанушылар - 18 (50%) жүкті әйелдер және 1 көп босанушы жүкті әйелді қосқанда.

Бақылау тобындағы алғашқы жүктілікпен алғашқы босанушылар - 8(53,4%) жүкті әйелдер, қайталанған жүктілікпен қайта босанушылар - 7 (46,6%) жүкті әйелдер.

Дене салмағы индексін (ДСИ) сараптау кезінде негізгі топта артық салмақпен әйелдер бақылау тобымен салыстырғанда 38,9%-ға жиі кездесті, қалыпты салмақпен – 61,1% құрады.

Бақылау тобында 13,4% әйелдер артық салмақпен, 86,6% –қалыпты салмақпен.

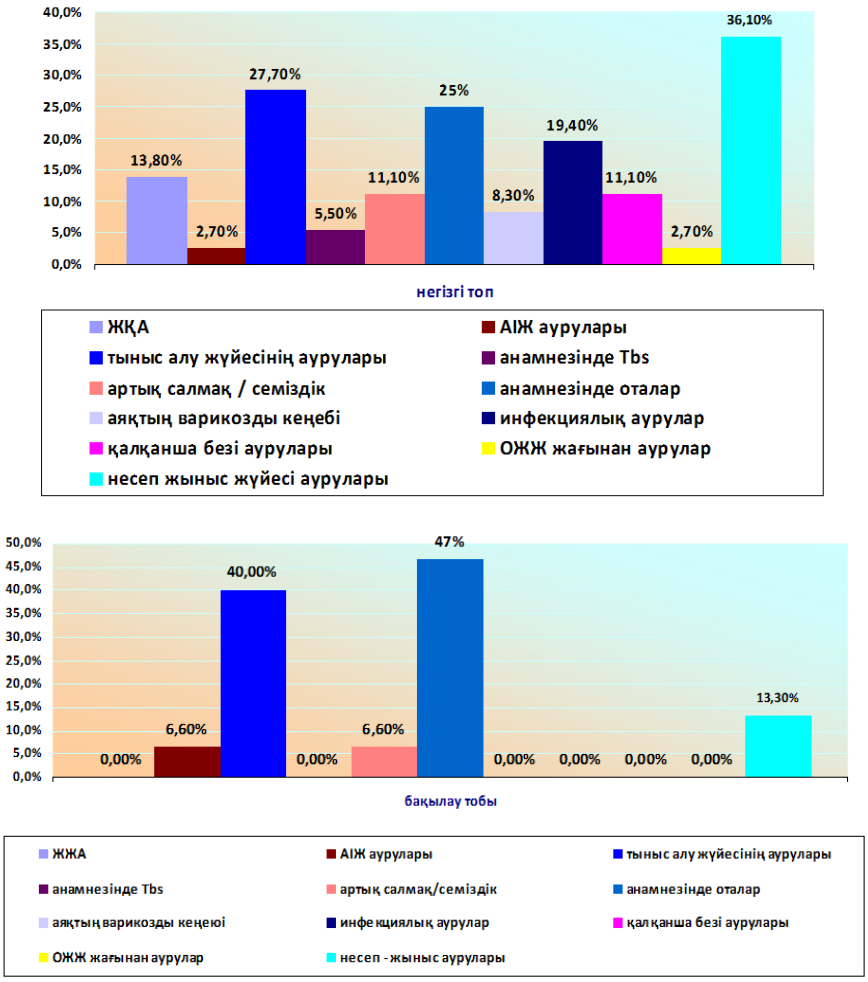
Анасының соматикалық аурулары нәрестенің шетінеуінде қауіп қатер маңыздылығы жоғары. Оларға артериалды гипертензия және басқа жүрек қан тамыр патологиялары, бүйрек аурулары, мүше және тіндердің (1, 5) инфекциялық зақымдалулары жатады.

НАШ себептерінің құрамын аналар ауруы 10 % (1, 3) құрайды.

Соматикалық патологиялар құрамында несеп - жыныс жүйесінің аурулары басымдылық көрсетті, соның ішінде созылмалы пиелонефрит 36,1% кездесті, басым бөлігінде үрдістің өршуі байқалды, ал екінші орында тыныс алу жүйесі 27,7% құрады (1 Сурет).

Жүрек қан тамыр жүйесінің аурулары жағынан 13,8 % әйелдерден анықталды, жүкті әйелдердің анамнезінде 5,5% туберкулез ауруы анықталды, бақылау тобында патологиялар анықталмады.

Негізгі топта әйелдердің 20, 7%-ы май алмасу бұзылыстары орын алды. Бақылау тобында басымдылық көрсеткендер: өткерілген инфекциялық аурулар және тыныс алу жүйесінің аурулары (40% және 47%) 1 сурет.



Сурет 1 - Соматикалық аурулар

Құжаттық сараптама бойынша, негізгі топта 3 (9,3%) жүкті әйел диспансерлік есепте тіркелмегенін көрсетті, ≤12 аптаға дейін 23 (63,8 %) жүкті әйел есепке алынған, >12 аптадан кейін 10 (27,7%) жүкті әйел есепке алынған. Ал, бақылау тобында ≤12 аптаға дейін 9 (60 %) жүкті әйел есепке алынған және >12 аптадан кейін 6 жүкті әйел есепке алынған.

Негізгі топтағы әйелдердің 22,2%- ында акушерлік анамнезі ауырланған: олардың ішінде медициналық аборт 11,1%, дамымаған жүктілік 5,5%, НАШ және өздігінен түсік тастау 2,7% сәйкес. Бақылау топта дамымаған жүктілік 1 жағдайға 6,6%. Негізгі топта 11,1 % әйелдерде босану кесір тілігі арқылы жүргізілген, екінші топта мұндай анықталмады

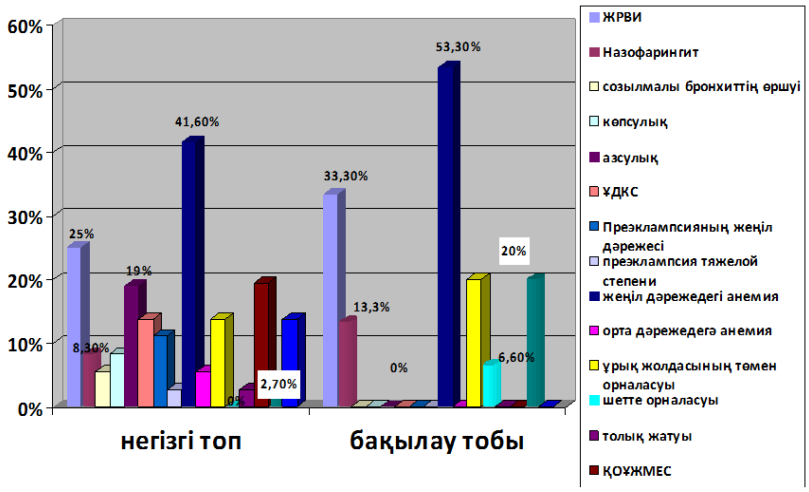
Гинекологиялық аурулардың ішінде басымдылық көрсеткен: жыныс ағзалардың созылмалы қабыну аурулары негізгі топта 25% және бақылау топта 6,6%, жатыр мойнының эктопиясы

НАШ тобында ауырланған акушерлік - гинекологиялық анамнез әдебиет анықтамаларға қарсы емес. (6, 7).

Негізгі топта берілген жүктіліктің даму сараптамасы бойынша, 39% жоғарғы тыныс алу жолдарының жедел инфекциялық ауруларын көрсетті. Әдебиет анықтамалары бойынша, НАШ себептерінің құрылымында жоғарғы тыныс алу жолдарының аурулары 10-20 % құрады (1, 7). Нәрестенің антенатальды шетінеуінде инфекциялық агенттің әсер етуі бірнеше механизммен негізделуі мүмкін: анасының жұқпалы аурулары қызбаның дамуымен ауыр түрде өтуі, респираторлы дистресс синдромы ұрықтың шетінеуіне алып келеді; инфекциялық агент ұрық жолдасына жұқтырып ұрық жолдасының жетіспеушілігіне (ҰЖ) әкеледі. Вирусты немесе бактериалды инфекциямен жүкті әйелдерде ҰЖ кездесу жиілігі 50-60 % жетті. Инфекция ұрық жолдасы және ұрық қабшығы арқылы еніп, ағзалар мен тіндердің жетіспеушілігін 6-53% (7) дамытады.

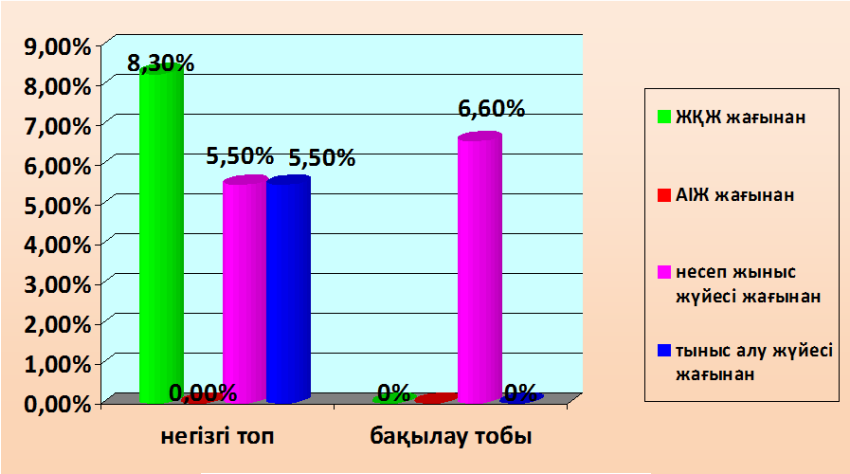
НАШ тың маңызды акушерлік қауіп қатер факторы болып ұрықтың құрсақішілік дамуының кідіруі синдромы (ҰДКС) табылады(6). Reddy U.M. et al (2010) анықтамасы бойынша өлі туылудың 41 % ҰДКС анықталған. Дамудың кідіруі қаншалықты айқын болса, НАШ дамуының қаупі соншалықты жоғары болады. Біздің зерттеулерімізде ұрықтың құрсақішілік дамуының кідіруі 13,8 %-ды құрады. НАШ кезінде қағанақ суының патологиясы, соның ішінде қағанақ суының көптігі- 8,3%, қағанақ суының аздығы 19% жүкті әйелдерге қойылды. Жеңіл дәрежелі преэклампсия 11,1% және ауыр дәрежелі ауырлықта 2,7% жүкті әйелдерде байқалды, ал бақылау тобында осындай патология кездескен жоқ. Жүктлік фонындағы жеңіл және орта дәрежелі ауырлықтағы анемия (41,6% және 5,5%) , сәйкесінше 47,2% жүкті әйелді құрайды.. Ұрық жолдасының толық жатуы 1(2,7%) жүкті әйелде анықталды. Негізгі топта қалыпты орналасқан ұрықжолдасының мезгілінен бұрын ажырауымен 7 (19,4%) жүкті әйел (19,4%) келіп түсті. Бақылау тобында осы жүктілік ағымында жүкті әйелдер жоғарғы тыныс жолдарының аурулары ЖРВИ және назофарингит сиякты ауруларды өткерді, сәйкесінше (33,7% и 13,3) . Жеңіл дәрежелі анемия 8 (53,3%) жүкті әйел

тіркелді. Ұрық жолдасының төмен орналасуы 3 (20%) жүкті әйелге қойылды. 1 (6,6%) жүкті әйелде қрық жодасының толық емес жатуы болды. 2 сурет.



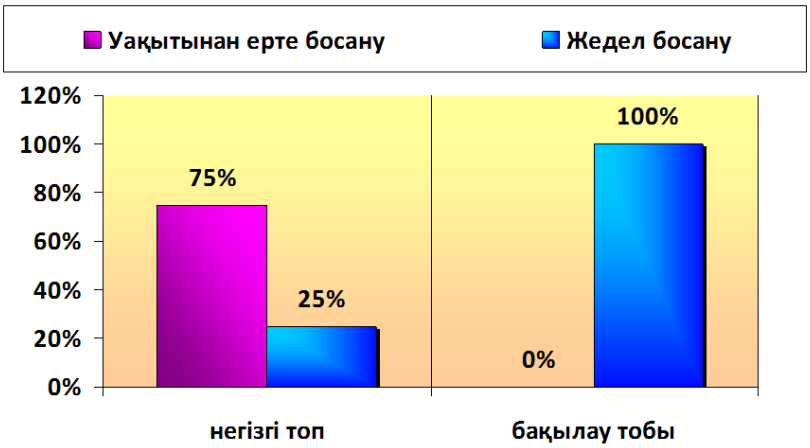
Сурет 2 - Жүктіліктің асқынулары

НАШ-бар 7 жүкті әйелдерде (19,4%) (ТДА) құрсақ іщілік ұрық жағынан тұқымқуалаушылық ақаулар анықталған. Солардың ішінде, ұрықтың жүрек қантамыр жүйесі және орталық жүйке жүйесі 3 жағдай(8,3%)-ды, ал зәр шығару және тыныс алу жүйесі 2 жағдай (5,5%)-ды құрайды.Тексеру тобындағы туа біткен ақауы бар жүкті әйелдер ішінде зәр шығару жүйесінің ақауы (6,6%) құрайды. 3 сурет.



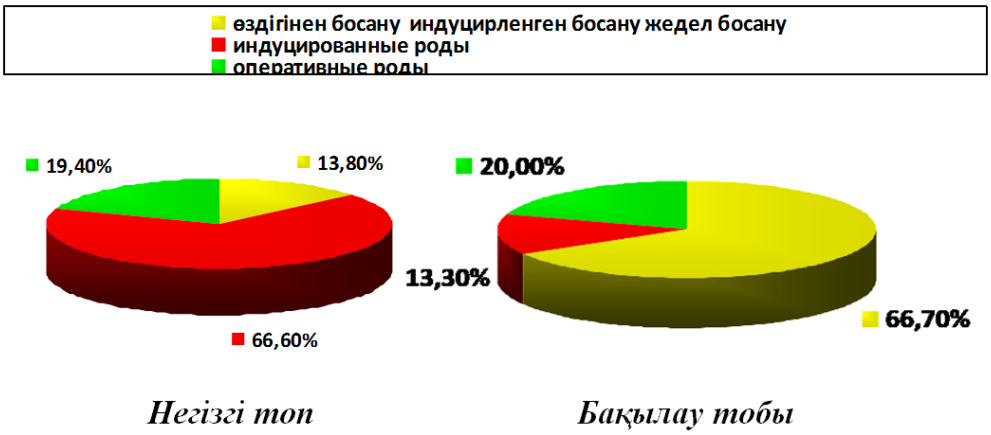
Сурет 3 - Ұрықтың туа пайда болған ақаулары

Негізгі топ ішінде допплерометриямен анықталған ақаулардың 4 (11%) кездеседі.Тексеріс тобында анықталмаған. Перзентханаға түсу кезінде; ұрықтың қозгалуы бірінші күні тәулікте-57,1%, екінші тәулікте-23,8%, үшінші тәулікте-14,3%, үшінші тәуліктен жоғары-4,8% әйелдерде анықталмаған.
Негізгі топтағы мерзімінен бұрын босану, барлық босанудың 2,3%-құрайды,27 жағдай тіркелген,75% құрайды.Шала туылғандардың орташа салмағы-1393,5г құрайды.Жедел босану 9 жағдай (25%), орташа салмағы-3485г.Нәрестелердің орташа -3295г.салмағымен есептегенде тексеру тобында ерте босану 15 жағдайды құрайды. Нәрестелердің орташа -3295г.салмағымен есептегенде тексеру тобында ерте босану 15 жағдайды құрайды. . 4 сурет.



Сурет 4 - Босанудың аяқталуы

Негізгі топтан 7жүкті әйелден(19,4%) ота жасауға рұқсат берілген. Индуцирленген босану 24 жағдай, 66,7% құраған.Шұғыл босану 5 жағдай(13,9%).
3 жүкті әйелде салыстырмалы тобынан кесарь тілігі (20%) рұқсат берілген.Шұғыл босану 10 әйелде кездескен,яғни 66,7 % құрайды.Индуцирленген босану 2 науқаста анықталған(13,3%). 5 сурет.
Жүктіліктің аяқталуы.



Сурет 5 - Босанудың аяқталуы

Ұрық жолдасының- гистологиялық тексеруінде, негізгі топта плацентарлы жетіспеушілік, декомпенсирленген формасы кездеседі.80,5% жағдай ұрық жолдасында қабыну процесстері анықталған(ошақты іріңді децидуит, іріңді мембранит, іріңді-некротикалық виллузит). Гистологиялық тексерісте ұрық жолдасының ерте жетілу белгілері және патологиялық (13,8%) ұрық жолдасының толық дамымауы (5,5%) кездескен.
Қорытынды. Біздің тексеру қорытындымыз бойынша, нәрестенің антенатальдық шетінеуі үлкен жастағы алғашқы босанушы әйелдерде жиі кездесті, науқастардың 25% құрады. Ал, ауырланған акушерлік-гинекологиялық анамнез 47,2%, метаболикалық бұзылыстармен 39% кездесті. НАШ тың қауіп-қатер факторына, жүктіліктің ауыр түрде өтуі маңызды екенін белгілеуге болады: әр түрлі ауырлық дәрежесінде өтетін преэклампсия 14%, жедел тыныс алу жолдарының инфекционды ауыруы 39%, мерзімінен бұрын ұрықтың сылынуы 19,4% жағдай. Құрсақ ішілік ұрық жағынан: құрсақ ішілік ұрықтың дамуының артта қалуы 13,8%, туа пайда болған ақаулар 19,4% жағдайды құрайды.Ұрық жолдасы жағынан: ұрық жолдасының сылынуы, сонымен қатар ұрық жолдасының морфологиялық зерттеулерінен: плацентарлы жетіспеушілік, ұрық жолдасындағы қабыну өзгерістері.
Нәрестенің антенатальды шетінеуінің себебі өте көп және бірнеше факторлар дамуына әсер етеді. НАШ бар әйелдердің анамнезінде акушер-гинекологтармен қатар басқада тағы мамандардың ерекше бақылауын қажет етеді. Нәрестенің антенатальды шетінеуін уақытында анықтау үшін жүкті болмай тұрып, дайындық кезеңінде әйелдерді кешенді тексеріс міндетті болып табылады,сонымен қатар емдік іс-шаралармен жүктіліктің асқынуын алдын-алу дың маңызы зор.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Туманова В.А. Проблема антенатальных потерь //Российский вестник акушера-гинеколога. - 2009. - №5. - С. 39-45.
2 Абдрахманова Р.К., Бикташева Х.М. Перинатальные потери в Республике Казахстан // Акушерство, гинекология и перинатология. - 2003. - №1. – 44 с.
3 Goldenberg R.L. Commentary: reducing the worlds stillbirths //BMC Pregnancy Childbirth. - 2009. - Suppl. 1. - P. 1-6.
4 Стрижаков А.Н. Этиология и патогенез антенатальной гибели плода // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2012. - Т. 11, №3. - С. 31-40.
5 Flanady V. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis // Lancet. - 2011. - V. 377(9774). - P. 1331-1340.
6 Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д., Игнатко И.В. Физиология и патология плода. - М.: Медицина, 2004. - 356 с.
7 Бубнова Н.И., Тютюнник В.Л., Михайлова О.И. Репродуктивные потери при декомпенсированной плацентарной недостаточности, вызванной инфекцией // Акушерство и гинекология. – 2010. - №4. – С. 55-58.
8 Reddy U.M. Prepregnancy risk factops for antepartum stillbirth in the United States //Obstet. Gynecol. - 2010. - V. 116(5). - P. 1119-1126.

Т.А. Кожабекова, А.Г. Мырзашова, Н.С. Ермахан

ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА И ФАКТОРЫ РИСКА

Резюме: В данной статье приведены анализ течения беременности, причины антенатальной гибели плода, факторы риска развития данного осложнения беременности.

Анализ исследования показал, что важную роль в возникновении антенатальной гибели плода сыграли преэклампсия, задержка развития плода с хронической плацентарной недостаточностью, инфекционные заболевания, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, врожденные пороки развития плода.

Ключевые слова: Антенатальная гибель плода, течение беременности, факторы риска антенатальной гибели плода

T.A. Kozhabekova, A.G. Myrzashova, N.S. Yermakhan

INTRAUTERINA DEATH OF FETUS: REASONS AND RISK FACTORS

Resume: The analysis of the study/research showed that an important role in the occurrence of antenatal fetal death was played by preeclampsia, delayed fetal development with chronic placental insufficiency, infectious diseases, premature detachment of the normally located placenta, congenital malformations of the fetus.

Keywords: antenatal fetal death (death of fetus), pregnancy course, risk factors for antenatal fetal death (death of fetus)