

УДК 618.439:[616-07 + 618.2]

БОЛЕЗНИ МАТЕРИ В ГЕНЕЗЕ МЕРТВОРОЖДЕНИЯ**Туманова У.Н., Шувалова М.П., Щеголев А.И.**

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, e-mail: ashegolev@oparina4.ru

На основании анализа сведений Росстата за 2015 год изучена частота выявления и роль заболеваний беременных женщин в развитии мертворождения в Российской Федерации. Переход на новые правила регистрации рождения детей в соответствии с критериями Всемирной Организации Здравоохранения (с 22 недель гестации) сопровождался увеличением на 39,7% числа записей о болезнях матери, не связанных с данной беременностью, но способствовавших гибели плода, в свидетельствах о перинатальной смерти в 2015 году по сравнению с 2010 годом. В 2015 году в России заболевания матери, не связанные с настоящей беременностью, отмечались в 19,6% случаях мертворождения, при этом инфекционные и паразитарные болезни фигурировали в 1,8%, а болезни почек и мочевыводящих путей – в 1,1% наблюдений. К мерам профилактики мертворождения следует отнести проведение рациональной прегравидарной подготовки, а также своевременное выявление и лечение экстрагенитальных заболеваний во время беременности.

Ключевые слова: болезни беременной, внутриутробная гибель плода, мертворождаемость

MATERNAL DISEASES IN THE GENESIS OF STILLBIRTH**Tumanova U.N., Shuvalova M.P., Schegolev A.I.**

Academician V.I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health of Russia, Moscow, e-mail: ashegolev@oparina4.ru

The results of the Rosstat data analysis on the frequency of the identification and the role of diseases of pregnant women in the occurrence of stillbirths in the Russian Federation in 2015. The transition to the new rules for registering the birth of children in accordance with the criteria of the World Health Organization (from 22 weeks of gestation) was accompanied by an increase in the number of records of maternal diseases, which not related to this pregnancy, but contributing to fetal death – by 39,7%, in the certificates of perinatal death in 2015 compared with 2010. In the Russia, maternal diseases unrelated to this pregnancy were reported in 19,6% of stillbirths, of which infectious and parasitic diseases were observed in 1,8%, and kidney and urinary tract diseases in 1,1% of observations in 2015. Measures to prevent stillbirth must include rational pregravidal preparation, as well as the timely detection and treatment of extragenital diseases during pregnancy.

Keywords: diseases of pregnant, intrauterine fetal death, stillbirth

Актуальной проблемой современного акушерства считается предотвращение случаев мертворождения [4]. В этой связи проводится поиск новых маркеров неблагоприятного исхода беременности, а также выяснение причин мертворождения [1, 9].

Развитие гибели плода и мертворождения обусловлено социально-экономическими факторами [10], заболеваниями женщины [14], патологией плода [6], а также поражениями плаценты [2, 5]. Особое место среди факторов риска развития мертворождения занимают экстрагенитальные заболевания, имевшиеся у женщины до развития беременности, лечение которых должны осуществлять врачи соответствующих специальностей.

Целью работы явилось изучение частоты и роли заболеваний беременных женщин в развитии мертворождения.

Материалы и методы исследования

Работа основана на данных Росстата о мертворожденных в 2015 году. Сведения Росстата представ-

лены в виде статистических форм А-05, в которых учитывается патология плода как основное заболевание или первоначальная причина смерти, а также «болезни или состояния матери», «осложнения со стороны плаценты, пуповины и оболочек» и «осложнения беременности и родов», обусловившие или способствовавшие смерти. Состояния матери, способствовавшие наступлению смерти плода, разделены на две группы: одна включает в себя осложнения беременности, в другой представлена патология, которая не связана с настоящей беременностью. Последняя группа и явилась предметом настоящего исследования, в статистических формах Росстата она включает в себя пять подгрупп болезней:

- болезни почек и мочевыводящих путей (P00.1 МКБ-10);
- инфекционные и паразитарные болезни (P00.2 МКБ-10);
- хронические болезни системы кровообращения и дыхания (P00.3 МКБ-10);
- другие болезни, не связанные с беременностью, включая расстройства питания у матери, травмы и операции (P00.4-9 МКБ-10);
- вредные влияния, передающиеся через плаценту или грудное молоко (наркотики, алкоголь, никотин, гормоны, цитостатики, антибиотики, антикоагулянты, средства релаксирующие матку, гипогликемиче-

ские, противосудорожные, анестезирующие и анальгезирующие препараты) (P04.0-9 МКБ-10).

Полученные количественные данные оценивали при помощи критериев Хи-квадрат, Йетса и Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно данным Росстата, в 2015 году в России родилось 1940579 живых и 11453 мертвых новорожденных, вследствие чего показатель мертворождаемости составил 5,87%. Наиболее частой причиной мертворождения, по записям в свидетельствах о перинатальной смерти, явилась антенатальная (внутриутробная) гибель плода (P20.0 МКБ-10), составившая 80,1% от всех мертворожденных. Второе место принадлежало интранатальной гипоксии плода (P20.1 МКБ-10), которая была диагностирована у 856 (7,5%) мертворожденных.

Заболевания или патологические состояния матери, которые были расценены как не связанные с настоящей беременностью, но обусловившие гибель плода, звучали в 2245 (19,6%) свидетельствах о перинатальной смерти при мертворождении. Наибольший удельный вес среди таких состояний занимала так называемая группа «Другие болезни, не связанные с беременностью, включая расстройства питания у матери, травмы и операции», включающая в себя недостаточность питания, витаминов или микроэлементов, а также травмы и хирургические вмешательства у матери. Данные состояния фигурировали в 1743 (15,2%) наблюдениях мертворождения (табл. 1).

В 314 случаях мертворождения речь шла о хронических болезнях системы кровообращения и дыхания. Наибольшее количество среди этих болезней занимала, по нашему мнению, гипертоническая болезнь, которая, по данным литературы [13], встречается у 1–5% всех беременных. При этом следует учитывать, что на фоне гипертонической болезни гораздо чаще развивается преэклампсия [12], которая в случаях мертворождения должна быть отнесена уже в другую группу заболеваний «Поражения плода, обусловленные осложнениями настоящей беременности». Действительно, J.E. Lawn с соавт. [11] было показано, что 16% мертворождений происходит у беременных с различными формами гипертензий, из них в 11% наблюдений гибель плода происходила на фоне хронической артериальной гипертензии, а в 5% – преэклампсии и эклампсии.

Инфекционные и паразитарные заболевания матери, не вызвавшие эти болез-

ни у плода, отмечались, согласно данным Росстата за 2015 год, в 205 (1,8%) наблюдениях, а поражения почек и мочевыводящих путей – в 126 (1,1%) случаях мертворождения (табл. 1).

В этой связи считаем целесообразным привести данные Росстата за 2010 год о мертворождениях. В 2010 году, когда статистическому учету подлежали новорожденные на сроке беременности 28 недель и более, было зарегистрировано 1788948 живорожденных и 8300 мертворожденных детей, при этом показатель мертворождаемости составлял 4,62% [8]. Записи о состояниях матери, не связанных с настоящей беременностью, но обусловивших мертворождение, в 2010 году отмечались в 1248 (16,9%) свидетельствах о перинатальной смерти. При этом болезни системы кровообращения и дыхания матери фигурировали в 24 наблюдениях, болезни почек и мочевыводящих путей – в 115, а инфекционные и паразитарные болезни – в 282 наблюдениях, что составляло соответственно 0,3%, 1,6%, 3,8% от общего количества мертворожденных.

Следовательно, переход на новые правила регистрации рождения детей в соответствии с критериями Всемирной Организации Здравоохранения (с 22 недель гестации, а не с 28 недель) сопровождался увеличением на 38,0% количества мертворожденных в 2015 году по сравнению с 2010 годом, а также увеличением на 39,7% числа записей о болезнях матери, не связанных с данной беременностью, но способствовавших гибели плода, в свидетельствах о перинатальной смерти. Относительная доля таких заболеваний и патологических состояний матери в 2015 году повысилась на 16,7% по сравнению с 2010 годом. При этом доля болезней кровообращения и дыхания не изменилась, болезней почек и мочевыводящих путей повысилась на 45,5%, а инфекционных и паразитарных болезней снизилась на 52,6%.

Закономерно, что первоначальные причины смерти среди мертворожденных в той или иной степени зависят от заболеваний матери [14]. В 2015 году в целом по стране записи о заболеваниях матери, не связанных с настоящей беременностью, имелись в 18,4% свидетельствах о перинатальной смерти при мертворождении в результате респираторных нарушений (табл. 1, 2). При этом инфекционные и паразитарные болезни беременной женщины отмечались в 1,8%, а болезни почек и мочевыводящих путей – в 1,2% наблюдений. Обращает на себя внимание, что в 14,3% случаев мертворождения от

респираторных нарушений, включающих в себя наблюдения антенатальной и интранатальной гипоксии, в свидетельствах о перинатальной смерти фигурировали так называемые другие болезни, не связанные с настоящей беременностью, включающие в себя расстройства питания, травмы и операции (Р00.4-9 МКБ-10). В этой связи для выяснения звеньев танатогенеза при мертворождении необходимо, на наш взгляд, проведение статистического учета по конкретным заболеваниям и состояниям, а не объединенным данным. В пользу подобного суждения свидетельствуют и данные о том, что такие другие болезни, не связанные с беременностью, были зарегистрированы в 29,6% наблюдений мертворождения, где причина гибели плода не была установлена (табл. 1). Действительно, как мы уже указывали ранее [7], отсутствие записей о патологии матери в соответствующем пункте медицинского свидетельства о перинатальной смерти связано, скорее всего, с недостаточным обследованием беременной женщины

Наряду с этим, хронические болезни системы кровообращения и дыхания очень редко расценивались в качестве состояний, обусловивших гибель плода. В 2015 году в целом по стране они фигурировали лишь в 31 случае мертворождения, в 25 из которых речь шла об антенатальной гибели плода. Наибольшее количество инфекционных и парази-

тарных болезней матери, не приведших к развитию этих заболеваний у плода, также отмечалось в случаях мертворождения от внутриутробной гипоксии. Основным звеном танатогенеза в таких случаях, видимо, является повышенная секреция различных провоспалительных цитокинов как органами матери, так и плацентой [3].

При анализе гендерных особенностей нами установлено, что в 2015 году в России количество мертворожденных мальчиков превышало соответствующее количество девочек на 14,4% ($p < 0,05$). Абсолютное значение количества мертворожденных мужского пола, где были установлены состояния матери, способствовавшие гибели плода, также (на 9,8%) превышало показатели мертворожденных женского пола. Однако относительное их количество среди таких наблюдений было несколько меньше (19,2% против 20,0%) (табл. 2). Вместе с тем частота выявления патологических состояний матери преобладала у мертворожденных мальчиков, где в качестве первоначальной причины смерти были указаны геморрагические и гематологические нарушения (23,3% против 12,1%, $p < 0,05$), эндокринные и метаболические нарушения (17,1% против 14,1%, $p < 0,05$), врожденные аномалии (39,9% против 36,4%, $p < 0,05$), а также в наблюдениях с неустановленной первоначальной причиной смерти (37,0% против 27,3%, $p < 0,05$).

Таблица 1

Частота заболеваний матери (абсолютные значения и процент от общего количества в данной группе) при мертворождении в Российской Федерации в 2015 году

Болезни	Первоначальная причина смерти								
	РТ	РН	И	ГГН	ЭМН	ВА	ТО	НУ	Всего
I	0	119 (1,2%)	0	1 (1,3%)	2 (0,7%)	3 (0,5%)	0	1 (0,4%)	126 (1,1%)
II	0	183 (1,8%)	0	0	7 (2,3%)	12 (2,2%)	0	3 (1,1%)	205 (1,8%)
III	0	29 (0,3%)	0	0	1 (0,3%)	0	0	1 (0,4%)	314 (0,3%)
IV	3 (17,6%)	1467 (14,4%)	0	12 (15,8%)	36 (11,7%)	144 (26,1%)	1 (33,3%)	80 (29,6%)	2245 (19,6%)
V	0	83 (0,8%)	0	1 (1,3%)	2 (0,7%)	50 (9,1%)	2 (66,7%)	2 (0,7%)	140 (1,2%)
Итого	3 (17,6%)	1881 (18,4%)	0	14 (18,4%)	48 (15,6%)	209 (37,9%)	3 (100%)	87 (32,2%)	2245 (19,6%)

Примечания: I – болезни почек и мочевыводящих путей, II – инфекционные и паразитарные болезни, III – хронические болезни системы кровообращения и дыхания, IV – другие болезни, не связанные с беременностью, V – вредные влияния, РТ – родовая травма, РН – респираторные нарушения, И – инфекции, ГГН – геморрагические и гематологические нарушения, ЭМН – эндокринные и метаболические нарушения, ВА – врожденные аномалии, ТО – травмы и отравления, НУ – причина гибели не установлена.

Таблица 2

Частота заболеваний матери (абсолютные значения и процент от общего количества в данной группе) при мертворождении мальчиков и девочек в городской и сельской местности Российской Федерации в 2015 году

Мертворожденные	Первоначальная причина смерти								Всего
	РТ	РН	И	ГГН	ЭМН	ВА	ТО	НУ	
М	3 (17,6%)	1881 (18,4%)	0	14 (18,4%)	48 (15,6%)	209 (37,9%)	3 (100%)	87 (32,2%)	2245 (19,6%)
ММ	0	970 (17,8%)	0	10 (23,3%)	27 (17,1%)	114 (39,3%)	3 (100%)	51 (37,0%)	1175 (19,2%)
МД	3 (33,3%)	911 (19,2%)	0	4 (12,1%)	21 (14,1%)	95 (36,4%)	0	36 (27,3%)	1070 (20,0%)
МГМ	3 (27,3%)	1429 (19,6%)	0	10 (16,9%)	37 (17,7%)	173 (44,0%)	2 (100%)	50 (29,2%)	1704 (20,9%)
МСМ	0	452 (15,4%)	0	4 (23,5%)	11 (11,2%)	36 (22,8%)	1 (100%)	37 (37,4%)	541 (16,3%)

Примечания: М – общее количество мертворожденных, ММ – мертворожденные мужского пола, МД – мертворожденные женского пола, МГМ – мертворожденные в городской местности, МСМ – мертворожденные в сельской местности, РТ – родовая травма, РН – респираторные нарушения, И – инфекции, ГГН – геморрагические и гематологические нарушения, ЭМН – эндокринные и метаболические нарушения, ВА – врожденные аномалии, ТО – травмы и отравления, НУ – причина гибели не установлена.

В 2015 году сохранилась тенденция преобладания мертворожденных в городской местности по сравнению с сельской. Заболевания матери, обусловившие мертворождение, также значимо чаще выявлялись в городской местности (1704 против 541, $p < 0,01$), что составляло 20,9% и 16,3% от всех таких случаев мертворождения в городской и сельской местности соответственно (табл. 2). При этом патологические состояния и заболевания матерей городской местности преобладали в случаях гибели плодов от респираторных нарушений (19,6% против 15,4%, $p < 0,05$), эндокринных и метаболических нарушений (17,7% против 11,2%, $p > 0,05$). Наиболее существенная разница отмечалась в случаях гибели от врожденных аномалий: 173 мертворожденных в городской местности и 36 – в сельской, что составляло 44,0% и 22,8% соответственно в своих группах ($p < 0,05$). В то же время в сельской местности заболевания матери чаще отмечались в случаях гибели плодов от геморрагических и гематологических нарушений (23,5% против 16,9%, $p > 0,05$) и при неустановленной причине смерти (37,4% против 29,2%, $p > 0,05$) (табл. 2).

Таким образом, патологические состояния и заболевания матери, имевшиеся до наступления беременности, в той или иной мере способствуют развитию осложнений беременности и гибели плода. Переход на новые правила регистрации рождения детей в соответствии с критериями Все-

мирной Организации Здравоохранения (с 22 недель гестации) сопровождался увеличением на 39,7% числа записей о болезнях матери, не связанных с данной беременностью, но способствовавших гибели плода, в свидетельствах о перинатальной смерти в 2015 году по сравнению с 2010 годом. В 2015 году в России заболевания матери, не связанные с настоящей беременностью, фигурировали в 19,6% случаях мертворождения, при этом инфекционные и паразитарные болезни отмечались в 1,8%, а болезни почек и мочевыводящих путей – в 1,1% наблюдений. К мерам профилактики мертворождения следует отнести проведение рациональной прегравидарной подготовки, а также своевременное выявление и лечение экстрагенитальных заболеваний во время беременности.

Список литературы

1. Кондриков Н.И., Барина И.В. Проблема исследования «необъяснимой» антенатальной гибели плода // Архив патологии. – 2010. – № 1. – С. 6–11.
2. Милованов А.П. Патология системы мать – плацента – плод. – М.: Медицина, 1999.
3. Мишнев О.Д., Гринберг Л.М., Зайратьянц О.В. и др. Патологическая анатомия сепсиса // Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. / Под ред. Б.Р. Гельфанда. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. – С. 322–406.
4. Сухих Г.Т., Байбарина Е.Н., Шувалова М.П., Письменская Т.В. Российские тенденции снижения перинатальных потерь с учетом перехода на международные критерии регистрации детей // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 12. – С. 79–85.
5. Щеголев А.И. Современная морфологическая классификация повреждений плаценты // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 4. – С. 16–23.

6. Щеголев А.И., Туманова У.Н., Фролова О.Г. Региональные особенности мертворождаемости в Российской Федерации. Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы и экспертной практики в региональных бюро судебно-медицинской экспертизы на современном этапе. – Рязань, 2013. – С. 163–169.
7. Щеголев А.И., Туманова У.Н., Шувалова М.П., Фролова О.Г. Гипоксия как причина мертворождаемости в Российской Федерации // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2014. – № 3. – С. 96–98.
8. Щеголев А.И., Туманова У.Н., Шувалова М.П., Фролова О.Г. Сравнительный анализ мертворождаемости в Российской Федерации в 2010 и 2012 годах // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2015. – № 3. – С. 58–62.
9. Fretts R.C. Etiology and prevention of stillbirth // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – V. 193. – P. 1923–1935.
10. Kallan J.E. Rates of fetal death by maternal race, ethnicity, and nativity: New Jersey, 1991-1998 // JAMA. – 2001. – V. 285. – P. 2978–2979.
11. Lawn J.E., Blencowe H., Waiswa P. et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration to-wards 2030 // Lancet. – 2016. – V. 387(10018). – P. 587–603.
12. Li X.L., Guo P.L., Xue Y. et al. An analysis of the differences between early and late preeclampsia with severe hypertension // Pregnancy Hypertension. – 2016. – V. 6. – P. 47–52.
13. Peters R.M., Flack J.M. Hypertensive disorders of pregnancy // J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs. – 2004. – V. 33. – P. 209–220.
14. Simpson L.L. Maternal Medical Disease: risk of antepartum fetal death // Semin. Perinatol. – 2002. – V. 26. – P. 42–50.