

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОК С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА

© В.Ф. Беженарь¹, Л.А. Иванова², Е.В. Фредерикс², Р.И. Анашкина²

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург;

² ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург

Для цитирования: Беженарь В.Ф., Иванова Л.А., Фредерикс Е.В., Анашкина Р.И. Особенности соматического и репродуктивного статуса у пациенток с перинатальной гибелью плода // Журнал акушерства и женских болезней. — 2019. — Т. 68. — № 2. — С. 33–42. <https://doi.org/10.17816/JOWD68233-42>

Поступила: 20.12.2018

Одобрена: 06.02.2019

Принята: 18.03.2019

■ **Цель** — определить факторы риска перинатальных потерь и оценить возможности их прогнозирования.

Материал и методы исследования. Предметом для анализа послужили 307 случаев перинатальной гибели, произошедших в родовспомогательных учреждениях Ленинградской области (основная группа). Контрольная группа была представлена 357 женщинами, родившими живых детей, которые прожили 7 суток перинатального периода. Ретроспективный анализ проводили на основании индивидуальных карт беременной и родильницы, историй родов, историй развития новорожденного, протоколов исследования последа, протоколов вскрытия плода (новорожденного).

Результаты исследования. Проведен ретроспективный анализ социального (3 фактора), соматического (28 факторов) и репродуктивного статуса (15 факторов) пациенток с перинатальными потерями. Проанализирована возможность выявления группы риска и прогнозирования перинатальной гибели плода.

Заключение. Определены предикторы перинатальных потерь: особенности социального (отсутствие зарегистрированного брака и постоянного места работы, низкий уровень образования), соматического (сахарный диабет, патология сердечно-сосудистой системы, гипертоническая болезнь и артериальная гипертензия, хронические гемоконтактные инфекции) и репродуктивного статуса (позднее менархе, ранний сексуальный дебют, перенесенная инфекционная генитальная патология, роды в юном возрасте и др.).

■ **Ключевые слова:** гипоксия и гипотрофия плода; диспансерное наблюдение беременных; доплерометрия; перинатальная гибель плода; предотвратимые и не предотвратимые потери беременности.

SOMATIC FEATURES AND REPRODUCTION CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PERINATAL FETAL DEATH

© V.F. Bezhenar¹, L.A. Ivanova², E.V. Frederiks², R.I. Anashkina²

¹ Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia;

² Military Medical Academy named after S.M. Kirov, Saint Petersburg, Russia

For citation: Bezhenar VF, Ivanova LA, Frederiks EV, Anashkina RI. Somatic features and reproduction characteristics of patients with perinatal fetal death. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2019;68(2):33-42. <https://doi.org/10.17816/JOWD68233-42>

Received: December 12, 2018

Revised: February 6, 2019

Accepted: March 18, 2019

■ **Aims of study.** The current analysis was undertaken to determine risk factors for perinatal losses and assess the possibility of their prediction.

Study design, materials and methods. We analyzed 307 cases of perinatal death in obstetric facilities of the Leningrad region (main group). 357 women who gave birth to living children who lived 7 days of the perinatal period represented the control comparison group. A retrospective analysis was carried out based on medical hospital records: an examination of events during pregnancy, childbirth, postpartum, and early infancy, as well as afterbirth study findings and autopsy reports.

Results. We performed a retrospective analysis of the social (3 factors), somatic (28 factors), and reproductive (15 factors) statuses of patients with perinatal losses in order to try to assess the possibility of identifying risk groups and predicting perinatal and fetal mortality.

Conclusion. The predictors of perinatal mortality were determined, namely features of social status (absence of a marriage record and a permanent job, low level of education), somatic status (diabetes, cardiovascular pathology, arterial hypertension, chronic hemocontact infections), and reproductive status (late menarche, early sexual debut, previous infectious genital pathology, childbirth at a young age, etc.).

■ **Keywords:** Doppler velocimetry; hypoxia; intrauterine growth retardation; perinatal child death; pregnancy supervision; preventable and unpreventable pregnancy losing.

Перинатальная гибель плода — это гибель плода между 22 неделями беременности (при массе плода ≥ 500 г и длине ≥ 25 см) и седьмыми сутками (168 ч) после рождения (Приказ МЗ РФ от 27 декабря 2011 г. № 1687н) [1]. Термин «перинатальная смертность» подчеркивает единство этиологии и патогенетических механизмов, которые приводят к гибели плода в период внутриутробной жизни (антенатально), в момент родов (интранатально) и в первые 7 суток внеутробной жизни (постнатально) [2].

Значимость перинатальной смертности как проблемы современной медицины сложно переоценить. Ее уровень является комплексным показателем социального благополучия, экономического развития и уровня развития медицинской помощи любого государства. Мертворождаемость и ранняя неонатальная смертность — составляющие компоненты перинатальной смертности — оказывают влияние на такие показатели, как ожидаемая продолжительность жизни при рождении и суммарный коэффициент рождаемости, зафиксированные в Указе Президента РФ от 14 ноября 2017 г. № 548 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

В течение длительного времени (с 1992 по 2013 г.) Российская Федерация существовала в условиях депопуляции, и только с 2014 г. начался медленный естественный прирост численности населения за счет преобладания рождаемости над смертностью. Однако эта положительная тенденция просуществовала всего 3 года, и в 2017 г. был опять зарегистрирован отрицательный естественный прирост населения России [3]. При этом средний возраст населения Российской Федерации неуклонно увеличивался и в 2017 г. достигнул рекордной отметки в 39,7 года, что свидетельствует о так называемом «старении населения». Одновременно снизился и суммарный коэффициент родов на одну женщину (с 1,78 в 2016 г. до 1,76 в 2017 г.) [3]. Следует отметить, что перинатальная и младенческая смертность за последние годы имеет отчетливую положительную динамику, составив в 2015 г. 8,4 и 8,29 ‰,

а в 2016 г. — 7,6 и 7,89 ‰ соответственно. При сравнении младенческой смерти в Российской Федерации и других странах приходится отметить, что она в два и более раза превышает таковую в большинстве стран Европы (Италия, Испания — 2,7–2,9 ‰), более чем в 3 раза в странах Скандинавии (Финляндия — 1,7 ‰, Норвегия — 2,3 ‰). Российская Федерация по младенческой смертности в 2016 г. находилась на 64-м месте (из 225 стран), пропустив вперед Катар, Каймановы Острова, Сербию и др. (отчет ВОЗ, 2016).

Задачей современной медицины является своевременное выделение групп риска перинатальной гибели плода для разработки комплекса мероприятий по предотвращению подобного осложнения [4–6].

Основными причинами, приводящими к перинатальным потерям [7], являются:

- со стороны плода: внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах (48,9 %); врожденные anomalies развития (13,3 %), респираторные нарушения (8,9 %); инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода (5,3 %), врожденная пневмония (3,9 %); родовая травма (3,4 %);
- со стороны матери: состояния, не связанные с беременностью (сердечно-сосудистые заболевания, болезни обмена и др.) (32,6 %); осложнения беременности (гестоз; иммунологический конфликт по системам резус и АВ0) (10,6 %); осложнения со стороны плаценты, пуповины и плодных оболочек (28,6 %); осложнения родов и родоразрешения (7,3 %); токсические влияния, передающиеся через плаценту или грудное молоко (1,1 %).

В 23,5 % случаев перинатальных потерь причину установить не удается [7].

Все перинатальные потери делят на четыре группы в зависимости от степени предотвратимости [7]:

- 1) непредотвратимые потери — случаи смерти, вызванные причинами, влияние которых на плод (новорожденного) устранить невозможно (врожденные пороки развития, несовместимые с жизнью, генетические за-

- болевания, тяжелые формы гемолитической болезни, возникшие, несмотря на правильное ведение беременности, и др.);
- 2) условно предотвратимые потери — обусловлены факторами, действие которых устранить трудно, но возможно;
 - 3) предотвратимые потери — потери, вызванные факторами, неблагоприятное действие которых можно было устранить соответствующими лечебно-профилактическими мероприятиями (случаи, когда были допущены ошибки, отклонения от общепринятых принципов ведения беременности и родов);
 - 4) потери с невыясненной причиной — наблюдения, в которых причина смерти плода (новорожденного) неясна, определить степень ее предотвратимости невозможно.

В современных условиях задачей акушеров-гинекологов является предотвращение условно-предотвратимых и предотвратимых потерь и прогнозирование непредотвратимых потерь, чтобы исход беременности не стал неожиданностью ни для женщины, ни для врачей.

Цель работы — определение факторов риска перинатальных потерь и оценка возможности их прогнозирования.

Материалы и методы

Нами был проведен анализ 307 случаев перинатальной гибели детей в родовспомогательных учреждениях Ленинградской области за четыре года (основная группа). Группа сравнения была представлена 357 женщинами, родившими живых детей, которые прожили более 7 суток. Ретроспективный анализ проводили на основании данных медицинской документации: индивидуальной карты беременной и родильницы (форма № 111/у), истории родов (форма № 096/у), истории развития новорожденного (форма № 097/у), протокола исследования последа, протокола вскрытия плода (новорожденного). Для решения поставленных задач была разработана стандартизированная анкета, включавшая 252 пункта.

Статистический анализ полученных данных осуществляли с использованием программы Statistica 7 (Statsoft Inc., США). Параметры распределения выборки оценивали с помощью критерия Колмогорова – Смирнова. Методы описательной статистики включали в себя оценку среднего арифметического (M), средней ошибки среднего значения (m), среднеквадратического отклонения (σ) — для при-

знаков, имеющих непрерывное распределение; а также частоты встречаемости признаков с дискретными значениями. Для определения статистической значимости различий между количественными параметрами использовали критерий Манна – Уитни для независимых групп. Статистическую обработку качественных признаков проводили с использованием критерия χ^2 , χ^2 с поправкой Йетса, критерия Фишера, рассчитывали отношение шансов (OR). Критерием статистической достоверности полученных результатов считали общепринятую в медицинской статистике величину $p < 0,05$.

Результаты исследования

Случаи непредотвратимых потерь (их структура представлена в табл. 1) были исключены из дальнейшего исследования.

Летальные врожденные пороки развития (ВПР) плода были представлены врожденными пороками легких (гипоплазией, в том числе с бронхолегочной кистой); врожденными пороками сердца (гипоплазией левых отделов сердца в сочетании с пороками развития аорты, трехкамерным сердцем с общим предсердием, дефектами межжелудочковой перегородки, дефектами межпредсердной перегородки, гипоплазией правых отделов с атрезией легочного клапана); врожденными пороками центральной нервной системы (анэнцефалия) и др. (нарушение печеночного кровотока с развитием анемии, диафрагмальная грыжа). Из хромосомных аномалий отмечались мозаичная форма синдрома Шерешевского – Тернера (кариотип 45X/46XX), синдромы Эдвардса, Патау и Дауна (в том числе прерывание по медицинским показаниям в сроке более 22 недель).

Таким образом, в 78 (25,4 %) случаях перинатальные потери могут быть расценены как непредотвратимые.

Оценка социального статуса пациенток представлена в табл. 2.

Сорок процентов пациенток основной группы не работает, что почти в два раза больше,

Таблица 1 / Table 1

Структура непредотвратимых потерь Unpreventable pregnancy loss distribution

Показатель	n, %
Врожденные пороки развития плода	56 (18,2 %)
Токсические влияния (наркомания, алкоголизм матери)	22 (7,2 %)

Таблица 2 / Table 2

Социальный статус пациенток исследуемых групп
Social status of patients of the studied groups

Показатель	Основная группа (n = 307)	Контрольная группа (n = 357)	Достоверность различия, p
Брак зарегистрирован	168 (54,7 %)	257 (72 %)	<0,001
Имеют постоянное место работы	184 (60,5 %)	279 (78,2 %)	<0,001
Образование:			
начальное	56 (18,6 %)	0	<0,001
среднее	194 (64,5 %)	86 (24,1 %)	<0,001
высшее	51 (16,9 %)	272 (75,9 %)	<0,001

Таблица 3 / Table 3

Экстрагенитальная патология у пациенток исследуемых групп
Extragenital pathology in patients of the studied groups

Показатель	Основная группа (n = 307)	Контрольная группа (n = 357)	Достоверность различия, p
Патология сердечно-сосудистой системы	71 (23,2 %)	56 (15,7 %)	<0,05
Гипертоническая болезнь и симптоматическая артериальная гипертензия	49 (16,0 %)	19 (5,3 %)	<0,01
Патология ЛОР-органов	63 (20,5 %)	130 (36,4 %)	<0,01
Хронический тонзиллит	11 (3,6 %)	107 (30,0 %)	<0,01
Патология желудочно-кишечного тракта и печени	33 (10,8 %)	76 (21,3 %)	<0,01
Перенесенный гепатит А	11 (3,6 %)	13 (3,6 %)	>0,05
Патология мочевыделительной системы	62 (20,2 %)	103 (28,9 %)	<0,05
Хронический пиелонефрит	50 (16,3 %)	60 (16,8 %)	>0,05
Сахарный диабет	4 (1,3 %)	1 (0,3 %)	>0,05
Патология щитовидной железы	30 (9,8 %)	74 (20,7 %)	<0,01
Аллергические заболевания	12 (3,9 %)	28 (7,8 %)	<0,05
Заболевания кожи	8 (2,6 %)	25 (7,0 %)	<0,05
Ревматические болезни	3 (1,0 %)	7 (2,0 %)	>0,05
Травмы	11 (3,6 %)	21 (5,9 %)	>0,05
Сотрясение головного мозга	5 (1,6 %)	12 (3,4 %)	>0,05
Травмы таза	1 (0,3 %)	4 (1,1 %)	>0,05
Опухоли	5 (1,63 %)	17 (4,8 %)	<0,05
Заболевания сосудов	19 (6,2 %)	66 (18,5 %)	<0,01
Патология гемостаза	6 (2,0 %)	43 (12,0 %)	<0,01
Патология периферических нервов	8 (2,6 %)	28 (7,8 %)	<0,01
Патология головного мозга и психиатрическая патология	6 (2,0 %)	9 (2,5 %)	>0,05
Патология зрения	26 (8,5 %)	83 (23,3 %)	<0,01
Перенесенные операции	22 (7,2 %)	29 (8,1 %)	>0,05
Гемоконтактные инфекции	51 (16,6 %)	14 (3,9 %)	<0,01
«Здоровы»	90 (29,31 %)	51 (14,3 %)	<0,05
Вредные привычки:			
курение	79 (25,7 %)	22 (6,2 %)	<0,01
алкоголизм	7 (2,3 %)	1 (0,4 %)	<0,01
наркомания	15 (4,9 %)	0	<0,01

чем в основной группе. Пациентки основной группы в 1,5 раза чаще живут в незарегистрированном браке. При анализе уровня образования пациенток основной и контрольной групп обращает на себя внимание, что только начальное образование имела каждая пятая пациентка основной группы, а в контрольной группе таких пациенток не было; только среднее образование в основной группе имело в два раза больше пациенток, чем в контрольной. В контрольной группе основная масса пациенток ($3/4$) имела высшее образование, что более чем в четыре раза больше, чем в основной группе. Таким образом, общий образовательный уровень в основной группе пациенток был достоверно ниже, чем в контрольной, при этом основная масса женщин основной группы имела среднее и начальное образование, тогда как в контрольной группе основная масса имела высшее образование.

Была также проведена оценка соматического статуса пациенток исследуемых групп. Результаты представлены в табл. 3.

При анализе экстрагенитальной патологии необходимо принимать во внимание, что большинство пациенток контрольной группы прошли прегравидарную подготовку и профилактические осмотры врачей-специалистов: осмотр терапевта, ЛОР-врача, окулиста, невропатолога, дерматолога и гематолога, поэтому заболевания вышеперечисленных систем были в контрольной группе лучше диагностированы. В основной группе диагностика всех патологических состояний осуществлялась по обращаемости, то есть проблемы со здоровьем были более выраженные и заставляли пациентку обращаться к врачу. Соответственно, пациентки основной группы более чем в два раза чаще считали себя «здоровыми», о чем и сообщали врачу-акушеру при первом визите в женскую консультацию. При анализе экстрагенитальной заболеваемости у пациенток основной группы отмечалась достоверно большая частота сахар-

ного диабета (в пять раз чаще, чем в контрольной группе), патологии сердечно-сосудистой системы (в 1,5 раза чаще), гипертонической болезни и симптоматической артериальной гипертензии (в три раза чаще). В основной группе гемоконтактные инфекции (сывороточные гепатиты и ВИЧ-инфекция) до беременности выявлялись более чем в четыре раза чаще, чем в контрольной группе.

В основной группе достоверно чаще встречались и вредные привычки: курение (более чем в четыре раза чаще), алкоголизм (более чем в шесть раз чаще); наркомания встречалась только в основной группе.

Оценка соматического здоровья мужа представлена в табл. 4.

Соматическое здоровье мужа (полового партнера/отца ребенка) женщина оценивала сама, врач записывал данные со слов женщины. В контрольной группе все пациентки отметили, что муж здоров, в основной группе беременные отмечали, что муж страдает тяжелой хронической соматической патологией: гемоконтактными инфекциями (ВИЧ-инфекцией, сывороточные гепатиты), циррозом печени, алкоголизмом, наркоманией, туберкулезом.

Гинекологический анамнез пациенток обеих групп представлен в табл. 5

При сравнении среднего возраста менархе в двух исследуемых группах оказалось, что он достоверно больше в основной группе. Возраст менархе у пациенток основной и контрольной групп и стандартное отклонение представлены на рис. 1. Возраст первого полового контакта в основной группе был достоверно меньше, то есть для женщин данной группы характерно раннее начало половой жизни. Возраст первого полового контакта у пациенток основной и контрольной групп и стандартное отклонение представлены на рис. 2.

При анализе неинфекционной генитальной патологии было установлено, что частота нарушений менструального цикла в обеих группах

Таблица 4 / Table 4

Соматическое здоровье мужа Somatic health of the husband

Показатель	Основная группа (n = 307)	Контрольная группа (n = 357)	Достоверность различия, p
Хроническая соматическая патология	12 (3,9 %)	0 %	<0,01
Алкогольная зависимость	1 (0,3 %)	0 %	<0,01
Наркотическая зависимость	3 (1,0 %)	0 %	<0,01
Гемоконтактные инфекции	9 (2,9 %)	0 %	<0,01

Таблица 5 / Table 5

Гинекологический анамнез пациенток исследуемых групп
Gynecological history of patients of the studied groups

Показатель	Основная группа (n = 307)	Контрольная группа (n = 357)	Достоверность различия, p
Срок менархе	13,59 ± 0,17	13,24 ± 0,14	<0,01
Возраст первого полового контакта	17,31 ± 0,33	18,53 ± 0,26	<0,01
Нарушение менструального цикла	23 (7,5 %)	36 (10,1 %)	>0,05
Миома матки	10 (3,3 %)	28 (7,8 %)	<0,01
Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников	14 (4,65 %)	22 (6,2 %)	<0,01
Полипы эндометрия и шейки матки	1 (0,3 %)	8 (2,2 %)	<0,01
Эндометриозная болезнь	1 (0,3 %)	9 (2,5 %)	<0,01
Перенесенные гинекологические операции	17 (5,5 %)	67 (18,8 %)	<0,01
Хронический аднексит	32 (10,4 %)	29 (8,1 %)	>0,05
Эктопия шейки матки	82 (26,7 %)	141 (39,5 %)	<0,01
Лечение эктопии шейки матки	11 (3,6 %)	33 (9,2 %)	<0,01
Инфекционная генитальная патология	110 (35,8 %)	170 (47,6 %)	<0,01
Генитальные инфекции:			
не выявлялись	275 (89,6 %)	202 (56,6 %)	<0,01
одна	17 (5,5 %)	94 (26,3 %)	<0,01
две	12 (3,9 %)	41 (11,5 %)	<0,01
три	3 (1,0 %)	14 (3,9 %)	<0,01
четыре	–	4 (1,1 %)	<0,01
пять и более	–	2 (0,6 %)	<0,01
Первичное бесплодие	7 (2,3 %)	8 (2,2 %)	>0,05
Вторичное бесплодие	5 (1,6 %)	18 (5,0 %)	>0,05

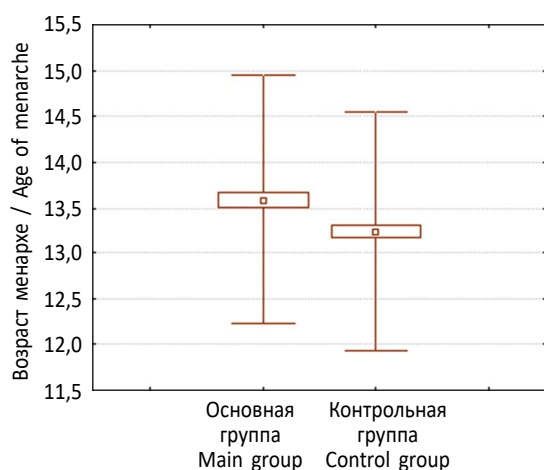


Рис. 1. Возраст менархе у пациенток основной и контрольной групп

Fig. 1. Mean age of menarche for the main and control groups

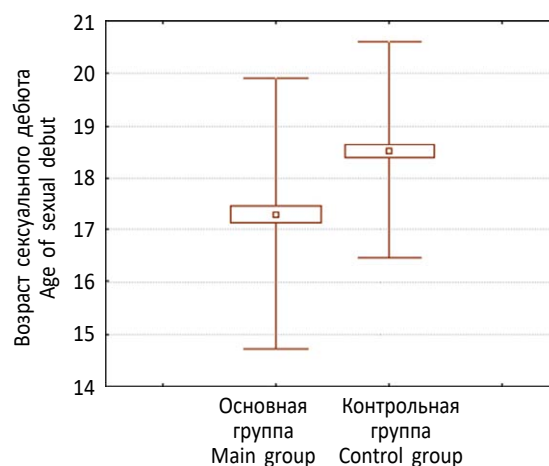


Рис. 2. Возраст сексуального дебюта у пациенток основной и контрольной групп

Fig. 2. Mean age of sexual debut for the main and control groups

Таблица 6 / Table 6

Акушерский анамнез пациенток исследуемых групп
Obstetric history of patients of the studied groups

Показатель	Основная группа (n = 283)	Контрольная группа (n = 357)	Достоверность различия, p
Возраст	27,33 ± 0,66	30,69 ± 0,55	<0,001
Первородящие старшего возраста	25 (8,1 %)	83 (23,3 %)	<0,001
Повторнородящие старшего возраста	8 (2,6 %)	18 (5 %)	>0,05
Юные первородящие	6 (1,95 %)	1 (0,3 %)	<0,05
Беременность по счету	3,08 ± 0,31 (1–25)	2,5 ± 0,19 (1–18)	<0,05
Беременность по счету:			
первая	94 (30,6 %)	137 (38,4 %)	<0,05
вторая	66 (21,5 %)	86 (24,1 %)	>0,05
третья	45 (14,7 %)	61 (17,1 %)	>0,05
четвертая	39 (12,7 %)	28 (7,8 %)	<0,05
пятая	26 (8,5 %)	24 (6,7 %)	>0,05
шестая и более	37 (12,1 %)	21 (5,9 %)	<0,05
Роды по счету	1,83 ± 0,12 (1–7)	1,47 ± 0,07 (1–4)	<0,05
Роды по счету:			
первые	144 (46,9 %)	213 (59,7 %)	<0,05
вторые	101 (32,8 %)	120 (33,6 %)	>0,05
третьи	43 (14,0 %)	23 (6,4 %)	<0,05
четвертые	13 (4,2 %)	1 (0,3 %)	<0,05
пятые и более	4 (1,3 %)	–	<0,05
Отягощенный акушерский анамнез	153 (49,8 %)	166 (49,5 %)	>0,05
Аборт перед первыми родами	34 (11,1 %)	55 (15,4 %)	>0,05
Два и более абортов перед повторными родами	60 (19,5 %)	28 (7,8 %)	<0,05
Внематочная беременность	2 (0,7 %)	10 (2,8 %)	>0,05
Несостоявшийся выкидыш	11 (3,6 %)	14 (3,9 %)	>0,05
Самопроизвольный выкидыш	43 (14 %)	36 (10,1 %)	>0,05
Преждевременные роды	27 (9,4 %)	10 (2,8 %)	<0,05
Рождение детей с врожденными пороками развития	4 (1,3 %)	6 (1,7 %)	>0,05
Осложненная беременность	15 (4,9 %)	14 (3,9 %)	>0,05
Осложненные роды	33 (10,8 %)	32 (9 %)	>0,05
Перинатальная гибель плода	13 (4,2 %)	9 (2,5 %)	>0,05
Кесарево сечение в анамнезе	25 (8,2 %)	35 (9,8 %)	>0,05

достоверно не отличалась. Миома матки, полипы эндометрия и цервикального канала, эндометриозидная болезнь, опухолевидные заболевания и доброкачественные опухоли яичников достоверно чаще встречались у пациенток контрольной группы. По поводу перечисленных выше заболеваний достоверно чаще оперативное лечение получали пациентки контрольной группы. Инфекционная генитальная патология (эндометриты, кольпиты, вульвиты, бактериальный вагиноз, цервицит и бартолинит) наблюдалась достоверно чаще в основной группе.

Хронический аднексит в основной группе диагностировали в 1,5 раза чаще (различия недостоверны).

Эктопия шейки матки достоверно чаще выявлялась в контрольной группе, и именно в этой группе почти в четыре раза чаще проводилось лечение данной патологии. Причем для лечения эктопии в основной группе применяли только диатермоэксцизию, а в контрольной группе основным методом лечения была лазерная вапоризация и медикаментозная терапия. Генитальные инфекции, передающиеся поло-

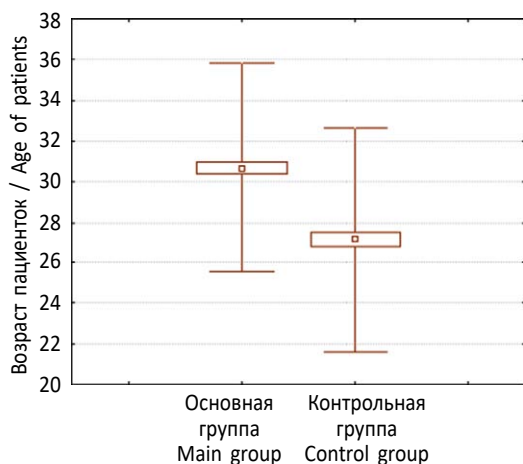


Рис. 3. Возраст пациенток основной и контрольной групп при постановке на учет по беременности

Fig. 3. Mean age of patients in the main and control groups when registering for pregnancy

вым путем, у пациенток контрольной группы в анамнезе встречались в четыре раза чаще, чем у пациенток основной группы (различия достоверны). При этом в основной группе у беременных при постановке на учет в анамнезе присутствовали 1–3 инфекционных агента, тогда как у пациенток контрольной группы — от 1 до 5. Как правило, пациентки контрольной группы узнавали о наличии у них данной патологии в процессе прегравидарной подготовки, когда проходили соответствующее обследование и дальнейшее лечение. У пациенток основной группы выявление инфекционных агентов происходило в различные периоды их жизни и не всегда сопровождалось дальнейшим лечением. Контрольного обследования до получения отрицательных результатов не было проведено ни в одном случае.

И первичное и вторичное бесплодие встречалось у пациенток обеих групп с одинаковой частотой.

Акушерский анамнез пациенток исследуемых групп представлен в табл. 6.

Возраст пациенток основной группы на момент постановки на учет по беременности был достоверно меньше, чем в контрольной. Возраст пациенток при постановке на учет и стандартное отклонение представлены на рис. 3.

Обращает на себя внимание достоверно большее, чем в контрольной группе, число юных первородящих (в 7 раз больше), при этом число и первородящих и повторнородящих старшего возраста больше в контрольной группе.

Количество беременностей у пациенток основной группы было достоверно больше,

чем в контрольной. В основной группе диагностирована первая — двадцать пятая беременность, в контрольной группе зафиксирована первая — восемнадцатая. При этом первая беременность достоверно чаще встречалась у пациенток контрольной группы, частота второй и третьей по счету беременностей достоверно не различалась и вторая и третья по счету беременности наблюдались с одинаковой частотой и в основной и в контрольной группе, пятая беременность чаще встречалась в основной группе (различия недостоверны), четвертая, шестая и более достоверно чаще (в два раза) отмечены у пациенток основной группы. Порядковый номер родов в основной группе также был достоверно выше, чем в контрольной. Вместе с тем первые роды достоверно чаще встречались в контрольной группе, вторые роды — в обеих группах с одинаковой частотой. Третьи роды в основной группе были в два раза чаще, чем в контрольной, четвертые — более чем в десять раз чаще, пятых и более в контрольной группе не было вовсе (различия достоверны).

В обеих группах акушерский анамнез был отягощен примерно у половины пациенток. Частота аборта перед первыми родами, замерших, внематочных беременностей достоверно не различалась. Таким образом, акушерский анамнез у первородящих женщин основной и контрольных групп достоверных различий не имел.

Повторнородящие достоверно чаще перенесли два и более абортов перед повторными родами: более чем в два раза чаще в основной группе, чем в контрольной. Преждевременные роды в анамнезе встречались в основной группе более чем в три раза чаще (различия достоверны). Почти в два раза чаще, чем в контрольной, в основной группе отмечалась перинатальная гибель плода в анамнезе (различия не достоверны). Осложненное течение беременности и родов, оперативное родоразрешение в анамнезе, рождение детей с различными врожденными пороками развития в обеих группах были выявлены с одинаковой частотой.

Выводы

1. Социальными предпосылками перинатальных потерь являются наличие не зарегистрированного в органах загса брака, отсутствие постоянного места работы, среднее и начальное образование (все различия достоверны).
2. Пациентки основной группы более чем в два раза чаще (по сравнению с контрольной

группой) считают себя «здоровыми», о чем и сообщали врачу-акушеру при первом визите в женскую консультацию, хотя при обследовании во время беременности выявлялись хронические соматические и инфекционные заболевания.

3. В группу риска по перинатальным потерям входят беременные с сахарным диабетом (в пять раз чаще, чем в контрольной группе), патологией сердечно-сосудистой системы (в 1,5 раза чаще), гипертонической болезнью и симптоматической артериальной гипертензией (в три раза чаще), гемоконтактными инфекциями (сывороточные гепатиты, ВИЧ-инфекция — более чем в четыре раза чаще, чем в контрольной группе).
4. Риск перинатальных потерь повышают курение (более чем в четыре раза чаще в основной группе), алкоголизм (более чем в шесть раз чаще), наркомания (встречалась только в основной группе).
5. При анализе гинекологического анамнеза выяснено, что предикторами перинатальных потерь выступают возраст менархе 13 лет 6 месяцев и старше, ранний половой дебют (до 18 лет), инфекционная генитальная патология (эндометрит, вагинит, цервицит, бартолинит).
6. Прогностически неблагоприятными в плане перинатальных потерь также являются первые роды в возрасте до 18 лет, предстоящие четвертые и более роды, выполнение двух и более аборт перед повторными родами, преждевременные роды в анамнезе.

Литература

1. legalacts.ru [интернет]. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России). Приказ от 27 декабря 2011 г. № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» [доступ от 18.03.19]. Доступ по ссылке <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdravsotsrazvitiya-rf-ot-27122011-n-1687n/> [legalacts.ru [Internet]. Ministerstva zdravookhraneniya i sotsial'nogo razvitiya Rossiyskoy Federatsii (Minzdravsotsrazvitiya Rossii). Prikaz ot 27 dekabrya 2011 g. No 1687n "O meditsinskikh kriteriyakh rozhdeniya, forme dokumenta o rozhdenii i poryadke ego vydachi" [cited 18.03.19]. Available from: <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdravsotsrazvitiya-rf-ot-27122011-n-1687n/> (In Russ.)]
2. Основы перинатологии / Под ред. Н.П. Шабалова, Ю.В. Цвелева. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 576 с. [Osnovy perinatologii. Ed. by N.P. Shabalov, Y.V. Tsvelev. Moscow: MEDpress-inform; 2004. 576 p. (In Russ.)]
3. Федеральная служба государственной статистики. Демографический ежегодник России. 2017. — М., 2017. — 265 с. [Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki. Demograficheskiy ezhegodnik Rossii. 2017. Moscow; 2017. 265 p. (In Russ.)]
4. Внутритробное развитие человека / Под ред. А.П. Милованова, С.В. Савельева. — М.: МДВ, 2006. — 384 с. [Vnutritrobnoe razvitiye cheloveka. Ed. by A.P. Milovanov, S.V. Savel'ev. Moscow: MDV; 2006. 384 p. (In Russ.)]
5. Врожденные и перинатальные инфекции: предупреждение, диагностика, лечение / Под ред. М.Л. Ньюэлла, Дж.Дж. Мак-Интайра. — СПб., 2004. — 439 с. [Vrozhdennyye i perinatal'nyye infektsii: preduprezhdeniye i perinatal'nyye infektsii: preduprezhdeniye, diagnostika, lecheniye. Ed. by M.L. Newell, J.J. McIntayr. Saint Petersburg; 2004. 439 p. (In Russ.)]
6. Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. — М., 2004. — 494 с. [Kulakov VI, Ordzhonikidze NV, Tyutyunik VL. Platsentarnaya nedostatatochnost' i infektsiya. Moscow; 2004. 494 p. (In Russ.)]
7. Фролова О.Г., Токова З.З. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы и репродуктивное здоровье // Акушерство и гинекология. — 2005. — № 1. — С. 3–6. [Frolova OG, Tokova ZZ. Main indices of the activity of obstetric-and-gynecological service and reproductive health. *Akush Ginekol (Mosk)*. 2005;(1):3-6. (In Russ.)]

■ Информация об авторах (Information about the authors)

Виталий Федорович Беженарь — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии. ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург. <https://orcid.org/0000-0002-7807-4929>.
E-mail: bez-vitaly@yandex.ru.

Лидия Алексеевна Иванова — канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург. <https://orcid.org/0000-0001-6823-3394>.
E-mail: lida.ivanova@gmail.com.

Vitaliy F. Bezhenar — MD, PhD, DSci (Medicine), Professor, the Head of the Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences. Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia. <https://orcid.org/0000-0002-7807-4929>. E-mail: bez-vitaly@yandex.ru.

Lidia A. Ivanova — MD, PhD, Associate Professor. The Department of Obstetrics and Gynecology, Military Medical Academy named after S.M. Kirov, Saint Petersburg, Russia. <https://orcid.org/0000-0001-6823-3394>. E-mail: lida.ivanova@gmail.com.

Елена Вадимовна Фредерикс — ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург.
E-mail: rd13@zdrav.spb.ru.

Раиса Ивановна Анашкина — ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург.

Elena V. Frederiks — MD, Assistant. The Department of Obstetrics and Gynecology, Military Medical Academy named after S.M. Kirov, Saint Petersburg, Russia. **E-mail:** rd13@zdrav.spb.ru.

Raisa I. Anashkina — MD, Assistant. The Department of Obstetrics and Gynecology, Military Medical Academy named after S.M. Kirov, Saint Petersburg, Russia.