

УДК 618.1:618.5:616-055.2

## ГЕНИТАЛЬНЫЕ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТЕРИ И РОЖДЕНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

### MOTHER'S GENITAL AND EXTRAGENITAL DISEASE AND THE BIRTH OF PREMATURE INFANTS

©Жумалиева Э. К.,

Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызстан, e\_jumaliev@mail.ru

©Jumaliev E.,

National center for maternal and child welfare,  
Bishkek, Kyrgyzstan, e\_jumaliev@mail.ru

*Аннотация.* В статье представлены результаты ретроспективной оценки в течение 2008–2010 гг. у 98 матерей с генитальными и экстрагенитальными заболеваниями, у которых родились недоношенные дети с очень низкой массой тела (ОНМТ) и с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

Преждевременные роды напрямую отражают состояние здоровья беременной женщины. Основными причинами рождения недоношенных детей, является инфекция, тяжелые соматическое состояние матери, осложнения беременности.

Обследовано 98 пациентов, выполнен статистический анализ и сделаны основные выводы по результатам работы. Выявлено наличие психологического стресса во время беременности у матерей детей с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела.

Приведены данные по соматическому статусу матерей.

*Abstract.* The article predicts the results of retrospective evaluation from 2008 to 2010. 98 mothers with genital and extragenital diseases, who had preterm infants with very low birth weight (BMI) and extremely low birth weight (BMI).

Premature births directly reflect the health status of a pregnant woman. The main causes of premature births, is an infection, severe somatic condition of the mother, complications of pregnancy.

The study involved 98 patients, and statistical analysis is made basic findings of the operation. The presence of psychological stress during pregnancy in mothers of children with very low body weight and extremely low body weight has been revealed.

Data on the somatic status of mothers are given.

*Ключевые слова:* недоношенные дети, низкая масса тела, экстремально низкая масса тела.

*Keywords:* premature infants, very low body weight, extremely low body weight.

*Актуальность.* Жажда материнства — одно из самых сильных и властных чувств нормальной женщины. Нет таких трудностей, таких жертв, на которые не рискнула бы пойти женщина ради того что бы стать матерью.

В настоящее время известно, что этиология невынашивания чрезвычайно разнообразна, причин, вызвавших преждевременное прерывания беременности, однако, не всегда можно выделить какой-либо один фактор, вызывающий преждевременные роды.

В сложном биологическом процессе, каким является беременность и роды, в том числе и преждевременные, взаимодействует целый комплекс факторов. При этом одни и те же причины в одном случае могут быть предрасполагающими, в другом — ведущими, разрешающими. Преждевременные роды напрямую отражают состояние здоровья беременной женщины. Основными причинами рождения недоношенных детей, является инфекция, тяжелые соматическое состояние матери, осложнения беременности (тяжелая преэклампсия, синдром задержки развития плода и др.)

По мнению Беккер С. М. (1975) одной из основных причин преждевременных родов является внутриутробная инфекция. Большое количество микроорганизмов обнаруживается в матке при преждевременных родах. При этом организм женщины отвечает на инфекцию изгнанием плода до момента развития специфического инфекционного процесса. Немаловажную роль при преждевременном наступлении родов играют и другие различные соматические заболевания беременных, такие как ревматизм, порок сердца, нефрит, гепатохолецистит, гипертоническая болезнь, гипотония, анемии и др.

Некоторые авторы такие как Кулаков В. И. (2002); Wilkins I. (1990); Lockwood C. J. (1995); Melissa M. (2000) считают, что, несмотря на значительные усилия акушеров-гинекологов в решении данной проблемы частота невынашивания беременности остается стабильной в течение многих лет. Вместе с тем, частоту рождения недоношенных детей можно сократить, обращая особое внимание на профилактические мероприятия во время беременности [1-7].

Поэтому довольно часто женщины имеющие хронические заболевания иногда в стадии декомпенсации, идут на то что бы забеременеть и иметь ребенка. Безусловно, во многих случаях это большой риск иметь неблагоприятное течение беременности и рождения недоношенного ребенка. Кроме заболеваний, которые может иметь беременная женщина, часто наслаивается гестозы, что усугубляет рождения недоношенного ребенка. Определена роль «здоровья» матери в рождении недоношенного ребенка [8-11].

#### *Материал и методы*

При ретроспективной оценке в течение 3-х лет (2008-2010 гг.) нами было проанкетировано 98 матерей у которых родились недоношенные дети из них 52 детей родились с очень низкой массой тела (ОНМТ) (основная группа) и 46 — с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), группой сравнение были 36 новорожденных детей, рожденных в срок.

В Таблице 1 представлены исследование соматических заболеваний матерей обследуемых новорожденных закономерностей не выявлено. В то же время следует отметить, что хронический холецистит и случаи ОРЗ чаще встречался у матерей доношенных детей, чем у женщин с детьми с ЭНМТ ( $p < 0,05$ ); заболевания щитовидной железы и хронический бронхит наоборот, достоверно чаще встречались в группе матерей детей с ЭНМТ, чем в группе женщин с доношенными детьми ( $p < 0,05$ ).

Таблица 1.

СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОНМТ И ЭНМТ

Признаки	Основная группа.				Группа сравнения		P
	ОНМТ (n=52)		ЭНМТ (n=46)		(n=36)		
	abs	%	abs	%	abs	%	
Хронический Пиелонефрит.	7	13,5	7	15,2	4	11,1	P1=0.743 P2=0.588 P3=0.804
Хронический холецистит.	2	3,9	0	0,0	3	8,3	P1=0.371 P2=0.046 P3=0.179
Хронический гастрит.	4	7,7	1	2,2	3	8,3	P1=0.913 P2=0.199 P3=0.215
Хронический бронхит.	2	3,9	5	10,9	0	0	P1=0.234 P2=0.041 P3=0.178
Носительство гепатит В.	1	1,9	0	0,0	0	0	P1=0.403 P2=0.344
Расстройства нервной системы.	6	11,5	5	10,9	3	8,3	P1=0.626 P2=0.701 P3=0.916
Миопия высокой степени.	5	9,6	4	8,7	3	8,3	P1=0.837 P2=0.953 P3=0.875
Случаи ОРЗ вне беременности.	12	23,1	5	10,9	14	38,9	P1=0.109 P2=0.003 P3=0.111
Эндокринные нарушения (заболевание щит. железы)	4	7,7	5	10,9	0	0	P1=0.088 P2=0.041 P3=0.587
Дефицитная анемия	20	38,5	19	41,3	13	36,1	P1=0.823 P2=0.632 P3=0.774

Примечание. P1 — достоверность различий между показателями матерей новорожденных с ОНМТ и матерей доношенных детей, P2 — достоверность различий между показателями у матерей новорожденных с ЭНМТ и матерей доношенных детей, P3 — достоверность различий между показателями матерей новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ.

Однако, как видно из Таблицы 2 представлены данные акушерского анамнеза матерей. Самопроизвольный аборт в анамнезе имели 23,1% матерей детей с ОНМТ, 23,9% матерей детей с ЭНМТ и только 5,6% матерей группы сравнения ( $p < 0,05$ ). Так же часто встречается рождение недоношенного ребенка, если был в анамнезе медицинский аборт перед наступлением настоящей беременности, в 34,6% наблюдаемых нами матерей детей с ЭНМТ — в 17,4%, у 27,8% матерей доношенных новорожденных был зарегистрирован медицинский аборт. По остальным показателям статистически значимых различий в акушерско-гинекологическом анамнезе выявлено не было.

Таблица 2.

АКУШЕРСКИЙ АНАМНЕЗ МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОНМТ И ЭНМТ

Признаки	Основная группа				Группа сравнения		P
	ОНМТ N=52		ЭНМТ N=46		N=36		
	abs	%	abs	%	abs	%	
Самопроизвольный выкидыш.	12	23,1	11	23,9	2	5,6	P1=0.028 P2=0.025 P3=0.444
Медицинские аборт.	18	34,6	8	17,4	10	27,8	P1=0.328 P2=0.195 P3=0.045
Вторичное бесплодие.	1	1,9	2	4,4	1	2,8	P1=0.322 P2=0.414 P3=0.454
Миома матки.	0	0,0	2	4,4	0	0,0	P2=0.34 P3=0.190
Преждевременные роды.	2	3,9	0	0,0	0	0,0	P1=0.078 P3=0.269
Кесарево сечение.	5	9,6	4	8,7	0	0,0	P1=0.078 P2=0.099 P3=0.423

Примечание. P1 – достоверность различий между показателями матерей новорожденных с ОНМТ и матерей доношенных детей, P2 – достоверность различий между показателями у матерей новорожденных с ЭНМТ и матерей доношенных детей, P3 – достоверность различий между показателями матерей новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ.

Таблица 3.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ МАТЕРЕЙ  
 НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОНМТ И ЭНМТ

Признаки	Основная группа				Группа сравнения		P
	ОНМТ N=52		ЭНМТ N=46		N=36		
	abs	%	abs	%	abs	%	
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>
Ранний токсикоз	3	5,8	4	8,7	11	30,6	P1<0.01 P2=0.011 P3=0.574
Угроза прерывание беременностей.	27	51,9	21	45,7	9	25,0	P1=0.012 P2=0.054 P3=0.535
Маловодие	6	11,5	7	15,2	4	11,1	P1=0.95 P2=0.588 P3=0.592
Многоводие	3	5,8	0	0,0	3	8,3	P1=0.639 P2=0.046 P3=0.098
Нефропатия	8	15,4	8	17,4	0	0,0	P1=0.013 P2=0.008 P3=0.788
Хроническая фетоплацентарная недостаточность.	24	46,2	19	41,3	0	0,0	P1<0.001 P2<0.001 P3=0.629

Окончание Таблицы 3.

1	2	3	4	5	6	7	8
Гипотрофия плода	6	11,5	7	15,2	0	0.0	P1=0.035 P2=0.014 P3=0.592
Экстракорпоральное оплодотворение.	3	5,8	3	6,5	0	0.0	P1=0.142 P2=0.118 P3=0.877
Рубец на матке	5	9.6	4	8.7	0	0.0	P1=0.055 P2=0.069 P3=0.875

Примечание. P1 – достоверность различий между показателями матерей новорожденных с ОНМТ и матерей доношенных детей, P2 – достоверность различий между показателями у матерей новорожденных с ЭНМТ и матерей доношенных детей, P3 – достоверность различий между показателями матерей новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ.

Сравнительная оценка особенностей течения данной беременности у матерей, обследуемых нами групп новорожденных представлена в Таблице 3. Как видно из данной Таблицы 3 наиболее частыми, осложнениями течения беременности при рождении детей с ОНМТ и ЭНМТ были угроза прерывания беременности и ХФПН ( $p < 0,05$ ). Статистически значимо чаще в подгруппах основной группы наблюдения по сравнению с группой сравнения встречались нефропатия, гипотрофия плода ( $p < 0,05$ ); тогда как в группе сравнения чаще встречались такие осложнения течения беременности как ранний токсикоз и отеки беременных ( $p < 0,05$ ).

Следует отметить, что экстракорпоральное оплодотворение были зарегистрированы только в основной группе наблюдения. Так же из особенностей течения беременности следует отметить, что психологический стресс во время настоящей беременности чаще всего отмечали у матерей детей с ОНМТ (51,9%) и ЭНМТ (54,4%), тогда как у матерей доношенных новорожденных стресс испытывали только 8,3% женщин и эти различия статистически достоверны ( $p < 0,05$ ).

#### Список литературы:

1. Беккер С. М. Патология беременности. М.: Медицина, 1975. 504 с.
2. Peacock J. L., Bland J. M., Anderson H. R. Preterm delivery: effects of socioeconomic factors, psychological stress, smoking, alcohol, and caffeine // *Bmj.* – 1995. – Т. 311. – №. 7004. – С. 531-535.
3. Kane J. B., Margerison-Zilko C. Theoretical Insights into Preconception Social Conditions and Perinatal Health: The Role of Place and Social Relationships // *Population Research and Policy Review.* 2017. Т. 36. №. 5. С. 639-669.
4. Кулаков В. И., Серов В. Н. Железодефицитная анемия и беременность // *Здоровье женщины.* 2015. №. 9. С. 21-24.
5. Шалина Р. И. и др. Преждевременные роды и перинатальные исходы // *Акушерство и гинекология.* 2003. Т. 2. С. 21-25.
6. Демидов В. Н., Машинец Н. В. Эхография плода. Патология желудочно-кишечного тракта, грыжи брюшной стенки и диафрагмы М.: Бином. 2016. 312 с.
7. Стрижаков А. Н., Игнатко И. В. Физиология и патология эндокринной системы плода. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2013. 152 с.

8. Овчинникова Т. В., Таранушенко Т. Е., Салмина А. Б. Особенности анамнеза матерей недоношенных новорожденных // *Pediatrics named after GN Speransky*. 2018. Т. 97. №. 1. P. 25-30

9. Куклина Л. В. и др. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода и состояния новорожденных у женщин с папилломавирусной инфекцией в сочетании с бактериальным вагинозом // *Мать и дитя в Кузбассе*. 2018. №. 1. С.71-76

10. Рыжков В. В. и др. Перинатальные аспекты внутриутробных инфекций // *Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa*. 2017. Т. 17. №. 4. P. 33-36

11. Dunkel Schetter C. et al. Demographic, medical, and Psychosocial Predictors of Pregnancy anxiety // *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2016. Т. 30. №. 5. С. 421-429.

*References:*

1. Becker, S. M. (1975). Pathology of pregnancy. Moscow: *Medicine*, 504

2. Peacock, J. L., Bland, J. M., & Anderson, H. R. (1995). Preterm delivery: effects of socioeconomic factors, psychological stress, smoking, alcohol, and caffeine. *Bmj*, 311(7004), 531-535.

3. Kane, J. B., & Margerison-Zilko, C. (2017). Theoretical Insights into Preconception Social Conditions and Perinatal Health: The Role of Place and Social Relationships. *Population Research and Policy Review*, 36(5), 639-669.

4. Kulakov, V. I., & Serov, V. N. (2015). Iron deficiency anemia and pregnancy. *Women's health*, (9), 21-24.

5. Shalin, R. I. et al. (2003). Premature birth and perinatal outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, (2). 21-25

6. Demidov, V. N., & Mashinets, N. V. (2016). Fetal echography. Pathology of the gastrointestinal tract, hernia of the abdominal wall and diaphragm Moscow: *Binom*. 312

7. Strizhakov, A. N., & Ignatko, I. V. (2013). Physiology and pathology of the endocrine system of the fetus. Moscow: *GEOTAR-Media*. 152

8. Ovchinnikova, T. V., Taranushenko, T. E., & Salmina, A. B. (2018). Features of anamnesis of mothers of preterm neonates. *Pediatrics named after GN Speransky*, 97(1). 25-30

9. Kuklina, L. V. et al. (2018). Features of the course of pregnancy, childbirth, the postpartum period and the state of newborns in women with papillomavirus infection in combination with bacterial vaginosis. *Mother and child in Kuzbass*, (1). 71-76

10. Ryzhkov, V. V. et al. (2017). Perinatal aspects of intrauterine infections. *Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa*, 17(4). 33-36

11. Dunkel Schetter, C., Niles, A. N., Guardino, C. M., Khaled, M., & Kramer, M. S. (2016). Demographic, medical, and Psychosocial Predictors of Pregnancy anxiety. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 30(5), 421-429.

Работа поступила  
в редакцию 09.03.2018 г.

Принята к публикации  
14.03.2018 г.

*Ссылка для цитирования:*

Жумалиева Э. К. Генитальные и экстрагенитальные заболевания матери и рождение недоношенных детей // Бюллетень науки и практики. 2018. Т. 4. №4. С. 39-45. Режим доступа: <http://www.bulletennauki.com/jumalieva> (дата обращения 15.04.2018).

*Cite as (APA):*

Jumalieva, E. (2018). Mother's genital and extragenital disease and the birth of premature infants. *Bulletin of Science and Practice*, 4, (4), 39-45