

Алексеева М.С.

Современные подходы к ведению женщин с синдромом привычной потери беременности в условиях женской консультации

ФГУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова»

Стратегия службы родовспоможения и помощи новорожденным в современных условиях определяется концепцией демографической политики РФ на период до 2025 г. В программе развития здравоохранения до 2020 г. в том числе поставлены задачи: укрепление репродуктивного здоровья населения, повышение удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи. Среди важнейших проблем акушерства одно из первых мест занимает синдром привычной потери беременности (ППБ). Интерес к этой проблеме возрастает в связи с появлением новых возможностей, позволяющих определить этиопатогенетические факторы ППБ.

Согласно обобщенным данным литературы, частота привычных выкидышей, особенно ранних сроков достаточно высока и составляет 2–5% в популяции. В структуре невынашивания частота ППБ составляет от 5 до 20%. При этом установить этиопатогенетические механизмы ППБ удается лишь у каждой второй женщины. Помимо социальных среди непосредственно медицинских аспектов ППБ лидирующее положение занимают такие причины, как генетические, анатомические, эндокринные, иммунологические, инфекционные, гемостазиологические, метаболические и системные заболевания и другие.

В последнее десятилетие структура приоритетных направлений при изучении ППБ претерпела ряд существенных изменений. С одной стороны, это связано с совершенствованием диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, в первую очередь, при большинстве эндокринных нарушений и инфекционном факторе, с другой стороны – с увеличением частоты иммунологических нарушений и тромбофилических состояний, а также т.н. «маточного фактора», существенной составляющей которого является хронический эндометрит.

Многие стороны патогенеза ППБ на современном этапе рассматриваются с позиций значения главного комплекса гистосовместимости – генов, кодирующих HLA систему, необходимую для ре-

гулирования активности лимфоцитов и антигенспецифических взаимодействий клеток. Имунная система тесно взаимодействует с эндокринной, в первую очередь, при участии прогестерона. При прогестероновой недостаточности превалирует продукция провоспалительных цитокинов по отношению к регуляторным. Указанные реакции осуществляются при участии NK (CD56) клеток. Провоспалительные цитокины активируют цитотоксические свойства NK клеток и фагоцитарную активность макрофагов, содержащихся в повышенном количестве в эндометрии и децидуальной ткани при наличии хронического эндометрита. Провоспалительные цитокины могут оказывать прямое повреждающее воздействие на трофобласт и активировать локальное тромбообразование. Внутрисосудистое свертывание крови также может иметь место до беременности при врожденных и приобретенных тромбофилических состояниях. Избыточная активация В-клеточного звена иммунной системы приводит к патологическому антителообразованию, в том числе к фосфолипидам, ХГЧ и др. Следствием указанных изменений являются нарушение процессов имплантации и инвазии трофобласта. Чрезмерная активность интерфероновой системы при ППБ, зачастую спровоцированная вирусным компонентом, может приводить к развитию иммунных реакций, направленных на элиминацию возбудителя с одновременным нарушением развития трофобласта и плаценты.

Ряд научно-обоснованных рекомендаций трудно свести в единый алгоритм лечебно-диагностических методик. Необходимо предгестационная подготовка, динамическое наблюдение в течение всей беременности, постоянная коррекция проводимого лечения. Крайне актуальным является совершенствование диагностики и лечения привычной потери беременности в женской консультации.

К сожалению, в условиях женских консультаций нередко в силу низкого материально-технического обеспечения и недостаточной профессиональной подготовки кадров ведение женщин с

ППБ осуществляется рутинными методами. Несмотря на создание при женских консультациях специализированных кабинетов по невынашиванию беременности, оснащенных стационаром дневного пребывания (в соответствии с приказом МЗ РФ № 438 от 09.12.1999г.), качество оказания медицинской помощи зачастую оставляет желать лучшего.

Цель исследования явилась оптимизация тактики комплексного обследования и ведения женщин с привычной потерей беременности в условиях женской консультации с последующей оценкой эффективности проведенных мероприятий.

Для реализации задач исследования в женской консультации № 6 УЗ ЦАО г.Москвы был проведен анализ причин ППБ, особенностей течения беременности и её исходов в 674 наблюдениях за период 1990–2007 гг. Первую (ретроспективную) группу составили 424 наблюдения за 1990–1999 гг., вторую (проспективную) группу – 250 наблюдений за 2000–2007 гг. Вне беременности в I группе обследовано 98 (23%) женщин, во II – 95 (51%) пациенток. Основным критерием отбора в группы обследования явилась наличие в анамнезе привычной потери беременности. Из исследования были исключены женщины с тяжелой соматической патологией, с онкологическими заболеваниями, беременные после ЭКО.

Помимо традиционно используемых в женской консультации методов исследования для уточнения этиопатогенетических механизмов ППБ выполнялись более сложные диагностические методы, проводимые на базах специализированных учреждений:

- бактериологическое исследование и ПЦР диагностика инфекций;
- определение уровней гормонов в периферической крови;
- гемостазиологическое исследование, которое включало определение определение волчаночного антикоагулянта;
- иммунологические исследования:определение спектра антител к фосфолипидам: кардиолипину, фосфатидилсерину, фосфатидилэтаноламину,

фосфатидилхолину, антител к ХГЧ, оценка субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови (CD3, CD4, CD8, CD16, CD56, CD19, CD19+5+), оценка интерферонов статус (содержание и индукция α - и β -интерферонов), определение содержания цитокинов (il-1, il-6, ФНО- α) в слизи цервикального канала, HLA типирование супругов;

- гистологическое и микробиологическое исследование эндометрия (штрих-биопсия на 7-9 день цикла);
- вирусологическое исследование в эпителиальных клетках осадка мочи;
- показатели энергетического обмена в лимфоцитах периферической крови (САГ, α -ГФДГ, КФ);
- гистеросальпингография;
- метод интервьюирования (для стационара дневного пребывания).

Статистическая обработка проводилась на персональном компьютере IBM/PC 586 с использованием пакета прикладных программ «Excel», версия 7.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст женщин I группы (424 наблюдения) составил 29,3±4,1 лет, II группа (250 наблюдений) – 32,5±4,9 лет.

При анализе анамнестических данных было установлено, что характерными сроками предшествующих потерь беременности являлись 5-7 и 8-12 недель, при этом у женщин I группы достоверно преобладало первичное невынашивание беременности, а у женщин II группы – вторичное, т.е. репродуктивные потери происходили после первой беременности, закончившейся родами (рисунки 1).

Среди соматических заболеваний преобладали хронический тонзиллит, сердечно-сосудистая патология, болезни мочевыделительной системы и желудочно-кишечного тракта, различные аллергические заболевания и состояния. Хронический тонзиллит во II группе отмечался у 49,6% женщин. Сердечно-сосудистая патология выявлена у 35,6% обследованных. Заболевания почек, в первую очередь, хронический пиелонефрит диагностирован у 25,2% женщин.

Первое место в структуре гинекологических заболеваний занимали воспалительные процессы органов малого таза (таблица 1).

Так, у женщин I группы неспецифический кольпит выявлялся в 63% случаев, во II – в 45%. При этом преобладали аэ-

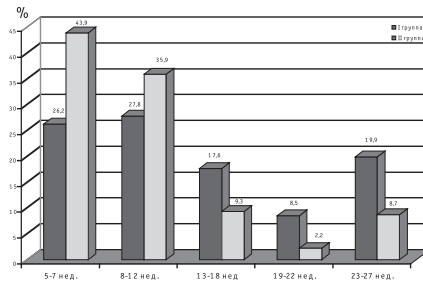


Рисунок 1. Сроки самопроизвольного прерывания беременности по отношению к общему числу самопроизвольных репродуктивных потерь (в %).

робные и анаэробные микроорганизмы при резком снижении уровня лактобактерий. Дисбиотические нарушения влагалища имеют своим следствием нарушения баланса простагландинов, цитокинов, протеолитических ферментов. Важно отметить, что при морфологическом исследовании штрих-соскоба эндометрия признаки хронического эндометрита были верифицированы у 80% женщин, в то время как микробиологическое исследование установило наличие бессимптомной персистенции микроорганизмов в эндометрии лишь в 41% наблюдений (исследования проводились только во II группе). При этом выделялись: облигатные анаэробы, факультативные анаэробы, уреоплазма, микоплазма. В 59% случаев микрофлора в эндометрии отсутствовала. Длительная бессимптомная персистенция инфекционных агентов приводит к повреждению рецепторного аппарата эндометрия, нарушениям локального иммунитета и избыточному внутрисосудистому тромбообразованию.

Помимо хронического эндометрита по данным гистеросальпингографии выявлялись различные формы патологии анатомического строения матки: у женщин I гр. – в 14% случаев, во II – в 23%. При этом во II гр. в 10% случаев диагностировались внутриматочные синехии.

Таблица 1.

Сравнительные данные структуры и частоты гинекологических заболеваний

Гинекологические заболевания	I группа n=424		II группа n= 250	
	абс.	%	абс.	%
Хронический сальпингоофорит	123	29,0	165	66*
Хронический эндометрит	89	21,0	136	54,4*
Гиперплазия и полипоз эндометрия	11	2,6	38	15,2*
Генитальный эндометриоз	24	5,7	33	13,2*
Доброкачественные опухоли яичников	13	3,0	8	3,2
Миома матки	84	19,8	39	15,6
СПКЯ	23	5,4	32	12,8*
Неспецифический кольпит	267	63	113	45*

*-p<0,05

Таблица 2.

Частота выявления вирусных антигенов по группам (в %)

Антигены вирусов	Частота выявления			
	I группа (n=125)		II группа (n=250)	
	абс.	%	абс.	%
Коксаки А	118	94,4	243	97,2
Коксаки В	52	41,6	151	60,4*
Энтер 68–71	40	32,0	56	30,1
Цитомегалии	45	36,0	75	40,3*
Герпеса	39	31,2	57	30,6
Смешанная вирусная инфекция	118	94,4	180	97,0

*- $p < 0,01$

новлено повышение уровня сывороточного интерферона в 2–2,5 раза, снижение продукции α - и γ - интерферонов – в 4–6 раз. В целом интерферондефицитное состояние у обследованных женщин отмечалось в 100% случаев.

При оценке фенотипического состава лимфоцитов периферической крови у женщин II группы повышенный уровень CD56 NK клеток был установлен в 67% наблюдений (таблица 3).

Повышенный уровень провоспалительных цитокинов в слизи цервикального канала был выявлен в 56% случаев во II группе. При этом уровень ФНО- α превышал нормативы в 3,5 раза, il-1 – в 2,3 раза, il-6 – более чем в 10 раз.

Определение антител к фосфолипидам выполнялось преимущественно у женщин II группы. Частота выявления положительных проб составила 69%, при этом наличие антител к 3-м и более

фосфолипидам было обнаружено в 38% случаев (таблица 4).

Повреждающее действие этих антигенов может осуществляться путем непосредственного лизиса трофобласта, а также за счет активации локального тромбообразования. Сходный механизм действия имеют также антитела к хорионическому гонадотропину человека, которые были выявлены в 35% наблюдений (II группа).

При оценке показателей системы гемостаза частота выявления приобретенных и врожденных тромбофилических состояний составляла 44% в I группе и 46% – во II группе. Приобретенные тромбофилии, как правило, ассоциировались с различными аутоиммунными состояниями.

Во II группе проводилась оценка совместимости супругов по системе HLA II класса. Совпадение по одному

антигену встречалось в 56% наблюдений, по двум антигенам – в 12%, по трем и более – в 32%. По данным Л.Д. Серовой и соавт. (1998), при совместимости супругов по двум антигенам привычная потеря беременности отмечалась в 75% случаев, по трем и более – в 100%.

Предгестационная подготовка и ведение беременности базировались на следующих принципах:

- выявление причин привычной потери беременности;
- коррекция установленных этиопатогенетических механизмов ППБ;
- разрешение беременности по достижению максимальной эффективности терапии;
- динамический клиничко-лабораторный мониторинг во время предгестационной подготовки и в течение беременности;
- выбор оптимальных сроков дородовой госпитализации.

Учитывая высокую частоту соматических заболеваний у женщин обеих групп, обязательным являлась реабилитационная терапия совместно с соответствующими специалистами. Для коррекции гормональных нарушений при гиперандрогении в зависимости от ее генеза, использовались глюкокортикоиды (дексаметазон), гестагенные препараты и по показаниям стимуляция овуляции.

При выявлении бактериальной инфекции проводилась антибактериальная терапия, начиная с 1-го дня цикла, с учетом чувствительности к антибиотикам, системная энзимотерапия. На II этапе с целью нормализации микроценоза использовались зубиотики. При активации вирусной инфекции проводились курсы внутривенного иммуноглобулина, системная энзимотерапия, метаболическая терапия, индукторы интерферона. При выявлении аутоиммунных состояний (антифосфолипидные антитела, антитела к ХГЧ) использовались глюкокортикоиды со II фазы предполагаемого фертильного цикла, проводилась противотромботическая терапия (гепарин и антиагреганты). При повышенном содержании CD56 NK-клеток в периферической крови, совпадении по системе HLA II класса по 2 и более локусам использовалась лимфоцитотерапия от 3-х до 5-и курсов, последний на 5–7 день предполагаемого фертильного цикла в сочетании с иммуноглобулинотерапией.

Таблица 3.

Субпопуляционный состав лимфоцитов в периферической крови у женщин II группы (в %)

Кластер дифференцировки	Основная группа (n=87)	Контрольная группа (n=150)
CD3+	59,5±4,5	70,3±3,5
CD4+	37,2±3,9	42,4±1,0
CD8+	21,1±0,7**	28,2±2,8
CD4/CD8	2,0±0,1*	1,7±0,1
CD16+	10,8±0,5	10,6±1,7
CD56+	12,6±2,6**	3,9±0,7
CD19+	8,2±0,2**	5,5±0,3
CD5+19+	1,1±0,1	1,5±0,2

* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$

Таблица 4.

Частота выявления положительных проб различных АФАТ

Антитела к фосфолипидам (IgM)	I группа (n=23)		II группа (n=92)	
	абс.	%	абс.	%
кардиолипин	11	47,8	30	32,6*
фосфотидилсерин	5	21,7	20	21,7*
фосфотидилэтаноламин	3	13,0	17	18,4*
фосфотидилхолин	4	17,4	25	27,1*

* $p > 0,05$

Таблица 5.

Особенности течения беременности в I триместре

Осложнения	I группа n=424		II группа n=250	
	абс	%	абс	%
Угроза прерывания беременности	309	72,9	219	87,9
Ранний токсикоз	98	23,1	23	9,2*
Кровотечение	241	56,8	52	20,8*
Обострение вирусной инфекции	85	20	114	45,6*

* - $p < 0,001$

Таблица 6.

Особенности течения беременности во II триместре

Осложнения	I группа n=424		II группа n=250	
	абс	%	абс	%
Угроза прерывания беременности	266	62,7	92	36,8**
Кровотечение	152	35,8	58	23,2*
Истмико-цервикальная недостаточность	62	14,6	47	18,8
Обострение вирусной инфекции	119	28,1	93	37,2*
Водянка	131	30,9	45	18,0**
Анемия	147	34,7	36	14,4**

* - $p < 0,01$; ** - $p < 0,001$

Таблица 7.

Особенности течения беременности в III триместре

Осложнения	I группа n=424		II группа n=250	
	абс	%	абс	%
Угроза преждевременных родов	108	25,5	39	15,6*
Плацентарная недостаточность	288	68,0	63	25,2*
Анемия	141	33,3	27	10,8*
Отслойка плаценты	61	14,3	5	2,0*
Водянка	153	36,1	31	12,4*
Обострение внутриутробной инфекции	70	16,5	14	5,6*

* - $p < 0,001$

Во время беременности подходы к терапии во многом соответствовали предгестационной подготовке. Обязательными компонентами являлись: седативная, спазмолитическая (в т.ч. с использованием немедикаментозных методов) терапия, профилактика плацентарной недостаточности на всех этапах беременности. При выявлении признаков отслойки хориона (плаценты) проводилась гемостатическая терапия (трансамин, дицинон). По показаниям во время беременности продолжалась противотромботическая терапия, лимфоцитотерапия, внутривенное введение иммуноглобулина.

Преимуществом принципов предгестационной подготовки и ведения беременности имела высокую клиническую эффективность. Так, у женщин II группы угроза прерывания беременности на различных сроках отмечалась в 1,6–1,7 раза реже, чем в I группе, ранний токсикоз – в 2,5 раза реже, отслойка хориона (плаценты) – в 2,7–7,2 раза, плацентарная недостаточность – в 2,7 раза, анемия – в 2,4–3,1 раза, гестозы – в 1,6–2,9 раза ($p < 0,05$). Данные представлены в таблицах 5, 6, и 7.

Эффективность внедрения современных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий в практическую деятельность женской консультации можно проследить поэтапно с 1990 по 2007 гг. На протяжении 1990–1992 гг. при обследовании женщин с ППБ вне беременности выполнялись: общеклиническое обследование, гинекологический осмотр, тесты функциональной диагностики, определение уровня экскреции 17-КС с мочой, гормональные пробы с дексаметазоном и ХГЧ, исследование на токсоплазмоз, УЗИ органов малого таза. В большинстве случаев рекомендовалась контрацепция в течение 1–2-х лет, проводилась противо-

воспалительная терапия, санаторно-курортное лечение. С 1993 г. были внедрены бактериологические и вирусологические методы исследования, расширен спектр гормональных тестов, стали применяться гистеросальпингография и штрих-биопсия эндометрия с гистологическим исследованием. С 1995 по 1997 гг. были внедрены гемостазиологические методы, определение АФА, ВА, определение вирусургии, кариотипирование супругов, оценка интерферонового статуса, цитохимическое исследование лимфоцитов периферической крови. Как следствие в 1997 г. количество самопроизвольных абортов снизилось в 2,7 раза по сравнению с 1990 г. ($p < 0,05$). В 1999 г. количество родов у женщин с ППБ увеличилось в 1,4 раза, преждевременных родов уменьшилось в 2,8 раза ($p < 0,05$). В 1990–2000 гг. было внедрено определение субпопуляционного состава лимфоцитов в периферической крови, оценка НЛА системы, определение антител к ХГЧ, усовершенствованы микробиологические методы, в том числе эндометрия, определение уровня цитокинов. Соответственно совершенствовались способы терапии. В связи с этим в 2003–2007 гг. не было ни одного случая преждевременных родов, в 2003 г. – ни одного самопроизвольного аборта, а с 2000 по 2004 гг. и с 2006 по 2007 гг. потери беременности ранних сроков не превышали 1–2 случая (рисунком 2).

Анализ исхода беременностей в ретроспективной (I) и проспективной (II) группах показал, что в I группе общее количество своевременных родов составляло 265 (80,8%), во II группе – 235 (98,7%, $p < 0,01$), преждевременных 63 (19,2%) и 3 (1,3%) соответственно, $p < 0,001$. В I группе преждевременные роды в сроках 29–33 недели произошли у 24 (38,1%) женщин с ППБ, в сроках 34–37-ая неделя – у 39 (61,9%). Во II группе было только 3 случая родов на 37 неделе.

У женщин I группы родоразрешение путем операции кесарева сечения провели у 54 (16,5%) пациенток, из них в плановом порядке – у 9 (16,7%). Экстренное кесарево сечение было произведено у 45 (85,0%).

Оперативное родоразрешение было произведено у 81 (34%) женщины II группы ($p < 0,01$), из них в плановом порядке у 67 (82,7%) пациенток ($p < 0,001$). Экстренное оперативное родоразрешение было произведено 12 (14,8%) беременных ($p < 0,001$).

В проспективной группе имели место более поздние сроки родоразрешения, осложнений в родах также было достоверно меньше. Снизилась частота экстренного родоразрешения путем операции кесарева сечения в 5,7 раз, в то время как частота планового оперативного родоразрешения в проспективной группе увеличилась в 2,1 раза ($p < 0,05$). Данную закономерность следует признать благоприятной как для матери, так и для новорожденного [Чернуха Е.А., 1998]. В проспективной группе послеродовые осложнения также встречались реже. Частота послеродовых гнойно-септических осложнений снизилась в 2,3 раза, тромботических осложнений не отмечалось.

Большее количество детей родилось в удовлетворительном состоянии, частота СЗРП снизилась в 5,7 раз ($p < 0,05$). В раннем неонатальном периоде инфекционные заболевания снизились в 2,7 раза, гипоксическое поражение ЦНС – в 1,3 раза, отклонения в неврологическом статусе к концу первого года жизни отмечались в 1,3 раза реже ($p < 0,05$) (рисунки 3). Если перинатальная смертность в ретроспективной группе составляла 75%, то в проспективной не было ни одного случая.

Позитивным фактором повышения эффективности оказания медицинской помощи явилось создание в 1995 г. в женской консультации №6 стационара дневного пребывания. Если в соответствии с приказом МЗ РСФСР №186 от 15 ноября 1991 года не предусматривалось использование стационара дневного пребывания для женщин, имевших в анамнезе привычные выкидыши, то благодаря внедрению прогрессивных лечебно-диагностических методов стали возможными предгестационная подготовка и ведение беременности у указанного контингента с высокой эффективностью. За период 1998–2007 гг. в условиях стационара дневного пребывания было проведено 7 630 женщин. Средняя длительность пребывания составляла $16,2 \pm 0,4$ дня. Из 500 опрошенных женщин 97% считали такое обследование и лечение удобной формой медицинского обслуживания.

Таким образом, на современном этапе благодаря использованию современных методов диагностики, обследования и лечения в предгестационный период, динамическому активному ведению беременности, использованию ста-



Рисунок 2. Динамика показателей исходов беременностей у женщин с ППБ за период 1990–2007 гг.

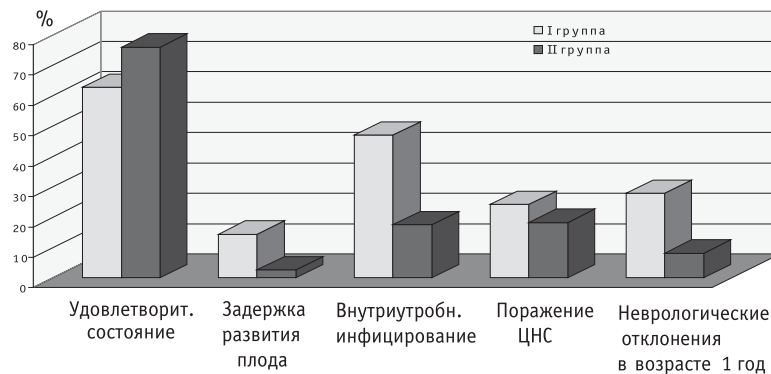


Рисунок 3. Состояние новорожденных в основных группах.

ционарного дневного пребывания возможно значительно снизить самопроизвольные репродуктивные потери, улучшить показатели перинатальной заболеваемости и смертности у женщин с ППБ в условиях женской консультации.

Выводы

1. Частота выявления различных форм маточной патологии за последние годы увеличилась в 1,6 раза, а хронического эндометрита – в 2,7 раз. При этом отсутствие патогенной микрофлоры в эндометрии отмечалось в 60%, в то время как дисбиотические нарушения во влагалище встречались у каждой 2-й женщины. Высокая частота выявления хронических вирусных инфекций сочеталась с выраженными нарушениями энергетического обмена в лимфоцитах и дисбактериозом кишечника.

2. У каждой 2-ой женщины с привычной потерей беременности отмечалась гипопрогестеронемия. Внедрение современных иммунологических, иммуногенетических и гемостазиологических методов позволило установить, что в патогенезе привычной потери беременности тромбофилические состояния выявлялись в 46%, антифосфолипидные антитела – в 69%, а антитела к ХГЧ – в

35% случаев. Совместимость по трем и более локусам HLA системы II класса отмечалась в 32% случаев, повышенное содержание CD56 в периферической крови – в 67%, провоспалительных цитокинов в слизи цервикального канала – в 56%, дисбаланс интерфероновой системы – в 98%.

3. Благодаря использованию современных лечебно-диагностических мероприятий в женской консультации со специализированным кабинетом по невынашиванию беременности и стационаром дневного пребывания, осложненное течение беременности снижилось. Частота угрожающего прерывания беременности на различных сроках уменьшилась в 1,7, раннего токсикоза – в 2,5, отслойки хориона и плаценты в 7,2, плацентарной недостаточности в 2,7, анемии в 3,1, гестоза в 2,9 раза.

4. Поэтапное внедрение бактериологических, вирусологических, иммунологических, иммуногенетических, гемостазиологических методов исследования привело к снижению количества самопроизвольных репродуктивных потерь – в 4,4 раза, снижению доли преждевременных родов – в 14,8 раз, увеличению доли своевременных родов – в 1,8 раз.

5. Частота планового оперативного родоразрешения увеличилась в 2,1 раза в основном за счет показаний со стороны плода, экстренного – снизилась в 5,7 раза. Частота послеродовых гнойно-септических осложнений снизилась в 2,3 раза, тромботических осложнений не отмечалось. Частота синдрома задержки развития плода снизилась в 5,7 раза, инфекционных заболеваний у новорожденных – в 2,7 раза. Отклонения в неврологическом статусе у детей к концу 1-го года жизни отмечались в 3,3 раза реже. Перинатальная смертность за период наблюдения отсутствовала.

Литература

1. Кирющенко П.А., Белоусов Д.М., Алексеева М.С. // Медицинский консилиум. – 2005. – №7, том. 7. – с.566–568.
2. Коноплева Т.Н., Лозовская Л.С., Сидельникова В.М., Алексеева М.С. // Акушерство и гинекология. – 2006. – №5. – с. 17–20.
3. Кирющенко П.А., Белоусов Д.М., Верясов В.Н., Менжинская И.В., Алексеева М.С. // Акушерство и гинекология. – 2009. – №5. – с. 15–19.
4. Александрова О.С., Кирющенко П.А., Белоусов Д.М., Алексеева М.С. // Мать и дитя: материалы X Рос. научн. форума. – М., 2009. – С.9

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ППБ – привычная потеря беременности
 ГКГС – главный комплекс гистосовместимости
 ХГЧ – хорионический гонадотропин человека
 АФА – антитела к фосфолипидам
 АФС – антифосфолипидный синдром
 ВА – волчаночный антикоагулянт
 ЛИТ – лимфоцитоиммунотерапия
 ИФН – интерферон
 ДВС – диссеминированное свертывание крови
 НЛА – лейкоцитарные антигены человека
 СДГ – сукцинатдегидрогеназа
 α-ГФГД – α-глицерофосфатдегидрогеназа
 КФ – кислая фосфотаза

Ушакова И.А.

Оптимизация тактики ведения беременности и родов у женщин с врожденными аномалиями желудочно-кишечного тракта и брюшной стенки плода

ФГУ «НЦАГИП им. В.И. Кулакова»

В последние годы в большинстве стран мира проблема врожденных пороков развития плода (ВПР) остается актуальной. По материалам ВОЗ частота врожденной патологии у детей составляет 4–5 %, а по данным ряда исследователей она достигает 7%.

Доля врожденных пороков развития органов пищеварения в структуре перинатальной и младенческой смертности составляет 6,3 и 12,2% соответственно. В структуре перинатальной смертности в Московской области ВПР желудочно-кишечного тракта занимают 4-е место (11,9%) после аномалий развития опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, множественных пороков развития.

Как показывает практика развитых стран, одним из основных слагаемых повышения эффективности хирургического лечения этих детей, снижения экономических затрат на выхаживание является оперативное лечение новорожденных по месту рождения в условиях перинатального центра. При этом устраняется ряд неблагоприятных факторов, оказывающих негативное влияние на исход операции, таких как переохлаждение, потеря времени на транспор-

тировку и адаптацию новорожденных, риск инфицирования.

В последние два десятилетия, благодаря внедрению и развитию современных методов пренатальной диагностики, совершенствованию неонатальной хирургической помощи в клинической практике значительно изменился подход к тактике ведения беременных с ВПР плода. Максимально полная и точная информация о характере и особенностях того или иного порока развития плода, диагностированного антенатально, позволяет акушеру-гинекологу, хирургу – неонатологу вместе с супружеской парой принять решение о целесообразности пролонгирования беременности, наиболее рациональной тактике ведения беременности и родов с учетом интересов как женщины, так и плода, сроках и методах хирургического лечения новорожденного.

Одним из перспективных направлений в области индивидуального прогнозирования развития ВПР является поиск маркеров, присущих для данной патологии. Большое значение это положение имеет для определения роли иммуногенетических механизмов и этиологических факторов. В настоящее время во-

просы, касающиеся установления взаимосвязей НЛА-комплекса с ВПР, с точки зрения прогнозирования риска возникновения аномалий, остаются малоизученными.

Существует гипотеза, согласно которой главный комплекс гистосовместимости сцеплен с так называемыми рецессивными летальными генами, что ведет к нарушениям репродуктивного процесса, порокам развития потомства, и повышает риск развития злокачественных новообразований. Согласно этой гипотезе, существуют два вида факторов, влияющих на репродуктивные нарушения и врожденную патологию: иммунологические и генетические. Данные эпидемиологических исследований демонстрируют, что злокачественные опухоли встречаются чаще у детей с различными аномалиями развития, а дети рождены, в свою очередь, преимущественно от матерей, имевших в анамнезе рецидивирующие спонтанные аборт и отягощенную наследственность по онкологическим заболеваниям.

В 2003 году в НЦ АГИП создано отделение хирургии новорожденных, где осуществляется программа по оказа-