

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

© О.Ю. Чонко, 2016

УДК 618.3:618.33:618.36 – 007.281 – 021] – 036

О.Ю. ЧОНКО

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, Ужгород

ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ В ЖІНОК ІЗ ПЕРЕДЧАСНИМ ВІДШАРУВАННЯМ ПЛАЦЕНТИ В АНАМНЕЗІ

Вагітність для жінки — це не що інше, як можливість відчувати себе по-справжньому щасливою. Для кожної майбутньої мами важливо знати, що її малюк чудово себе відчуває, перебуваючи в утробі. На жаль, існує величезна кількість факторів, які можуть несприятливо впливати на загальний стан плода, а саме — знижувати надходження кисню до органів і тканин. У статті представлені дані наукового дослідження, що характеризують особливості перебігу гестації у жінок з передчасним відшаруванням плаценти в анамнезі. Виявлено, що перинатальні наслідки у вагітних з передчасним відшаруванням плаценти в анамнезі гірші, ніж у здорових жінок без передчасного відшарування плаценти в анамнезі.

Ключові слова: перинатальні ускладнення, преєклампсія, передчасне відшарування плаценти

Вступ. Несприятливі демографічні показники на території України впродовж останніх років свідчать про стійкий від’ємний приріст населення. Станом на 1 грудня 2010 року чисельність населення становила 45 млн 795 тис. 911 осіб, а 1 березня 2011 року — 45 млн 750 тис. [2]. У середньому по Україні показник коефіцієнта народжуваності складає 10,6 народжених на 1000 жителів. Найвищий (більше ніж 14 немовлят на 1000 осіб) — у Волинській, Закарпатській та Рівненській областях. Проблема зниження перинатальної смертності і захворюваності продовжує залишатися однією з найважливіших у сучасному акушерстві.

Перинатальний період розпочинається з двадцять другого тижня вагітності і завершується сто шістдесят восьмою годиною життя дитини (тобто, перші сім діб життя). Перинатальний період дуже важливий, адже саме у цей час плід найбільш вразливий до зовнішніх чинників, хвороб матері чи інфекцій у її організмі тощо. Тому, охорона дитини на цьому етапі — найголовніше завдання для лікарів [1, 6].

Перинатальний період становить всього 0,50 % від загальної тривалості життя людини, та саме протягом перинатального періоду формується фізичне та психоемоційне здоров’я людини в наступні роки життя [1, 2].

Передчасне відшарування плаценти (Premature detachment of the placenta) — це відшарування плаценти під час вагітності або у I — II періодах пологів, що призводить до кровоте-

чі. Кровотеча може бути зовнішньою (вагінальна кровотеча) та внутрішньою (формування ретроплацентарної гематоми) [3]. Однією з причин, яка може призвести до передчасного відшарування плаценти, є гіпергомоцистеїнемія. Гіпергомоцистеїнемія — мультифакторний процес із залученням генетичних і негенетичних механізмів. Причини гіпергомоцистеїнемії можуть бути спадковими і набутими.

Гіпергомоцистеїнемія може бути однією з причин розвитку генералізованої мікроангіопатії в другій половині вагітності, що проявляється у вигляді пізнього токсикозу (гестозу) — преєклампсії та еклампсії. Для гіпергомоцистеїнемії характерний розвиток важких, часто некерованих станів, які можуть призводити до дотрокового переривання вагітності за медичними показаннями. Народження недоношеної дитини (недоношеними вважаються діти, народжені в період з 28 по 37 тижень вагітності, мають масу тіла 1000–2500 г та довжину тіла 35–45 см) в таких випадках супроводжується високою дитячою летальністю і великим відсотком неонатальних ускладнень.

Доведено, що гіпергомоцистеїнемія є однією з причин такої важкої, несумісної з життям матері і дитини патології, як аненцефалія (відсутність головного мозку) і розщеплення дуг хребців (spina bifida). Перша патологія призводить до стовідсоткової летальності, а друга — до розвитку серйозних неврологічних порушень, включаючи моторний параліч, довічну інвалідність і передчасну смерть [7].

Мета дослідження. Проаналізувати перинатальні аспекти у вагітних із передчасним відшаруванням плаценти в анамнезі.

Матеріали та методи. Нами проведено клініко-статистичний аналіз індивідуальних карток вагітних, історій пологів та карток новонароджених у жінок із передчасним відшаруванням плаценти в анамнезі. Під нашим спостереженням перебувало 50 жінок віком від 25 до 29 років із терміном вагітності від 6 до 38 тижнів із передчасним відшаруванням плаценти в анамнезі (основна група) та 50 жінок такого ж віку з таким же терміном вагітності, з нормальним перебігом вагітності без передчасного відшарування плаценти в анамнезі, що склали контрольну групу. Обстеження вагітних включало виявлення генітальних інфекцій, імунологічне обстеження (антифосфоліпідних антитіл, вовчакового антикоагулянту).

При дослідженні системи гемостазу аналізували параметри розширеної коагулограми, визначали рівень гомоцистеїну (ГЦ) в плазмі крові. Проводилася ультразвукова біометрія плода і плаценти, біофізичний профіль плода (БПП), кардіографічне дослідження плода, доплерометрія крові у системі мати – плацента – плід. Критерієм статистичної вірогідності отриманих результатів вважали загальноприйняту в медицині величину p (критерій Стьюдента). Серед загальноклінічних методів обстеження найбільша увага приділялась збору анамнезу, оцінці клінічної симптоматики, що проводилась згідно з протоколами надання акушерської допомоги вагітним та породіллі.

Результати досліджень та їх обговорення. Під час клінічного обстеження жінок привертає увагу висока частота вагітних із передчасним відшаруванням плаценти в анамнезі.

В анамнезі виявлено наявність таких акушерських ускладнень: прееклампсія легкого ступеня – у 25 жінок, прееклампсія середнього ступеня – у 6 жінок, важкий ступінь – у 2 жінок. Дисфункція плаценти – одне з найбільш поширених ускладнень вагітності. За часом і механізмом виникнення виділяють первинну плацентарну недостатність, що виникає до 16 тижнів вагітності, і вторинну, що розвивається після цього терміну під впливом на сформовану плаценту зовнішніх факторів.

Первинна плацентарна дисфункція пов'язана із змінами в будові, розташування, прикріплення плаценти і дозріванні ворсин хоріона (майбутньої плаценти). Існує безліч причин, здатних привести до виникнення первинної плацентарної недостатності. До них, в першу чергу, відносяться генетичні чинники, а також ферментативні порушення, що заважають нормальному розвитку плодового яйця.

Вторинна плацентарна недостатність, як правило, розвивається на тлі ускладнень вагітності (загроза переривання, гестоз) або при наявності у жінки різних захворювань, таких як гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, захворювання серця, нирок, гіпо- або гіперфункція щитоподібної залози.

Перші епізоди клінічно вираженої загрози переривання вагітності та госпіталізація пацієнток у гінекологічне відділення спостерігалось до 20 тижнів у 4 % жінок. При проведенні ультразвукової діагностики (УЗД) нами виявлено, що під час гестації у вагітних жінок основної групи характерне більш часте низьке прикріплення плаценти в 3,4 % жінок проти 1 жінки в групі контролю ($p < 0,01$). На підставі проведеного дослідження можна виділити низку ультразвукових параметрів, що у 5,6 % вагітних жінок основної групи в 33–37 тижнів вагітності виявлено ретардацію плода проти 2 жінок в групі контролю ($p < 0,01$).

Окрім того, слід зазначити, що тільки у 5 випадках було діагностовано затримку внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР) I ступеня, а у решти випадків відставання фетометричних показників від гестаційного терміну було більшим ніж на 2 тижні.

Комплексна оцінка параметрів біофізичного профілю плода за А. Vintzileos у контрольній групі складала $11,8 \pm 0,1$ бала, що є нормою, а у вагітних із основної групи середній бал – $6,2 \pm 0,2$ ($p < 0,05$).

При оцінці БПП ми звернули увагу на те, що не всі показники змінюються однаково. Максимальних змін зазнавали нестресовий тест, який відображає реактивність частоти серцевих скорочень, рухова активність та тонус плода. Такі тенденції пояснюють різною чутливістю центрів нервової системи плода до кисневого голодування, що обумовлено різною локалізацією й ступенем зрілості структур головного мозку, в яких розташовані відповідні центри. При проведенні доплерометричного дослідження в основній групі у більшості випадків простежувалося поєднання порушень у матковій артерії, при зростанні середнього систоло-діастолічного співвідношення (С/Д) в $1,4 \pm 0,2$ рази і в пупкових артеріях в $1,4 \pm 0,02$ рази.

Аналіз гестаційних ускладнень показав, що в жінок основної групи патологія вагітності і пологів траплялася значно частіше: вірогідне, порівняно з контролем, збільшення частоти гестозів I половини вагітності, загрози переривання вагітності, часткового відшарування хоріона та плаценти – 30 %, ускладнень з боку плода: дистрес плода – у 40 % та ЗВУР – у 10 %.

Показання до операції у жінок із передчасним відшаруванням плаценти в анамнезі був дистрес плода – у 40 % або загроза його антенатальної загибелі – 2 %.

Дистрес плода (внутрішньоутробна гіпоксія, респіраторний дистрес – синдром (РДС), загрозовий стан плода, синдром дихальних розладів) — відповідна реакція плода на зниження концентрації кисню в крові. Згідно з даними ВООЗ, дистрес плода виникає приблизно у 20 % випадків від загальної кількості вагітностей.

Розвиток гострої гіпоксії плода при активній родовій діяльності пов'язаний із швидкою діяль-

ністю матки. При скороченні міометрія судини в матці частково здавлюються, в результаті чого порушується кровопостачання плода. При нормальному перебігу вагітності організм плода легко переносить короточасне кисневе голодування. Дистрес плода в пологах найчастіше розвивається при: передчасній пологовій діяльності (термін гестації менше 38 тижнів), слабких або стрімких пологах, багатоплідній вагітності, клінічно вузькому тазі, великому плоді, відшарування плаценти з наступним розвитком маткової кровотечі.

Гостра прогресуюча гіпоксія в пологах загрожує життю плода, тому вимагає негайного розродження. При дистресі плода в першому періоді пологів необхідне проведення ургентної операції кесаревого розтину. При розвитку дистресу плода в періоді вигнання плода акушер-гінеколог проводить накладання акушерських щипців або операцію вакуум-екстракції плода. Перш ніж планувати вагітність, необхідно переконатися в тому, що організм жінки здатний впоратися з майбутнім навантаженням. Саме тому, своєчасна діагностика та лікування соматичних захворювань жінки допомагають уникнути розвитку дистресу плода.

Пологи в досліджуваній групі у 100 % випадках закінчилися шляхом проведення кесаревого розтину. Показаннями до кесаревого розтину були прееклампсія (40%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (30%), неспроможність рубця на матці (10%), а з боку плода – дистрес плода (40%).

Прееклампсія вагітних є патологічним станом, характерним для якого є наявність трьох основних ознак: артеріальної гіпертензії (систолический артеріальний тиск (АТ) вище 139 мм рт. ст., діастолічний вище 90 мм рт. ст. або підвищення АТ на 30 мм рт. ст. від вихідного), білка в сечі (протеїнурія), появи набряків (при цьому знижується добовий обсяг сечі). Залежно від тяжкості стану, розрізняють 3 ступені прееклампсії вагітних. Прееклампсія вагітних – легкого ступеня – характеризується стійким підвищенням АТ до 150/90 мм. рт. ст., наявністю набряків голянок, стоп і кількістю білка в сечі не більше 1 г/л, рівень креатиніну складає не більше 100 мкмоль/л. Прееклампсія вагітних – середнього ступеня, на цій стадії АТ підвищується до 170/100 мм рт. ст., набряки поширюються на черевну стінку, кисті рук, обличчя. Кількість білка в сечі коливається в межах 1-5 г/л, рівень креатиніну в крові від 100 до 300 мкмоль/л. Прееклампсія вагітних – важкого ступеня характеризується підвищенням АТ 170/110 мм рт.ст., кількість білка в сечі більше 5 г/л, рівень креатиніну складає 300 мкмоль/л і приєднується неврологічна симптоматика. При відсутності лікування ця стадія переходить в еклампсію загрозливий стан, що вимагає невідкладних заходів щодо порятунку життя плода та матері.

Вибір тактики лікування залежить від стадії прееклампсії вагітних. При легкій формі лікувальні заходи спрямовані на нормалізацію діурезу і підтримання оптимального рівня АТ. Для цього признача-

ють ліжковий режим, стіл №5, а також регулярне вимірювання АТ та щоденний контроль кількості білка в сечі. При середньому ступені тяжкості головним завданням є стабілізація стану вагітної шляхом зниження рівня АТ. Для цих цілей використовують магnezіальну терапію (магnezіальна терапія – це болосне введення 4 г сухої речовини сульфату магнію (в/в протягом 5 хвилин) з подальшою безперервною внутрішньовенною інфузією зі швидкістю, яка визначається станом хворої. Якщо дозволяє термін гестації, після стабілізації стану жінки показане планове розродження. Лікування тяжкого ступеня прееклампсії вагітних спрямоване на запобігання розвитку еклампсії. У цьому випадку показано екстрене оперативне розродження шляхом операції кесаревого розтину з проведенням магnezіальної і дезінтоксикаційної терапії.

За нашими даними, діти від матерів із передчасним відшаруванням плаценти в анамнезі народилися з масою менше 2100–2200 г, а в деяких випадках були й недоношеними. Серед новонароджених дітей від жінок із передчасним відшаруванням плаценти в анамнезі, які народилися з асфіксією різного ступеня, рання неонатальна смертність становила 2 випадки, чого не було в контрольній групі.

Аналіз післяпологового періоду у жінок досліджуваної групи показав, що найчастішими ускладненнями були анемія 2–3 ст. (82 %) випадків, ранева інфекція (14 %), ендометрит (4 %). У новонароджених респіраторний дистрес-синдром виявлено у 8 % випадків, гіпоксична ішемічна енцефалопатія – у 45 %. Причини гострої плацентарної дисфункції є порушення дозрівання і формування плаценти у жінок із патологією ендометрія, оваріально-гіпофізарними і наднирниковими порушеннями, жінки з абортми і звичним невиношуванням в анамнезі.

Висновки. Перебіг вагітності у жінок із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі ускладнюється дистресом плода під час вагітності та в пологах у 40 %, затримкою розвитку плода – у 10 %, антенатальною загибеллю плода – у 4 %.

У жінок із передчасним відшаруванням плаценти в анамнезі пологи закінчились кесаревим розтинном, а 40,0 % дітей народились з асфіксією різного ступеня тяжкості, серед них зареєстровано 4% випадків ранньої неонатальної смертності.

Для покращення перебігу вагітності і народження здорової дитини слід проводити пропаганду здорового способу життя, планування сім'ї, усвідомленого ставлення до вагітності і пологів, активне спостереження вагітності, виявлення і ведення груп ризику.

Вагітна жінка повинна пам'ятати просте правило: якщо добре мамі, то добре і дитині. Це означає, що вагітній жінці слід дотримуватися режиму праці та відпочинку, правильно харчуватися, відмовитися від куріння і вживання алкоголю.

Коли мама здорова – дитині ніщо не загрожує.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Башмакова Н.В. Антифосфолипидный синдром и невынашивание беременности: клиника, диагностика, лечение / Н.В. Башмакова. — Екатеринбург, 2000. — С. 52—59.
2. Вороненко Ю.В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Ю.В. Вороненко. — Київ, 2000. — С. 58—59.
3. Мордухович О.С. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. — М.: Медицина УзССР, 2011. — С. 135—138.
4. Мордухович А.С. Клінічні і імунологічні дані при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти // Акушерство і гінекологія. — 2009. — С. 58—60.
5. Филиппов О.С. Плацентарная недостаточность: Клиническое руководство по эффективной помощи / О.С. Филиппов. — М. : Медицина, 2009. — С. 159.
6. Чечуга С.Б. Тромбофілічна концепція патогенезу синдрому втрати плода / С.Б. Чечуга // Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. — 2007. — Т. 143, Ч. III. — С. 236—238.
7. Kirchner H.L. Perinatal correlates and neonatal outcomes of small for gestational age infants born at term gestation / H.L. Kirchner // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2001. — №3. — P. 185—186.

O.U. CHONKO

Uzhhorod National University, Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Uzhhorod.

PERINATAL ASPECTS IN WOMEN WITH PLACENTAL ABRUPTION IN HISTORY

Pregnancy for women is not that other, as an opportunity to feel truly happy. For every expectant mom need to know that her baby well in the womb. Unfortunately, there are many factors that can adversely affect the overall condition of the fetus, namely, to reduce the flow of oxygen to organs and tissues.

The article presents data of research characterising the course of gestation in women with premature detachment of normally situated placenta in history. It is revealed that perinatal outcomes in women of the main group worse than control women (healthy women).

Key words: placente abruption, pregnancy, labor, preeclampsia, amplication

Стаття надійшла до редакції: 9.02.2016 р.