



УДК: 618.2-055.28:618.346-0023-022

АКУШЕРСЬКІ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ІНТРААМНІАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК, КОТРИ БАГАТО НАРОДЖУВАЛИ

Р. М. Федько

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», кафедра охорони материнства і дитинства, Ужгородський міський перинатальний центр.

Вступ

У вітчизняній і зарубіжній літературі останніх років є невелика кількість робіт, присвячених проблемі жінок, котрі багато народжували. Дослідження проводилися в різних аспектах і присвячені вивченню перебігу та ускладнень вагітності та пологів у цього контингенту [4,5]. Наразі накопичений значний досвід вивчення патогенезу, діагностики, окремих видів екстрагенітальної патології, що належать до супутніх захворювань у жінок, котрі багато народжували. Так, дослідження показують зростаючу роль анемії в результаті вагітності і пологів у цих жінок [7].

Важливе місце в структурі екстрагенітальної патології у жінок, котрі багато народжували, займає варикозна хвороба [6]. Ряд робіт присвячено пролонгуванню вагітності у жінок, котрі багато народжували [8]. Дослідження Мірсаїдової М.У. (2003 р) встановили, що багатонароджуючі жінки без соматичних і акушерських ускладнень мають благополучні пологи через природні родові шляхи.

Проблема багатонароджуючих жінок залишається актуальною, оскільки рівень багаторазових пологів у ряді суб'єктів України зберігається на високих цифрах, складаючи групу високого ризику репродуктивних ускладнень і втрат. Разом із тим, у доступній нам літературі останніх десятиліть ми не натрапили на опис особливостей перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду у жінок, що багато народжували, які зазнали впливу інтраамніальної інфекції. Існують три можливі шляхи проникнення інфекційних агентів в порожнину плодового міхура: висхідний – зі статевих шляхів жінки, гематогенний – від матері і ятрогенний – бактеріальна інвазія амніотичної рідини при проведенні інвазивних діагностичних або лікувальних процедур. У більшості випадків інфекція потрапляє в амніон висхідним шляхом. Це відбувається найчастіше при наявнос-

ті тривалого безводного періоду. Однак пасаж збудників може мати місце і при цілому плодовому міхурі. Джерелом інтраамніальної інфекції гематогенного походження є бактеріємія у матері. Таким шляхом у плодовий міхур потрапляють, наприклад, *Listeria monocytogenes*, стрептокок групи А і *Campylobacter*. Причинами ятрогенної бактеріальної інвазії амніотичної порожнини можуть бути інвазивні пренатальні діагностичні та лікувальні процедури (амніо-і кордоцентез, хоріон-й плацентобіопсія, внутрішньоматкові трансфузії). Мікробна інвазія амніотичної порожнини викликає розвиток запальної відповіді, що полягає у виробленні плацентою, децидуальною тканиною, хоріоном і амніоном прозапальних цитокінів (інтерлейкіни ІІ-1, ІІ-6, ІІ-8, фактор некрозу пухлини (TNF- α) і бактеріальний ендотоксин). Вони, в свою чергу, стимулюють продукцію простагландинів, які підвищують скоротливу активність міометрія, призводячи до передчасних пологів. Більшість плодів, що знаходяться в інфікованих навколоплідних водах, їх аспірують. При цьому, прозапальні цитокіни починають вироблятися і в організмі плода. Вважають, що ці медіатори інфекції відіграють важливу роль в ініціації системної запальної реакції в організмі плода [4].

Мікроорганізми, що беруть участь у реалізації інтраамніальної інфекції, подібні до тих, які трапляються і при інших акушерських ситуаціях. Основні групи бактерій, що трапляються у 2/3 жінок, дві: перша – мікроорганізми, асоційовані з бактеріальним вагінозом (*Gardnerella vaginalis*, генітальні мікоплазми та анаероби); друга група – аеробні бактерії, асоційовані з шлунково-кишковим трактом (*Escherichia coli*, грам-негативні палички і грам-позитивні коки). Вважають, що анаеробна інфекція частіше призводить до передчасних пологів і передчасного вилиття навколоплодових вод, а аеробна інфекція є найбільш



частою причиною гнійно-септичних захворювань матері, плода та новонародженого. Крім того, істотну роль в етіології інтраамніальної інфекції відіграють віруси: цитомегаловірус, парвовірус В19, герпес-вірус і ін. Ці збудники часто є причиною тяжкого ураження плода, в ряді випадків, є причиною несприятливих перинатальних наслідків аж до анте-і постнатальної загибелі [1].

Мета дослідження

Дослідити акушерські та перинатальні аспекти інтраамніальної інфекції у жінок, котрі багато народжували.

Матеріали і методи

Проведено аналіз перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та стану немовлят у 100 жінок з інтраамніальною інфекцією, котрі багато народжували, із яких склалась група вибірки. Середній вік жінок групи вибірки склав $28 \pm 1,5$ року. Всі жінки групи вибірки народжували в акушерсько-гінекологічному відділенні Перечинської ЦРЛ у період 2011-2012 рр. Вагітність у цих жінок велась згідно з наказом № 417 МОЗ України від 15.07.2011 "Про організацію амбулаторно-акушерської медичної допомоги в Україні". Дослідження проводилось такими методами, як збір загального та спеціального анамнезу, зовнішнє та внутрішнє акушерське дослідження, ультразвукова діагностика, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, реакція Вассермана, бактеріальний посів сечі, мазок на ступінь чистоти піхви, фетометрія, доплерографія, кардіотокографія плода.

Результати досліджень

У більшості жінок групи вибірки (75%) низький соціальний статус. У 70 % жінок обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез: 17 % - позаматковими вагітностями, 26 % – самовільним абортom на ранньому терміні вагітності, 27% – передчасними пологомаи. Показник екстрагенітальної патології виявився наступним: есенціальна артеріальна гіпертензія – 15% жінок, патологія гепатобіліарної системи – 9% жінок, хронічним пієлонефритом страждало 7 % жінок, 4 % жінок були хворі на цукровий діабет, органічні вади серця спостерігались у 2 % жінок.

Інтраамніальна інфекція виникає в тому випадку, коли збудник пошкоджує фетальні мембрани, децидуальну оболонку і навколо-

плодові води. Мікроорганізми в амніотичній рідині можуть посилювати біосинтез прозапальних цитокінів, які, в свою чергу, стимулюють розвиток системної запальної відповіді у плода. До кінця 70-х років вважалося, що цілісні фетальні мембрани є бар'єром для проникнення інфекції в навколоплодові води і забезпечують розвиток плоду в умовах стерильності. Вважали, що бактеріальна колонізація амніотичної рідини розвивається тільки після початку пологової діяльності або при порушенні цілісності плодового міхура. Однак подальші дослідження показали, що це не так. Інфікування навколоплодових вод було виявлено наприкінці вагітності у 10% жінок, що мали цілий плодовий міхур, і у 30% жінок, у яких води вилились передчасно.

Хоріоамніоніт та інфекція навколоплодових вод можуть проходити з наявністю клінічних проявів у матері та плоду і без них. Клінічним симптомом цих станів може бути підвищення температури у пацієнтки при вагітності або в пологах, частіше при передчасному вилитті навколоплодових вод. Однак часто спостерігається прихована (субклінічна) інтраамніальна інфекція, при якій клінічні симптоми відсутні. Серед пацієнток, що мають мікробну інвазію навколоплодових вод, клінічні симптоми інфекції мають тільки 15-55%. Таким чином, присутності бактерій у навколоплодових водах не достатньо, щоб викликати внутріамніальну інфекцію або передчасні пологи [2].

Хоріоамніоніт частіше виявляється вже за результатами гістологічного дослідження. Його частота досягає 50% при передчасних пологах і 20% при пологах у строк. Інтраамніальна інфекція проявляється при морфологічному дослідженні у вигляді гострого дифузного запального процесу в екстраплацентарних мембранах, хоріонічній пластині плаценти і пуповині. Якщо збудника виділяють з амніотичної рідини, прийнято розцінювати таку інфекцію, як внутріамніальну.

Було виявлено, що у 65% жінок із групи вибірки виникала загроза передчасних пологів. У 38% жінок діагностовано маловоддя, у 9% – багатоводдя. Фетоплацентарна дисфункція діагностувалась у 47% жінок. Пієлонефрит діагностувався у 37% жінок. На гіпертензивні розлади під час вагітності страждало 24% жінок. За результатами бактеріального посіву сечі безсимптомна бактеріурія виявлена у 73% жінок.



Результати дослідження на ступінь чистоти піхви були такі:

1 ступінь не виявлений у групі вибірки; 2 ступінь – 3% жінок; 3 ступінь – 78% жінок; 4 ступінь – 19% жінок.

Передчасний розрив плодових оболонок спостерігався у 58% жінок. Слабкість пологової діяльності виявлялась у 33% жінок, із них у 18% - первинна пологова слабкість, у 15% – вторинна пологова слабкість. Меконіальні води виявлено у 30% жінок. Тривалий безводний період – 14% жінок. Лихоманку в пологах діагностовано у 13% жінок.

Дискоординована пологова діяльність діагностована у 8% жінок.

Дистрес плода діагностовано у 37% жінок. Кесарів розтин проведено 32% жінок, пологи через природні шляхи закінчено 68% жінок із групи вибірки. Гіпотонічна кровотеча виявлена у 22% жінок. Ручна ревізія стінок матки проводилась у 22% жінок; аспірація меконіальних вод – 18% новонароджених. Порушення виділення і відділення посліду – 16% жінок.

Вважають, що інтраамніальна інфекція є найчастішою причиною передчасних пологів, обумовлюючи близько третини з них. При цьому, до 1/4 жінок із непорушеним плодовим міхуром при передчасних пологах мають позитивну реакцію на наявність мікробних агентів у водах. Однак мікроорганізми з вод можуть і не виділятися. Позитивний тест на наявність мікроорганізмів у навколоплодових водах у вагітних, які не мають клінічних проявів інфекційного ураження, становить від 5 до 13% [4]. При цьому, погані перинатальні наслідки спостерігаються у тих пацієнток, у яких інфекційний процес у навколоплодових водах реалізується. Інфекція амніотичної порожнини і його вмісту є серйозним ускладненням вагітності, впливаючи на стан як матері, так і плоду. У матері підвищується ризик розвитку лихоманки в пологах і гнійно-септичної інфекції в післяпологовому періоді. При абдомінальному розродженні цей ризик суттєво підвищується. Мікробна контамінація амніотичної порожнини істотно збільшує перинатальну захворюваність і смертність.

Давно відомо, що у недоношених дітей, які народилися у жінок, котрі мали інтраамніальну інфекцію, спостерігаються внутрішньо-утробні пневмонії, омфаліт, менінгіти, респіраторний дистрес-синдром, низькі оцінки за шкалою Апгар, фетальний і неонатальний сепсис із розвитком у подальшому бронхолегене-

вої дисплазії або некротичного ентероколіту. Висока захворюваність новонароджених є результатом їх розвитку в умовах плацентарної недостатності, часто супроводжується хронічною гіпоксією, що призводить до передчасного переривання вагітності, наслідком якого є недоношеність і незрілість органів і функціональних систем, затримка внутрішньоутробного розвитку і, в окремих випадках, руйнування аспірованими мікроорганізмами сурфактанту.

Результати останніх досліджень показали, що віддаленими наслідками бактеріальної інвазії навколоплодових вод можуть бути серйозні неврологічні порушення у дітей, що включають дитячий церебральний параліч, перивентрикулярну лейкомаляцію і внутрішньошлуночкові крововиливи. Було показано, що у новонароджених, які народилися у жінок, що мали урогенітальну інфекцію, частіше спостерігалось порушення дозрівання координуючої та інтегруючої функції ЦНС, що виявляється затримкою формування тонічних і рефлекторних реакцій. Неврологічні порушення у новонароджених можуть бути обумовлені також впливом медіаторів інфекції, що утворюються в материнському організмі, – прозапальних цитокінів (інтерлейкіни IL-1, IL-6, IL-8, фактор некрозу пухлини (TNF- α) і бактеріальний ендотоксин) [3].

Оцінка новонароджених по шкалі Апгар в досліджуваній нами групі була така:

1 хвилина – нижче 5 балів оцінено 36% новонароджених; 5 хвилина – нижче 5 балів оцінено 19% новонароджених. Затримка внутрішньоутробного розвитку плоду виявлена у 42% дітей, із них: ЗВУР 1 ступеня – 23%, ЗВУР 2 ступеня – 14%, ЗВУР 3 ступеня – 5% новонароджених. Переведено в палату інтенсивної терапії 37% новонароджених. Реанімаційні заходи надавались 32% дітей. Неврологічні порушення виявлено у 13% дітей. У 8% новонароджених діагностовано вроджену пневмонію. Респіраторний дистрес синдром виявлено у 4% дітей. У 3% – омфаліт.

Патологічний післяпологовий період спостерігався у 81% жінок: інтеркурентні захворювання інфекційного характеру (грип, ГРЗ, ангіна тощо) – 24% жінок. Післяпологова виразка – 15% жінок. Цистит – 12% жінок. Лохіометра – 9% жінок. Пієлонефрит – 8% жінок. Післяпологові ендометрити – 6% жінок. Післяпологові метроендометрити – 4% жінок. Мастит – 3% жінок групи вибірки.



Діагноз інтраамніальної інфекції не завжди просто встановити. Виняток становлять ті випадки, коли у вагітної є явні її клінічні симптоми: лихоманка, тахікардія у матері та плоду, наявність тривалого безводного періоду. Велика частина випадків є субклінічними, часто передчасне переривання вагітності є єдиною ознакою інфекції. Для верифікації збудника використовують бактеріологічне дослідження флори піхви і шийки матки вагітної. Однак найбільшою специфічністю володіють дані лабораторних досліджень амніотичної рідини. Трансабдомінальний амніоцентез, виконаний під ультразвуковим контролем, дозволяє отримати проби амніотичної рідини для культуральних досліджень, фарбування по Граму, мікроскопії, біохімічних тестів. Однак очікування результатів культуральних досліджень може відстрочити призначення пацієнтам адекватної терапії. До недавнього часу верифікувати збудника у плода, особливо при вірусному ураженні, можливо було тільки в його крові, отриманій при кордоцентезі. В даний час із появою методики, заснованої на полімеразній ланцюговій реакції (ПЛР), стала можлива ідентифікація фрагментів геному вірусів, паразитів і бактерій при дослідженні навколоплідних вод. Біохімічний аналіз амніотичної рідини у пацієнтів з передбачуваною інтраамніальною інфекцією має на меті виявити або інфекційні маркери, які продукуються організмами матері й плода, або метаболіти патогенних мікроорганізмів. Материнські маркери включають прозапальні цитокіни (IL-1, IL-6, IL-8, TNF- α) і простагландин E2. Підвищені рівні цих субстратів у навколоплідних водах з'являються за тиж-

день до передчасних пологів або гістологічно виявленого хоріоамніоніта.

Найбільш достовірною ознакою щодо несприятливого прогнозу для матері та плоду є IL-6. Для виявлення метаболітів мікроорганізмів досліджують присутність ендотоксину і лейкоцитестеразний тест. Обидва тести є простими і чутливими маркерами інтраамніальної інфекції. Можливо також досліджувати рівень глюкози в навколоплідних водах і присутність органічних метаболітів патогенних бактерій нижнього генітального тракту методом рідинної хроматографії. Запальну реакцію можна досліджувати безпосередньо в крові плода, отриманій при кордоцентезі. При цьому виконують загальний аналіз крові, досліджують газу крові, рН, концентрацію в плазмі IL-6.

Таким чином, інтраамніальна інфекція відіграє істотну роль у патогенезі плацентарної недостатності, обумовлюючи несприятливі перинатальні наслідки і високу гнійно-септичну захворюваність у вагітних та породіль. Своєчасна верифікація збудника дозволяє вчасно почати патогенетичну терапію, яка відіграє основну роль у зниженні перинатальної захворюваності і смертності [8].

Висновки

У жінок, що багато народжували, відзначається значна частота інфекційно-запальних процесів статевих органів, що веде до ускладненого перебігу вагітності, пологів, післяпологового та неонатального періодів за рахунок реалізації інтраамніальної інфекції, що вимагає розробку комплексу профілактично – лікувальних заходів у цій групі пацієнток.

Резюме. Проведений аналіз перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та стану немовлят у жінок з інтраамніальною інфекцією, котрі багато народжували.

Виявлено, що ці вагітні становлять групу високого ризику акушерських та перинатальних ускладнень. У жінок з інтраамніальною інфекцією, які багато народжували, та у народжених ними немовлят високий відсоток (81%) гнійно-септичних захворювань протягом післяпологового періоду.

Ключові слова: Жінки, котрі багато народжували, інтраамніальна інфекція, гнійно-септичні захворювання.

Obstetric and perinatal aspects intraamniacal infection of multiparous women

R. M. Fedko

Summary. The analysis of pregnancy, childbirth, postpartum and newborn state in multiparous women with intraamniacal infection was performed. Revealed that the pregnancy was high-risk obstetric and perinatal complications. Want to focus attention on the fact that multiparous with intraamniacal infection, is a whopping percentage (81%) of purulent-septic diseases in the postpartum period.

Keywords: multiparous women, intraamniacal infection, purulent-septic disease.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Абрамович С.А. Течение и исход беременности и родов у многорожавших женщин / С.А. Абрамович, Н.В. Толстопятова. // XI итоговая (межвузовская) научная конференция молодых ученых и студентов: тез. докл. – Ставрополь, 2003. – С. 4-5.
2. Айламазян Э.К. Общие и частные проблемы экологической репродукции / Э.К. Айламазян, Т.В. Беляева // Журнал акушерства и женских болезней.– 2003. – №2. – С.4–10.
3. Амирханова М.И. Нарушение лактационной функции у многорожавших женщин с гестозом / М.И. Амирханова // Акушерство и гинекология – М., 2001.– №1. – С.22– 35.
4. Анартаева М.У. Влияние медико-социальных факторов на показатели материнской смертности / М.У. Анартаева // Вестник СПб. Гос. мед. акад. им. И.И. Мечникова. – 2004. – № 4. – С.211–212.
5. Багрий Е.Г. Оптимизация пренатальной подготовки и родоразрешения многорожавших женщин с ожирением / Е.Г.Багрий // Акушерство и гинекология – М., 2004.– №4. –С.19–40.
6. Нурмагомедова С.С. Профилактика и лечение задержки внутриутробного развития плода у многорожавших женщин / С.С. Нурмагомедова // Матер. IV Рос. форума «Мать и дитя». – М., 2002. – № 4. – С.18–23.
7. Нурмагомедова С.С. Оценка эффективности превентивного лечения синдрома задержки внутриутробного развития плода у многорожавших / С.С. Нурмагомедова, М.А. Омаров // Матер. IV Рос. форума «Мать и дитя». – М., 2002. – № 4 – С.439–441.
8. Walraven G. Maternal mortality in rural Gambia; levels causes and contributing factors/ G. Walraven, M. Telfer, J. Rowley // Bull. WHO. – 2000. – Vol. 78. – P. 603–613.