

## Предикторы многоводия и осложнения родов у беременных группы повышенного перинатального риска

### Введение

Многоводие – акушерская патология, в 60-80% случаев сопряженная с инфекционными осложнениями беременности или бессимптомной колонизацией околоплодных вод микроорганизмами [1]. По скорости развития оно бывает острым – развивается во II триместре беременности, сопровождается выраженными явлениями слабости, тяжести в животе, болями в области сердца и хроническим – возникающим в III триместре и не имеющим выраженных клинических проявлений за счет постепенной адаптации организма беременной к медленному накоплению амниотической жидкости [1].

### Цель

Исследовать взаимосвязь многоводия и патологии беременности и родов.

Материалы и методы Согласно клиническим протоколам обследованы 106 пациенток группы повышенного перинатального риска. Беременные были разделены на группу А (33 человека во II триместре беременности) и группу Б (73 женщины в III триместре гестации). В каждой группе были выделены подгруппы 1 (обследованные с многоводием) и 2 (пациентки с нормальным объемом околоплодных вод). Патологогистологическое исследование последов было выполнено по стандартной методике [2]. Перинатальный риск оценен в баллах по шкале пренатальных и интранатальных факторов [3]. Статистический анализ: определяли долю и стандартную ошибку доли ( $P \pm Sp\%$ ), вычисляли критерий Манна-Уитни  $U$ , Вальда-Вольфовица, ранговой корреляции Спирмена, проводили логистический регрессионный анализ (пакет прикладных программ Statistica 6.0).

Результаты и обсуждение. Женщины групп А и Б были сопоставимы по степени перинатального риска ( $13,7 \pm 3,1$  и  $13,6 \pm 3,4$  баллов, соответственно). Частота многоводия в обеих группах составила  $72,7 \pm 7,8\%$  и  $56,1 \pm 5,8\%$ , соответственно. У обследованных группы Б эрозия шейки матки до беременности диагностирована в  $46,6 \pm 5,7\%$ , а у беременных группы А - в  $45,5 \pm 8,7\%$  случаев. Вагинит накануне родов в 1,6 раза чаще наблюдался у женщин группы Б, чем в группе А -  $32,9 \pm 5,5\%$  и  $21,2 \pm 7,1\%$ , соответственно. Ожирением в 1,6 раза чаще страдали пациентки, обследованные во втором триместре, чем в третьем -  $15,2 \pm 6,2\%$  против  $9,6 \pm 3,5\%$  случаев.

С помощью критерия Манна-Уитни установлено, что в группах А и Б есть статистические различия в возрасте пациенток с многоводием и нормальным объемом амниотической жидкости -  $z=2,2$ ,  $p=0,03$  (в обеих группах). Повышение объема околоплодных вод ассоциировано с наличием сальпингофорита в анамнезе, связь прямая умеренной силы,  $rs = 0,4$ ,  $p < 0,001$ , что объяснимо присутствием микроорганизма в латентной форме и инфекционным генезом этой патологии. Также нами выявлена прямая корреляционная связь умеренной силы со степенью перинатального риска,  $rs = 0,4$ ,  $p < 0,001$ , так как многоводие является одним из факторов, оцениваемых в данной шкале.

В ходе исследования нами установлено, что повышение объема околоплодных вод во втором триместре беременности сопряжено с развитием петрификатов, инфарктов, выпадения фибриноида в плаценте ( $\beta = -26,4$ ;  $p = 0,04$ , что позволяет отклонить нулевую гипотезу и принять альтернативную об ассоциации признаков) в последующем. Ишемические поражения последа приводят к ухудшению его функциональных резервов для обеспечения дыхания плода, что может быть фоном для

возникновения плацентарной недостаточности.

Увеличение объема околоплодных вод у пациенток группы Б сопряжено с вагинитом накануне родов,  $z=-2,4$ ,  $p=0,02$ , так как на этом фоне возможно инфицирование нижнего полюса плодного яйца или хроническое многоводие сопровождается изменением локального иммунитета у беременных. Многоводие в третьем триместре гестации связано с развитием хронической гипоксии плода ( $\beta=29,9$ ;  $p<0,001$ ), что является риском возникновения антенатальной и интранатальной гибели плода. Повышенный объем амниотической жидкости в сроке беременности 28-40 недель ассоциирован с преждевременным и ранним излитием околоплодных вод ( $\beta=41,7$ ;  $p=0,01$ ), что может быть фактором риска развития инфекционных осложнений со стороны матери и плода и требует активного ведения родов. В случае осложнения беременности многоводием в III триместре нами выявлена ассоциация его с травматизмом в родах – рассечением промежности или её разрывом ( $\beta=40,4$ ;  $p<0,001$ ). Это может быть следствием необходимости укорочения второго периода родов при хронической гипоксии плода, а также иметь сходные звенья патогенеза с диффузной слабостью соединительной ткани.

**Заключение.** В результате исследования нами выявлены статистически значимые ассоциации между возникновением многоводия и сальпингоофоритом в анамнезе, вагинитом накануне родов, преждевременным и ранним излитием околоплодных вод, хронической гипоксией плода, а также выявлена связь с ишемическими поражениями последа и травматизмом в родах. Вышперечисленное является факторами риска перинатальной патологии и требует активного наблюдения за беременностью, осложненной многоводием.

#### Литература

1. *Современные представления о внутриутробной инфекции / О.В. Макаров [и др.] // Акушерство и гинекология – 2004, - № 1. – С. 10-12.*
2. *Сапожников, А.Г. Гистологическая и микроскопическая техника: руководство / А.Г. Сапожников, А.Е. Доросевич. – Смоленск: САУ, 2000. – 476 с.*
3. *Чернуха, Е.А. Родовой блок. Руководство для врачей / Е.А. Чернуха. 3-е издание. Москва, «Триада Х», 2003. – С. 65–76.*