

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РАЗВИТИЕ ХПН У БЕРЕМЕННЫХ

Шевченко Е.А.¹, Кондюров И.М.¹, Мишина Е.И.¹

¹ГБОУ ВПО «Нижегородская Государственная медицинская академия Минздрава России», Нижний Новгород, Россия (603950, Нижний Новгород, пл. Минина, 10/1), e-mail: el.shevchenko2010@yandex.ru

Одной из ключевых и до сих пор нерешенных проблем современного акушерства остается проблема хронической плацентарной недостаточности (ХПН), основными проявлениями которой являются гипоксия и внутриутробная задержка роста плода, ведущие к нарушению его роста и развития, а в худшем случае, даже может привести к гибели. Причинами ХПН являются инфекционно-воспалительные процессы урогенитального тракта и другой локализации. Инфекционная патология обуславливает осложненное течение беременности, невынашивание, преждевременные роды, плацентарную недостаточность, внутриутробное инфицирование плода и новорожденного, задержку развития плода. Инфекции, приводящие к развитию ХПН подразделяют на: ИППП, воспалительные заболевания малого таза, инфекционные осложнения послеродового периода, экстрагенитальные и нозокомиальные инфекции.

Ключевые слова: ХПН, инфекции беременных.

THE IMPACT OF INFECTIOUS-INFLAMMATORY DISEASES ON THE DEVELOPMENT OF ESRD OF PREGNANT WOMEN

Shevchenko E.A.¹, Kondyurov I.M.¹, Mishina E.I.¹

¹Nizhniy Novgorod State Medical Academy, Nizhniy Novgorod, Russia (603950, ¹Nizhniy Novgorod, Minin square, 10/1), e-mail: el.shevchenko2010@yandex.ru

One of the most important and still unsolved problems of modern obstetrics is the problem of chronic placental insufficiency (CRF), the main manifestations of which are hypoxia and intrauterine fetal growth retardation, leading to the violation of his growth and development, and in the worst case, can even lead to death. Causes of ESRD are infectious-inflammatory processes of the urogenital tract and other localization. Infectious pathology causes complications during the pregnancy, miscarriage, premature birth, placental insufficiency, intrauterine infection of the fetus and newborn, fetal development. Infections leading to the development of ESRD are divided into: STI, inflammatory diseases of small pelvis, infectious complications of the puerperium and extragenital nosocomial infections.

Keywords: chronic renal failure, infection of pregnant women.

Беременность сопровождается выраженными изменениями функций всех органов и систем женского организма, смысл которых сводится к одному - созданию оптимальных условий для развития плода и течения родового акта, причём ведущая роль плаценты в создании возможности протекания большинства обменных процессов между организмами матери и плода, что и определяет большой интерес исследователей к физиологии и патологии этого органа; на данный момент пятая часть всех детских смертей связано с плацентарной недостаточностью, которая обусловлена морфофункциональными изменениями в плаценте и нарушениями её компенсаторно-приспособительных механизмов [15].

Среди причин, приводящих к нарушениям родовой деятельности, особое внимание привлекает инфекционная патология беременных, и давно доказано, что инфекционно-воспалительные процессы оказывают негативное влияние на плаценту. Об этом

свидетельствуют высокая частота угрозы прерывания беременности, самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов у женщин с инфекционными заболеваниями полового аппарата и инфекциями другой локализации[5].

Инфекционная патология женских половых органов часто обуславливает воспалительные заболевания гениталий, хронические тазовые боли, осложненное течение беременности, а также привычное невынашивание, преждевременные роды, плацентарную недостаточность, задержку развития плода, внутриутробное инфицирование плода и новорожденного. Причём, известно, что при беременности организм женщины предрасположен к инвазии патогенных микроорганизмов и последующему их развитию, поэтому, инфекционные заболевания, встречающиеся во время гестационного процесса, подразделяют на: инфекции, передаваемые половым путем, воспалительные заболевания органов малого таза, инфекционные осложнения послеродового периода, а также экстрагенитальные и нозокомиальные инфекции[11].

Современное стремительное распространение оппортунистических инфекций и изменение особенностей микробиологического спектра оказывают негативное влияние на уровень здоровья населения, причём наиболее неблагоприятно это отражается на репродуктивной системе.[7]

И в этой связи в течение последних десятилетий одними из основных проблем акушерства являются инфекции у беременных, особое внимание уделяется изучению влияния инфекционно-воспалительных процессов на течение самого значимого события гестации – непосредственно родового акта, в частности на родовую деятельность; частота аномалий родовой деятельности у женщин, у которых есть урогенитальная хроническая инфекция, существенно превышает средние показатели по отношению ко всем родам, достигая 50%[10].

У детей ранний неонатальный период, при воздействии негативного характера, связанного с нарушением гестационного процесса, в том числе обусловленного внутриутробным инфицированием, характеризуется проявлением критических значений физиологических показателей, которые вызваны не только гемостазиологическими нарушениями в системе мать-плацента-плод, но и выявлением значительного дефицита ряда факторов свертывания крови, физиологических антикоагулянтов и компонентов фибринолиза; также обнаруживается прекращение плацентарного и включение легочного кровообращения, послеродовой гемолиз, которые происходят под воздействием “бактериального стресса” и ряда других сдвигов, создающих предпосылки для крайне негативных и опасных срывов в системе саморегуляции именно в этот период жизни[9].

Инфекции, передаваемые половым путём, занимают одно из ведущих мест в развитии невынашивания, причем исследования последних лет показали, что у женщин с синдромом потери плода вирусно-бактериальная колонизация плаценты встречается значительно чаще, чем у женщин с нормальным акушерским анамнезом. Соответственно, данная патология, учитывая ее распространенность, вносит значимый вклад в младенческую и перинатальную смертность[3].

Хроническая плацентарная недостаточность (ХПН), будучи одной из самых распространенных осложнений при беременности, часто сопровождается задержкой внутриутробного роста и развития плода, гипоксией, нарушением функций и структуры его жизненноважных органов, вот почему на данный момент и считается самой главной причиной перинатальной заболеваемости и смертности[17].

Этиологическая основа плацентарной недостаточности весьма разнообразна и зависит от множества факторов, которые принято делить на эндогенные и экзогенные. Эндогенными факторами можно считать морфологические нарушения плаценты, возникающие у будущей матери при генетических, эндокринных, инфекционных, иммунологических заболеваниях, а также под влиянием курения, и других различных вредных факторов окружающей среды, а также заболевания женщины, другого генеза, особенно на ранних сроках беременности; при этом достоверно установлено, что наиболее часто развитие плацентарной недостаточности есть результат инфекционного поражения плаценты беременной женщины.[13]

Особое место среди этиологических факторов занимают нарушения эндокринной системы, в частности заболевания щитовидной железы, диагностика которых в современном мире не представляет труда и является более доступной населению по сравнению с генетическими или иммунологическими исследованиями.[8]

Однако, влияние различных патологических факторов на функциональную активность плаценты и рост и развитие плода зависят не только от срока беременности, длительности воздействия, но и, собственно, от состояния компенсаторно-приспособительных механизмов в системе «мать – плацента – плод»[13].

К одной из наиболее часто диагностируемых инфекций мочеполового тракта относится хламидиоз – сексуально-трансмиссивная инфекция, ведущая к развитию воспалительных заболеваний урогенитальной системы и органов малого таза и оказывающая значительное влияние на репродуктивную функцию[17].

По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения, хламидиоз занимает второе место после урогенитального трихомониаза среди инфекций, передаваемых половым путем; хламидии выявляются у каждой второй женщины с хроническими воспалительными

процессами мочеполовой системы, у 70–80% – с привычным невынашиванием, у 40–50% – с трубным бесплодием. [12].

Урогенитальные микоплазмы относят к числу возбудителей внутриутробной инфекции, вызывающей в плацентах воспалительные, дистрофические и гемодинамические нарушения, которые могут приводить не только к выраженным морфологическим изменениям последа и его оболочек, но и к внутриутробной гибели плода[16].

Снижение функциональной активности эритроцитов в системе мать-плацента при обострении HVS-1,2 является одним из значимых факторов в патогенезе развития ХПН, высокий риск формирования которой имеется у 10% беременных с ранней плацентарной недостаточностью.

Таким образом, наличие недифференцированной формы дисплазии соединительной ткани у беременных с персистирующей инфекцией семейства вирусов герпес является клиническим предиктором риска реализации инфекционного процесса в плаценте с развитием субкомпенсированной фетоплацентарной недостаточности[4].

В случае заражения трихомонадной инфекцией или при активации хронического процесса, до формирования хориоамниотических оболочек, беременность может прерываться в результате самопроизвольного выкидыша. Если же заражение произошло на более поздних сроках, восходящая инфекция развивается редко. При этом, известно, что одно из наиболее частых проявлений урогенитальных инфекций у беременных женщин — фетоплацентарная недостаточность, которая характеризуется соответствующими эхографическими признаками, расстройством маточно-плацентарной и фетоплацентарной гемодинамики, нарушением реактивности сердечно-сосудистой системы плода[14].

Заключение

Отмеченные факты дают основание считать, что при наличии у беременных таких фоновых состояний, как острые и хронические инфекционные заболевания, самопроизвольное и искусственное прерывание предыдущих беременностей, экстрагенитальной патологии, их следует относить к группе риска по развитию плацентарной недостаточности[2].

У беременных с острой или обострением хронической инфекции крайне важно проведение мероприятий, направленных на борьбу с инфекцией и улучшение защитных резервов в системе мать – плацента – плод.

Можно выделить несколько основных направлений лечения беременных при плацентарной недостаточности:

- нормирование гемодинамики в плацентарной системе;
- усиление интенсивности газообмена;

- постоянное наблюдение и своевременный контроль реологических свойств крови;
- постоянная профилактика гиповолемии;
- поддержание онкотического давления крови.
- стабилизация сосудистого тонуса
- нормализация сократительной активности матки
- усиление работы антиоксидантной системы;
- уравнивание метаболических и обменных процессов между плодом и плацентой [14].

При плацентарной недостаточности инфекционного генеза, наряду с улучшением показателей гемодинамики и метаболизма в системе мать – плацента – плод, большое значение имеют профилактика и лечение острой инфекции или обострения хронической [1].

Таким образом, адекватное и своевременное лечение хронической ПН с использованием современных препаратов способствует повышению вероятности благоприятного исхода беременности и позволяет избежать прогрессирования нарушений в системе мать – плацента – плод [6].

Список литературы

1. Абрамченко В.В. Активное ведение родов. Санкт-Петербург, Издательство "СпецЛит", 2003.
2. Айламазян Э.К., Аржанова О.Н. Плацентарная недостаточность: диагностика и лечение: учебное пособие / О.Н. Аржанова, Н.Г. Кошелева и др. ; под ред. Э.К. Айламазяна. – СПб. : Издательство Н-Л, 2007. – 32 с
3. Глухова Б.И., Глухова Н.Г. Патология последа // Санкт-Петербург, «Грааль», 2002. – 448 с
4. Дорохова Л.Н. , Состояние фетоплацентарной системы у беременных с недифференцированными формами дисплазии соединительной ткани, носителей семейства герпес-вирусов , *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2010
5. Евсюкова И.И.// Журн. акуш. и жен. бол.-2004.-Вып.2. -С.26-29)
6. Климов В.А. Инфекционные болезни и беременность. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 288 с
7. Кулаков, В.И. Плацентарная недостаточность и инфекция: рук. для врачей / В.И. Кулаков, Н.В. Орджоникидзе, В.Л. Тютюнник. – М.: Медицина, 2004. – 494 с.)
8. Орлинская Н.Ю., Саранцев Б.В. Особенности морфологической диагностики заболеваний щитовидной железы. *Медицинский альманах*. 2011. № 2. С. 172-174.

9. Патент РФ № 2309754, 11.05.2005.
10. Потемина Т.Е. Эпидемиологические, патофизиологические и диагностические аспекты проблемы наличия микст-инфекции урогенитального тракта у лиц с алкоголизмом // Медицинский альманах. - 2012. - № 2. - С. 42 - 43.
11. Серов В.Н., Дубницкая Л.В., Тютюнник В.Л. Воспалительные заболевания органов малого таза: диагностические критерии и принципы лечения. Русский медицинский журнал. 2011; 19, 1 (395): 46–50
12. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции (вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клиникоморфологических сопоставлений) : практическое руководство. – СПб. : Элби СПб., 2002. – 352 с
13. Шевченко Е.А. Анализ заболеваемости урогенитальными инфекциями в Приволжском Федеральном Округе // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. - № 1. – С. 14 – 16.
14. Шевченко Е.А. Особенности изменения некоторых биохимических показателей крови при вирусных урогенитальных инфекциях // Вопросы вирусологии. – 2011. – Т. 56, № 2. – С. 39 – 41.
15. Gencay M, Koskiniemi M, Fellman V et al. Chlamydia trachomatis infection in mothers with preterm delivery and in their newborn infants. APMIS. 2001; 109 (9): 636–40.)
16. Kwak D.W., Hwang H.S., Kwon J.Y. et al. Co-infection with vaginal Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis increases adverse pregnancy outcomes in patients with preterm labor or preterm premature rupture of membranes // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. Early Online. 2013. Vol. 18. P. 1–5.
17. Costa, S.L. Screening for placental insufficiency in high-risk pregnancies: is earlier better? Costa S.L., Proctor L., Dodd J.M.// Placenta.- 2008. – N 12. – P. 34–40.

Рецензенты:

Артифексова А.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой патологической анатомии, ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, г. Нижний Новгород;

Потемина Т.Е., д.м.н., профессор, зав. кафедрой патологической физиологии, ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, г. Нижний Новгород.