

© Марковский В.Д., Сорокина И.В., Яковцова И.И., Сакал А.А., Зверева И.С., Товажнянская В.Д.

УДК: 616-053.18:519.23(477.54)

**Марковский В.Д.¹, Сорокина И.В.¹, Яковцова И.И.², Сакал А.А.¹, Зверева И.С.¹,
Товажнянская В.Д.^{1,2}**

Харьковский национальный медицинский университет (майdan Свободы, г. Харьков, 61022, Украина)¹, Харьковская медицинская академия последипломного образования (ул. Амосова, 58, г. Харьков, 61176, Украина)²

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ В Г. ХАРЬКОВЕ ЗА ПЕРИОД 2015-2016 ГГ.

Резюме. Младенческая смертность является одним из важнейших социальных и медицинских показателей любой страны. В настоящее время до 70% новорождённых имеют перинатальную патологию. В основе ее, лежат, в частности, внутриутробные инфекции. При просмотре данных мировой литературы и при проведенном исследовании наблюдается тенденция к росту ВУИ у женщин, на высоком уровне остается частота мертворождений, особенно среди мальчиков.

Ключевые слова: материнская инфекция, плоды, новорожденные, аборт, внутриутробная гипоксия.

Введение

В настоящее время до 70% новорождённых имеют перинатальную патологию [2, 4]. По данным литературы за последние 15 лет обнаружено, что ведущую роль в перинатальной патологии играют врожденные пороки развития, которые в структуре смертности детей составляют 23% [1, 3, 6, 8]. Среди них преобладают пороки сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы и множественные пороки [5]. В основе преждевременных родов, лежат, в частности, и внутриутробные инфекции (ВУИ). В мировой литературе отмечаются широкие колебания показателей внутриутробного инфицирования плода от 6 до 53%, достигая 70% среди недоношенных детей [7, 9, 16, 18]. Доля ВУИ составляет от 2 до 65,6% в структуре перинатальной смертности. Такие показатели можно объяснить трудностями диагностики этой патологии, которая часто маскируется такими диагнозами, как внутриутробная гипоксия, асфиксия, родовая травма [10, 11, 14, 15, 20].

"Внутриутробными инфекциями" обозначают инфекционные болезни плода и новорожденного, возникающие в результате заражения от матери в ante- или интранатальном периоде. Доказана роль ВУИ в формировании младенческой заболеваемости, инвалидности и смертности [11, 12, 13, 19, 20, 21].

Легкая, мало или бессимптомная инфекция у матери способна вызвать гибель плода или развитие тяжелых патологий. В то же время, острая и выраженная инфекция у матери не всегда заканчивается гибелью плода. [15] В последнее время отмечается рост числа инфекционных заболеваний, связанных с условно-патогенной микрофлорой. В связи с этим изменилась и структура инфекционной патологии беременной, плода и новорожденного. [16, 19, 23].

За последнее время резко возросла роль таких возбудителей, как хламидии, Микоплазмы, Уреаплазма, вирус простого герпеса и цитомегаловирус [2, 14, 15]. Частота заражения плода составляет при этом от 5 до 60% в зависимости от характера возбудителя, сроков беременности, напряженности иммунитета у матери и ряда других факторов. Сегодня на фоне широкого применения антибактериальной терапии появилась отчет-

ливая тенденция к росту заболеваний, вызванных семейством Enterobacteriaceae, главным образом Клебсиеллы и Эшерихии [13, 18, 20]. Внутриутробные инфекции протекают с поражением всех жизненно важных органов, [9] и нередко являются причиной всего спектра антенатальной патологии: мертворождений, задержки внутриутробного развития и др., оказывают влияние на дальнейшее развитие детей после родов, приводя к глубокой инвалидности, обусловленной врожденными пороками развития и хроническими заболеваниями [17, 22].

Внутриутробная гипоксия плода, как осложнение ВУИ, диагностируется примерно у каждого пятого новорожденного с массой тела 1000г и более. Так, в Харьковской области в 2008-2012 гг. этот показатель варьировал в пределах 16,6-21,4%, и далее имел тенденцию к росту [17].

При возникновении инфекционного процесса в позднем фетальном периоде преобладают его генерализованные формы. При воздействии инфекционного фактора происходит отставание морфологического и функционального созревания органов. Например, сохраняется значительное количество эмбриональных клубочков в корковом веществе почек, разрастание соединительной ткани в легких, разрастание эластических волокон и фиброзной ткани в сердце плода, дистрофические изменения в печени с очагами некробиоза и пр. При доношенной беременности у новорожденного могут обнаруживать признаки незрелости. [20, 21, 22, 24].

Несмотря на важность проблемы, до настоящего времени не существует прямых методов диагностики, доказывающих наличие активного инфекционного процесса у плода, и только постнатальная диагностика позволяет получить достоверные данные [3]. В связи с этим представляют интерес любые исследования, посвященные как механизмам реализации инфекции у плода, так и диагностике внутриутробного инфицирования.

Учитывая актуальность данной проблемы, с целью мониторинга перинатальной смертности, нами было проведено статистическое исследование случаев ин-

фицирования матери на базе Харьковского городского перинатального центра (ХГПЦ) за период 2015-2016гг.

Материалы и методы

Нами были оценены протоколы вскрытий абортированных плодов, анте- и интранатально погибших плодов и умерших новорожденных в ХГПЦ за период 2015-2016 гг. Также изучались истории болезни матерей. Полученные данные подвергались альтернативному и статистическому анализу с использованием пакета прикладных программ компании Microsoft Excel.

Результаты. Обсуждение

По результатам исследований секционного материала за указанный период в Харькове было проведено 380 вскрытий (205 в 2015г., 175 - в 2016г.). Из общего количества аутопсий преобладали аборты (36,46%), на втором месте - умершие новорожденные (33,2%), на третьем месте - анте- и интранатально погибшие плоды (30,4%). (рис. 1).

В структуре абортивного материала аборты по медицинским показаниям преобладали над самопроизвольными абортами (рис. 2).

В структуре абортов по медицинским показаниям встречались множественные врожденные пороки развития (64,8%) и хромосомные патологии (36,2%). В распределении по половой принадлежности мужской пол (65,8%) преобладал над женским (34,2%).

В структуре смертности новорожденных наибольшее количество смертей приходилось на ранний неонатальный период - 63,3%, в поздний неонатальный период было зарегистрировано 25% смертей и 11,7% смертей приходилось на период новорожденности (рис. 3).

В распределении по половой принадлежности также преобладали мальчики (71,9%, девочки - 28,1%).

Наибольшее количество случаев смерти новорожденных приходилось на период 24-27 недель гестации (56,3%).

Согласно данным протоколов вскрытия 25% новорожденных имели признаки внутриутробного инфицирования, в виде внутриутробных пневмоний, плацентитов и пр.

Из редко встречающейся инфекционной патологии нами было выявлено в одном случае у новорожденного - бактериальный менингоэнцефалит, в одном случае - врожденный токсоплазмоз, и также в одном случае - листериоз.

При анализе структуры патологии женщин, среди генитальной патологии чаще встречались инфекции половых путей (28,2%). Довольно часто среди генитальной патологии отмечено наличие истмико-цервикальной недостаточности (12,5%). Среди экстрагенитальной патологии чаще встречались анемия (21,9%), инфекционные болезни верхних дыхательных путей (18,8%), хронический пиелонефрит (15,6%), ВСД (9,4%), заболевания щитовидной железы (3,2%), ожирение

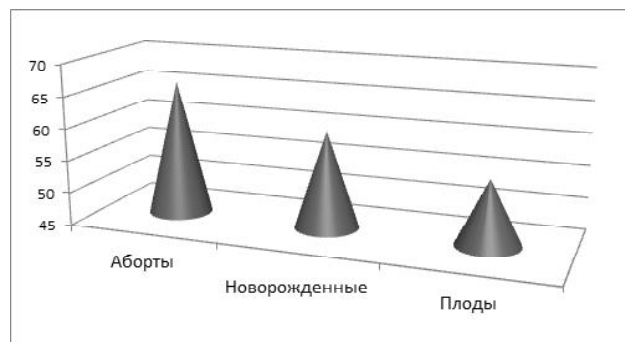


Рис. 1. Распределение аутопсийного материала.

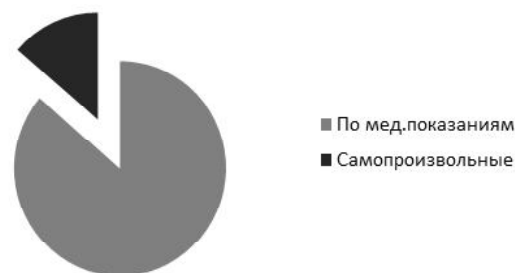


Рис. 2. Структура абортов.

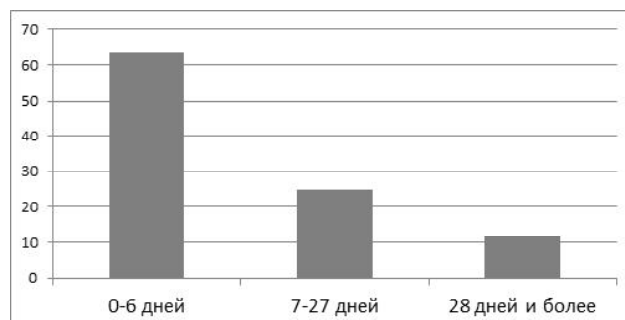


Рис. 3. Структура времени смерти новорожденных.

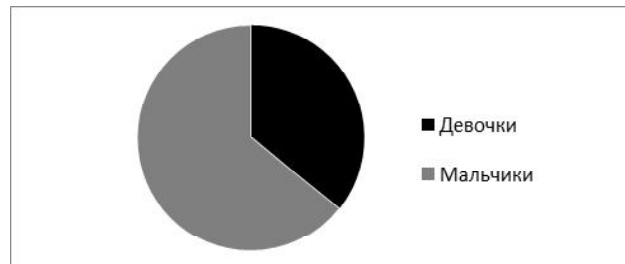


Рис. 4. Распределение плодов по полу.

(3,2%), гипертоническая болезнь (3,2%), миопия (3,2%). У 6,25% матерей наблюдалось табакокурение во время беременности. Чаще всего в историях родов отмечены разнообразные сочетания генитальной и экстрагенитальной патологии, что указывали ранее и другие авторы. [6, 15, 17].

По данным исследования, наибольшее количество случаев мертворождения приходилось на период 37-42 (32,4%) и 30-33 (16,9%) недель беременности, что совпадает с критическими периодами беременности [12]. Также отмечено более высокий уровень смерт-

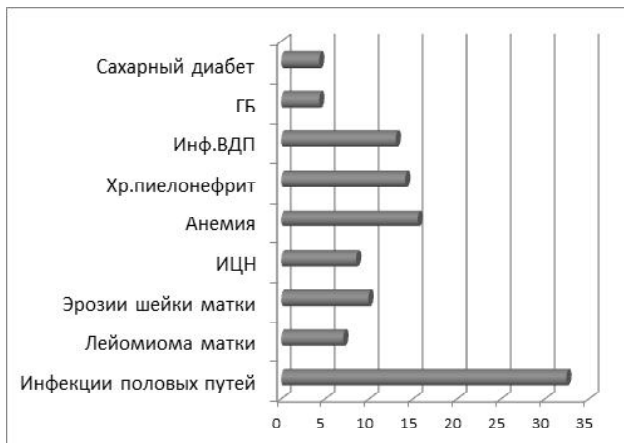


Рис. 5. Структура патології матері.

ности среди мальчиков (64,3%) по сравнению с девочками (35,7%), что можно объяснить половыми различиями [24]. (граф.4)

48% беременностей были осложнены той или иной инфекционной патологией.

Антенатальная смерть (84,3%) доминировала над интранатальной (15,7%).

В одном случае у интранатально погибшего плода был обнаружен листериоз.

При анализе патологии беременных, среди генитальной патологии чаще встречались инфекции половых путей (32,4%). Также - встречались лейомиома матки (7,04%), эрозия шейки матки (9,9%) и истмико-цервикальная недостаточность (8,5%). Среди экстрагениталь-

ной патологии чаще встречались анемия (15,5%), хронический пиелонефрит (14,08%), инфекционные болезни верхних дыхательных путей (13%), ВСД (8,5%), ожирение (7,04%), заболевания щитовидной железы (5,6%) гипертоническая болезнь (4,3%), сахарный диабет (4,3%) (граф.5). У 4,3% матерей наблюдалось табакокурение во время беременности. Чаще всего наблюдалось сочетание генитальной и экстрагенитальной патологии. [7, 15, 17,22].

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. При анализе статистических потерь в г.Харькове за период 2015-2016гг. наблюдается тенденция к росту ВУИ у женщин, на высоком уровне остается частота мертворождений и смертей новорожденных детей, особенно среди мальчиков, что согласуется с мировыми данными.

2. Значительную роль в возникновении ВУИ играют факторы риска, как та или иная экстрагенитальная патология.

В будущем необходимо проведение морфологического и иммуногистохимического исследования умерших плодов и новорожденных детей для полного понимания патологических процессов, происходящих в организме ребенка под влиянием материнской инфекционной патологии. Полученные данные послужат основой для последующей своевременной диагностики и лечения матерей для предотвращения и снижения уровня детской заболеваемости и смертности.

Список литературы

1. Андреев А.В. Перинатальная гипоксия как причина патологических изменений надпочечников плодов и новорожденных /А.В. Андреев, Г.И. Губина-Вакулик //Международный медицинский журнал. - 2013. - №3. - С.65-69.
2. Атлас інфекційних хвороб Андрейчин М.А., Копча В.С., Крамарев С.О. та ін. /за ред. Андрейчина М.А. Тернопіль: ТДМУ, 2010. - 248с.
3. Бурячковский Э.С. Иммуноморфологические особенности плаценты при ВИЧ-инфекции //Патология. - 2011. - Т.8, №1. С.22-25.
4. В.В. Власюк Морфологическая диагностика внутриутробных инфекций. Учебное пособие. СПб, 2010 - 47с.
5. Галата Д.І. Патоморфологічні особливості імунної системи плодів та новонароджених від матерів з преєклампсією: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.03.02 "Патологічна анатомія" /Д.І. Галата; Харківський національний медичний університет. - Харків, 2011. - 20с.
6. Дуда О.К. Герпетична та герпесвірусна інфекція. Навчальний посібник для лікарів.//Дуда О.К., Краснов М.І., Козько В.М. - Київ: НМАПО, 2015. - 96с.
7. Знаменская Т.К. Приоритетные направления развития перинатальной службы в Украине /Т.К. Знаменская //Неонатология, хірургія та перинатальна медицина. - 2011. - Т.1, №2. - С.6-11.
8. Изучение влияния хронической гипоксии на течение беременности и развитие потомства в эксперименте /И.Ю. Карпова, В.В. Паршиков, А.А. Мионов [и др.]//Медицинский альманах. - 2011. - №6(19). - С.55-57.
9. Клінічний протокол МОЗ України з акушерської допомоги "Перинатальні інфекції" № 906 від 27.12.2006.
10. Лызикова Ю.А., Довыдовская Ю.В. "Особенности диагностики внутриутробных инфекций" Проблемы здоровья и экологии, 2011.
11. Мирошниченко М.С. Влияние хронической внутриутробной гипоксии на морфофункциональные особен-
- ности органов мочевыделительной системы плодов и новорожденных /М.С. Мирошниченко, В.Д. Марковский, И.В. Сорокина//Морфология. - 2013. - Т.VII, №2. - С.57-60.
12. Патология беременных и вероятность внутриутробного инфицирования плода: влияние метаболической терапии. /Нисевич Л.Л., Меджидова Д.Б., Адиева А.А. //Российский педиатрический журнал, выпуск. - 2014. - Т.17, №4. - С.14-20.
13. Перинатальные инфекции: настоящий взгляд на проблему. Современные методы профилактики вертикального пути передачи ВИЧ: учеб. пособие. Сургут: Изд-во СурГУ, 2008. - 80с.
14. Профилактика перинатальных инфекций и их последствий у беременных /Ю.В. Давыдова //Репродуктивная эндокринология. - 2013. - №3(11). - С.17-35.
15. Сидорова И.С., Макаров И.О., Матвиенко Н.А. Внутриутробная инфекция: Ведение беременности, родов и послеродового периода. - М., 2012. - 39с.
16. Сидорова, И.С. Бактериальный ва-

- гиноз. /И.С. Сидорова, И.О. Макаров //Росс, вестн. акуш.-гин. - 2006. - Т.6, №6. - С.50-54.
17. Смирнова Т.Л., Дранов Г.Л., Сергеева В.Е. "Патоморфология плаценты при внутриутробной инфекции" Вестник Чувашского университета, 2011г. С.429-431.
18. Сравнительная оценка заболеваемости и ранней неонатальной смертности Харьковской области для научного обоснования модели оптимизации помощи новорожденным //Г.И.Губина-Вакулик (и др.) // Таврический медико-биологический журн. - 2013 - №2 - С.57-61.
19. Стрельская О.В. Прогнозирование перинатальных исходов на основе особенностей течения беременности, родов и инфицирования родовых путей, плаценты, амниотической жидкости новорожденного: Автореф. дис. канд. мед. наук. /Красноярск, 2007. - 24с.
20. Aljicevic, M. Listeria monocytogenes in women of reproductive age /M. Aljicevic, E. Beslagic, S. Zvizdic et al. //Med. Arh. - 2005. - Vol.59. - P.297-298.
21. Bevilacqua G, Braibanti S, Solari E, Anfuso S, Fragni G, Soncini E. Perinatal risk factors for infection in the newborn. Multicenter clinico-epidemiologic investigation. //Pediatr Med Chir. - 2005 - Vol.27(3-4). - P.31-38.
22. Expression and distribution of tight junction proteins in human amnion during late pregnancy /Kobayashi K., Kadohira I., Tanaka M., Yoshimura Y., Ikeda K., Yasui M. //Placenta. - 2010. Vol.31, №2. P.158-162.
23. Martinez F., Lopez-Arregui E. Infection risk and intrauterine devices //Acta. Obstet. Gynecol. Scand. - 2009. - Vol.64, №7. - P. 322-334
24. Pretorius C. The relationship between periodontal disease, bacterial vaginosis, and preterm birth /C. Pretorius, A. Jagatt, R. F. Lamont //J. Perinat. Med. - 2007. Vol.35, №2. - P.93-99.

Марковський В.Д., Сорокіна І.В., Яковцова І.І., Сакал Г.О., Зверева І.С., Товажнянська В.Д. СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ВТРАТ У М. ХАРКОВІ ЗА ПЕРІОД 2015-2016 РР.

Резюме. Дитяча смертність є одним з найважливіших соціальних і медичних показників будь-якої країни. В даний час до 70% новонароджених мають перинатальну патологію. В основі її лежать, зокрема, внутрішньоутробні інфекції. При перегляді даних світової літератури і при проведенню дослідженні спостерігається тенденція до зростання ВУІ у жінок, на високому рівні залишається частота мертвонароджень, особливо серед хлопчиків.

Ключові слова: материнська інфекція, плоди, новонароджені, аборти, внутрішньоутробна гіпоксія.

Markovsky V.D., Sorokina I.V., Yakovcova I.I., Sakal A.A., Zvereva I.S., Tovazhnyanskaya V.D. STATISTICAL ANALYSIS OF PERINATAL LOSSES IN KHARKOV FOR THE PERIOD 2015-2016 YEARS

Abstract. Infant mortality is one of the most important social and medical indicators of any country. Currently, up to 70% of newborns have perinatal pathology. It is based, in particular, in intrauterine infections. During review the world literature and after study conducted, there is a tendency to increase in intrauterine infections in women, the rate of stillbirth remains at a high level, especially among boys.

Key words: maternal infection, fetuses, newborns, abortions, intrauterine hypoxia.

Рецензент - д.мед.н, проф. Губина-Вакулик Г.И.

Статья поступила в редакцию 21.12.2016г.

Марковский Владимир Дмитриевич - д.мед.н., проф., проректор Харьковского национального медицинского университета; +38(057)7077297; pathomorphology@ukr.net

Сорокина Ирина Викторовна - д.мед.н., проф., исполняющий обязанности заведующего кафедрой патологической анатомии Харьковского национального медицинского университета; +38(099)6619750; soririna@gmail.com

Яковцова Ирина Ивановна - д.мед.н., проф., заведующий кафедрой патологической анатомии Харьковской медицинской академии последипломного образования; +38(067)5711811; docpathomorph@gmail.com

Сакал Анна Александровна - заочный аспирант кафедры патологической анатомии, ассистент кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии Харьковского национального медицинского университета; +38(099)3248678; sakal_anna@ukr.net

Зверева Ирина Сергеевна - заочный аспирант кафедры патологической анатомии Харьковского национального медицинского университета; +38(067)8032088; oleglev1977@yandex.ua

Товажнянская Вера Дмитриевна - заочный аспирант кафедры патологической анатомии Харьковского национального медицинского университета, ассистент кафедры патологической анатомии Харьковской медицинской академии последипломного образования; +38(095)7593208; viratov@yahoo.com

© Панчук О.Ю.

УДК: 613.6:616.31:608.1:65.015.14

Панчук О.Ю.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ГІГІЄНИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ОРГАНІЗАЦІЇ ТРУДОВОГО ПРОЦЕСУ ЗА ОСНОВНИМИ СТОМАТОЛОГІЧНИМИ СПЕЦІАЛЬНОСТЯМИ В УМОВАХ ВИКОРИСТАННЯ НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ ЗА ДАНИМИ ХРОНОМЕТРАЖНИХ СПОСТЕРЕЖЕНЬ

Резюме. В ході досліджень здійснена поглиблена гігієнічна оцінка та на підставі застосування хронометражних спостережень визначені провідні характеристики особливостей організації трудового процесу за основними спеціальностями стоматологічного фаху (терапевтична стоматологія, хірургічна стоматологія, ортопедична стоматологія, ортодонтія, дитяча