

Summary

THE CASE OF INBORN SYPHILIS

M.S. Isaeva, P.T. Zoirov, A.A. Husainov, Z.T. Burieva,
M.A. Haknazarova

The authors give detailed analysis of inborn syphilis in 4-monthly infant. From this it may establish that for prevention of inborn siphilis importance have yearly diagnosis in pregnant women and constant investigation of them during all period of pregnancy at the obstetric gynecological inctitutes, active patronage. It must to agree with the opinion of Russian specialists about the expedience of 3-time wassermanization of women: under the registration, execution of maternity leave, entrance into the delivery.

Key words: inborn syphilis, 3-time wassermanization of women



ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЁСШИХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС

Ф.М. Абдурахманова, З.Х. Рафиева

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Клинические исследования влияния острого психоэмоционального стресса на течение беременности в различные её сроки свидетельствуют об увеличении относительного риска и отношения шансов развития различных перинатальных осложнений.

Ключевые слова: перинатальные осложнения, психоэмоциональный стресс

Актуальность. Республика Таджикистан традиционно относится к странам с высокой рождаемостью населения, в этой связи в ней разработан системный подход по управлению важнейшими проблемами, связанными со здоровьем матери и ребёнка. Правительством РТ полностью поддерживается концепция безопасности материнства. Гражданская война в республике особенно отразилась на здоровье женщин, а следовательно, и на течение беременности и исхода родов. При таком психическом и физическом состоянии большинство женщин не способны адаптироваться к окружающей действительности. Психоэмоциональный стресс приводит к росту уровня нервно-психических заболеваний, развитие которых отягощаются медико-социальными, природными техногенными и демографическими процессами [1,2,6].

В настоящее время проблема психоэмоционального стресса в широких масштабах освещается патофизиологами и клиницистами, включая и патогенетические механизмы стресса, спектр его влияния на живой организм, что учитывается в практической деятельности работников клинической медицины.

Наиболее уязвимой частью общества являются беременные женщины, весьма тяжело переживающие последствия стресс [3-5,8]. Вместе с тем, влияние стресса на организм матери и плода, течение и исходы беременности изучены всё ещё недостаточно. Их результаты по своим аспектам базируются на принципах, изложенных З. Фрейдом или только на представлении фактов отрицательного влияния стресса на беременность и потомство.

Цель работы: изучить перинатальные осложнения у беременных женщин, перенёсших

психоэмоциональный стресс.

Материалы и методы исследования. Данное исследование было проведено в Вахдатском районе в период гражданской войны (1993-1997 гг.) у 651 беременных, перенёсших острый психоэмоциональный стресс. Это связано с беременностью, с тяжёлым состоянием или потеря близкого человека, потеря работы, пожар и т.д. По возрасту, структуре перенесённых заболеваний, паритету, все беременные соответствовали основным характеристикам женского населения Республики Таджикистан. Критерием распределения обследованных на группы был срок беременности, при котором женщина перенесла стресс.

Расчёт отношения шансов в исследовании случай-контроль произведена по формуле:

$$\frac{[a/(a+c)]/[c/(a+c)]}{[b/(b+d)]/[d/(b+d)]},$$

где a - воздействие риска на беременность; b - контрольная группа воздействия риска; c - беременные без воздействия риска, d - контрольная группа без воздействия риска.

Результаты и их обсуждение. Проведёнными исследованиями установлено, что клинические особенности беременности и её исходы, состояния плода и новорождённого, развивающиеся вследствие перенесённого психоэмоционального стресса, повышают уровень относительного риска (ОР) и отношение шансов (ОШ) к появлению перинатальных осложнений. Следует отметить, что ОР представляется отношением частоты последствий у лиц, испытавших и не испытавших определённое воздействие. Однако оно не является какой-либо информацией о величине абсолютного риска (заболеваемости), а свидетельствует о силе взаимодействия стрессового влияния и заболевания. ОШ - отношение шансов событий в названных группах или отношения шансов того, что событие произойдёт или не произойдёт. Отношение шансов, как правило, используется для представления результатов метаанализов и исследования "случай-контроль" [7].

Как видно из таблицы ОР и ОШ, развитие перинатальной патологии связано со сроками беременности. Так, острый психоэмоциональный стресс женщин, произошедший в период беременности менее 10 недель - намного повышает риск и шанс возникновения угрозы прерывания беременности (в 3-11 раз), при лёгкой угрозе гипертензивных осложнений - в 1,5 раза, при среднетяжёлых и тяжёлых формах - в 5 раз. В случаях предлежания плаценты, задержки частей последа и его интимного прикрепления ОР и ОШ возрастает в 2 раза, при синдроме задержки развития плода (СЗРП) - в 6 и в 4 раза, - при хронической гипоксии плода, при преждевременном родоразрешении - в 8-10 раз.

Аномалии родовой деятельности способствуют двукратному росту ОР, первичной её слабости и такому же росту ОР и ОШ патологической кровопотери.

В конце первого триместра беременности состояние женщины, находившейся в остром психоэмоциональном стрессе, увеличивается ОР и ОШ угрозы прерывания беременности в 2,6-4 раза. При этом риск развития лёгких форм гестозов представляется незначительным из-за их чрезвычайно быстрого перехода в среднетяжёлые и тяжёлые формы, в связи, с чем ОР и ОШ возрастают в 7-8 раз. В 3 раза возрастает ОР и ОШ, задержки последа и его интимного прикрепления в случаях аномалий провизорных органов, в 2 раза - аномалий пуповины (оболочечное прикрепление, истинные узлы пуповины). Кроме того, даже небольшое увеличение риска СЗРП приводит к их росту в аспекте гипоксии плода в 6,5-8,5 раз. Так же, как и в предыдущей подгруппе они высоки в аспекте преждевременного родоразрешения - в 5 раз, незначительно (в 1,5-1,7 раз) в аспекте первичной слабости родовой деятельности, в 2,2-2,6 раз возрастают в отношении быстрого и стремительного родового акта (в целом риск аномалий родовой деятельности суммарно увеличивается в 1,6-2 раза).

Острый психоэмоциональный стресс в начале второго триместра беременности приводит к повышению ОР и ОШ угрозы прерывания беременности в 1,6 - 2,5 раза.

В то же время особенностью ОПГ - гипертензивных осложнений при этом является увеличение их для прегипертензивных осложнений (доклинические проявления) в 2 раза по срав-

Таблица
Относительный риск и отношение шансов перинатальных осложнений в зависимости от срока беременности в момент острого психоэмоционального стресса

| Осложнения беременности и родов | Q Юк беременности | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|------|--------|-----|---------|-----|---------|------|--------|-----|--------|-----|--------|-----|----------|-----|
| | Менее 10 | | 10 -14 | | 15 - 19 | | 20 - 23 | | 24 -27 | | 28- 32 | | 33- 36 | | более 37 | |
| | n= 92 | | n=49 | | n=51 | | n=70 | | n=102 | | n=99 | | n=108 | | n=80 | |
| | ОР | ОШ | ОР | ОШ | ОР | ОШ | ОР | ОШ | ОР | ОШ | ОР | ОШ | ОР | ОШ | ОР | ОШ |
| Угроза прерывния | 2,5 | 10,7 | 2,7 | 4,0 | 1,5 | 2,1 | 1,1 | 1,2 | 1,2 | 1,4 | 1,3 | 1,5 | 0,5 | 0,6 | - | - |
| Гипертензивные осложнения сред. и тяжел. степени | 4,0 | 4,3 | 6,0 | 7,1 | 1,2 | 1,1 | 9,8 | 10,9 | 5,8 | 6,2 | 2,9 | 3,0 | 1,0 | 1,0 | 0,3 | 0,3 |
| Предлеж. плацент. низкая плацентация. | 2,1 | 2,0 | | | 1,2 | 1,1 | 1,2 | 1,2 | 3,8 | 4,0 | 2,0 | 2,0 | | | 0,4 | 0,3 |
| Преждевременная отслойка плацен. | 0,6 | 0,7 | 0,5 | 0,4 | 3,0 | 3д | 1,2 | 1,3 | 1,8 | 2,0 | 1,4 | 1,3 | 0,7 | 0,6 | 0,4 | 0,4 |

нению с предыдущими подгруппами, для лёгких форм гестозов - в 2-2,5 раза. Следует отметить, что риск развития тяжёлой формы болезни остаётся прежним. Анализ особенностей развития патологии провизорных органов при изучаемых состояниях в начале второго триместра свидетельствует о неблагоприятных последствиях, в связи с тем, что ОР и ОШ преждевременной отслойкой плаценты, задержки частей последа и интимного прикрепления, аномалии пуповины увеличивается в 3-3,1, формирование синдрома задержки развития плода и гипоксии плода - в 2-2,5, преждевременного родоразрешения - в 2,5 - 2,9, быстрых и стремительных родов - в 1,8-1,9.

В случае острого стресса в середине второго триместра беременности ОР и ОШ развития отёчных форм гипертензивных осложнений - в 1,6-1,9, формирование отёчно-протеинурических и гипертензивных осложнений лёгкой степени - (в 1,9-2,3 раза) и увеличивается средне-тяжёлые и тяжёлые формы гипертензивных осложнений в 10-11 раз. Как правило, в этих обстоятельствах страдает внутриутробный плод - ОР и ОШ гипотрофии его увеличивается в 3,3-3,7, гипоксии плода - в 3,0-3,3, патологической кровопотери в родах - в 1,3-1,4 раза.

При этом сроки родоразрешения и аномальная родовая деятельность от влияния острого психоэмоционального стресса не зависели в конце второго триместра беременности он обуславливал рост ОР и ОШ угрозы прерывания беременности (в 1,4-1,6, гипертензивные осложнения лёгкой степени в 1,5-1,7) развития гипертензивные осложнения средней и тяжёлой степени - в 6,0-6,5 раз. Весьма повышенными продолжают быть ОР и ОШ аномалий провизорных органов - предлежания плаценты - в 4,0-4,1, задержки последа и интимного прикрепления в 4-4,3, аномалий пуповины - в 3,0-3,1, преждевременной отслойки плаценты - в 2-2,1, формирования гипотрофии плода - в 2,2-2,3, гипоксии внутриутробного плода - в 5,8-7,7, преждевременного родоразрешения - в 1,6-1,7 и запоздалых родов - в 2,0-2,1 раза. В названный период беременности воздействия на аномалию родовой деятельности стресса не были обнаружены, однако риск патологической кровопотери при этом возрастает в 2,8-3 раза.

При имевшем место остром психоэмоциональном стрессе в начале третьего триместра беременности в 1,4-1,7 раз возрастает ОР и ОШ угрозы прерывания, гипертензивные осложнения лёгкой степени тяжести - в 1,8-2,0, средней и тяжёлой степени тяжести в 3-3,1 раза, предлежания плаценты в 2-2,1, преждевременной отслойки плаценты в 1,5, гипоксии плода в 5,4-7,1 раза. В то же время риск формирования гипотрофии плода остаётся прежним. Чётко устанавливается влияние стресса на формирование родовой доминанты. Так, если такое случается, то количество преждевременных родов увеличивается всего в 2,3-2,4 раза, в отличие от предыдущих подгрупп они в - аспектах запоздалых родов - в 7-7,5 раз, осложнённой первичной слабости родовой акта - в 4,3-4,8, вторичной слабости и дискоординации родовой деятельности - в 3,-3,1 раза, быстрого и стремительного течения родовой акта и патологической кровопотери в родах - в 1,4 раз.

При том же условии, созданном в середине третьего триместра беременности, риск гипертензивных осложнений лёгкой степени возрастал лишь - в 1,5-1,7 раза. В 2,7-2,8 раз происходит увеличение ОР и ОШ задержки последа и интимного прикрепления. В то же время, небольшой рост уровня риска акушерской патологии приводит к тому, что на практике воздействие материнского стресса на внутриутробный плод становится следствием увеличения гипоксии внутриутробного плода в 4,9-6,6 раз (если признаков увлечения ОР и ОШ гипотрофии плода не было, а напротив, имеется стимуляция внутриутробного роста, что проявлялось тенденцией к акселерации). Кроме того, повышается (хотя и не так значительно, как в предыдущей подгруппе) ОР и ОШ запоздалое родоразрешение - в 2,6-2,8 раза, что свидетельствует о существенном нарушении родовой доминанты. При одновременной незначительности патологических кровопотерь, которых становится больше в 1,4 раза, клиническими и лабораторными исследованиями установлена длительность стадий тревоги и резистентности до 2 месяцев с момента стрессового воздействия, т.е. сроков наступавших родов у данной подгруппы женщин, причём истощение компенсаторных механизмов женщины было возможным лишь в случае дополнительного стресса в виде самих родов, сопровождавшихся вторичной слабостью и дискоординацией родовой деятельности.

Находившиеся под влиянием острого психоэмоционального стресса в конце доношенной беременности не подвергались опасности серьёзной акушерской патологии. Выявились все характерные нарушения формирования доминанты родов (ОР и ОШ запоздалых родов увеличен в 2,5-2,7 раз, вторичной слабости родовой деятельности и дискоординированной родовой деятельности - в 7,0-7,6 раз). Соответствующая сократительность матки влекла за собой рост ОР и ОШ задержки, как правило, последа и затем интимного прикрепления - в 4-4,2 раза. В целом, вместе с напряжением компенсаторных механизмов в системе гемостаза, ОР и ОШ патологические кровопотери увеличилась в 2,7-2,9 раза. Даже при доношенной беременности плод является весьма чувствительным и уязвимым к материнскому стрессу, т.к. ОР и ОШ его гипоксии увеличены в 3,8-4,4 раза.

При корреляционном анализе ряда динамик перинатальной патологии и сроков беременности с начала воздействия на женщину стресса, установлены наиболее значимые и достоверные изменения относительного риска угрозы прерывания беременности ($r=-0,92$, $p<0,05$), преждевременных родов ($r=-0,87$, $p<0,05$). Полученные коэффициенты обратной корреляции определяют, что стресс будущей матери приводит к наибольшему риску преждевременного прерывания беременности в наименьшие её сроки. Кроме того, получены данные о слабой прямой корреляционной связи перенашивания беременности и срока наступления стресса ($r=0,54$, $p<0,05$), сильной между вторичной родовой слабостью и сроком беременности при стрессе ($r=0,84$, $p<0,05$). Средняя обратная корреляционная связь обнаружена между сроками беременности при стрессе и гипертензивными осложнениями средней и тяжёлой степени ($r=-0,77$, $p<0,05$), формированием СЗРП ($r=0,58$, $p<0,05$) слабая - между сроками беременности в момент острого стресса и формированием аномалий пуповины, предлежания плаценты, гипертензивными осложнениями лёгкой степени. В то же время между сроком беременности в момент острого психоэмоционального стресса и гипоксией плода, и той, ни другой связи обнаружено не было, это значит, что риск развития гипоксии плода высок и находится в зависимости от периода беременности в момент стресса. Аналогичное положение можно констатировать и в отношении акушерских кровотечений и первичной родовой слабости.

Таким образом, данные клинических исследований влияния острого психоэмоционального стресса на течение беременности в различные её сроки свидетельствуют об увеличении ОР и ОШ развития различных перинатальных осложнений в последующие после него периоды.

Литература

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство / С-Пб., "Сотис", 2001
2. Бодров В.А. Информационный стресс// Учебное пособие для вузов // М. ЛЕРСЭ, 2000
3. Брехман Г.И. Эмоциональные и психологические особенности женщин с физиологическим течением беременности и угрозой её прерывания в первом триместре по данным метода цветочных выборов //Журн.практ.психолога (Фолиум). 1996. №4. С.26-30
4. Вараксина Г.Н. Психонегативные изменения у женщин с невынашиванием беременности //Матер. Всеросс.конф. Иваново, 2001. С. 105-108
5. Горемыкин В.И. Изменения психоэмоционального статуса у женщин с угрозой прерывания беременности и их коррекция //Матер.Всеросс.конф. Иваново, 2001. С. 144-147
6. Коваль И.П. Влияние психоэмоционального статуса и вегетативной регуляции беременных женщин групп высокого риска по перинатальным осложнениям на исход родов и состояние новорожденных // Автореф. канд. дисс., Владивосток, 2000
7. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France / Boyer J., Coste J., Shojaei T. [et al.] //Am. J. Epidemiol. 2003. Vol. 157. P. 185-194
8. Roberts J.M., Hubel C.A. Is oxidative stress the link in the two stage model of pre-eclampsia. Lancet : 354: 2000; p. 788-789

Хулоса

**Оризаҳои дар айёми зоиш рӯйдиханда дар занони ҳомилае,
ки иҷҳоди рӯҳӣ-ҳаяҷониро гузаронидаанд
Ф.М. Абдурахмонова, З.Х. Рафиева**

Тадқиқоти сарири таъсири иҷҳоди шадиди рӯҳӣ-ҳаяҷонӣ ба давраи ҳомиладорӣ дар мӯҳлатҳои гуногуни он аз баландшавии хатари нисбӣ ва таносуби имкониятҳои инкишофи оризаҳои гуногуни дар айёми зоиш рӯйдиханда шаҳодат медиҳанд.

Summary

**PERINATAL COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN
SURVIVED PSYCHOEMOTIONAL STRESS**

F.M. Abdurahmanova, Z.H. Rafieva

Clinical investigations of the influence of acute psychoemotional stress on different periods of the pregnancy testify about of increasing relative risk and development of different perinatal complications.

Key words: perinatal complications, psychoemotional stress

