

Тактика ведення вагітності за наявності аномальної плацентації

В.І. Бойко, Т.В. Шевченко

Медичний інститут Сумського державного університету МОМолодьспорту України

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність наукового завдання, що вивчається. Антенатальне порушення стану плода у жінок з аномальною плацентацією є визначальними в неонатальній патології і виникненні ускладнень пологового процесу, що на тлі хронічного страждання плода посилює його стан і призводить до значної частоти народження хворих дітей або інтранатальної їх загибелі. Отримані результати дозволили розробити алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на зниження частоти перинатальної патології.

Ключові слова: аномальна плацентація, вагітність, тактика ведення.

Однією з основних проблем сучасного акушерства є розробка ефективних заходів профілактики материнської і перинатальної смертності. Серед причин, що впливають на підвищення цих інтегральних показників, слід зазначити аномальне розташування плаценти (АРП), тобто локалізацію її в області нижнього сегмента матки, частково або повністю нижче частин плода, що передлежать. Материнська смертність в разі передлежання плаценти становить 2,3–10,1%, перинатальна досягає 22,2–41,7% [1–3].

Акушерський аспект проблеми полягає в вирішенні питання збереження або пролонгації вагітності при кровотечах, що виникають унаслідок АРП. У перинатології дана проблема представляє інтерес з позицій затримки внутрішньоутробного розвитку плода і передчасного переривання вагітності [1–3]. Проте багато питань етіології, патогенезу, перебігу вагітності і пологів, стану плода і новонародженого за умов АРП залишаються до теперішнього часу остаточно не вивченими.

Віддалення плаценти від зіву матки аж до повного видалення із зони низької плацентації називається міграцією. Передбачається, що зміна положення плаценти відбувається внаслідок розтягування нижнього сегмента матки, регресу плацентарної тканини при регулярних мікровідшаруваннях або під дією ферментів цервікальних залоз [1–3]. Не знайдено в літературі даних комплексних досліджень функціонального стану плаценти в процесі її переміщення. Відсутня порівняльна характеристика мігруючої і низько розташованої плаценти з оцінкою впливу її локалізації на будову ворсинчастого хоріона, результати вагітності і пологів, стану плода і новонародженого.

Усе вищевикладене стало підставою для проведення наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливе наукове завдання сучасного акушерства.

Метою дослідження було зниження частоти перинатальної патології в жінок з аномальною плацентацією на підставі вивчення клінічних, ехографічних, ендокринологічних, мікробіологічних і морфологічних досліджень, а також розробка і впровадження вдосконаленого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проспективно спостерігалися 148 жінок (основна група) з АРП. Низька плацентація виявлена під час ультразвукового дослідження (УЗД) у 14–16 тиж вагітності. Згідно з класифікацією аномалій плацентації і варіантів міграції плаценти [1–3], критерієм включення пацієнток до основної групи

було розташування плаценти (у 14–16 тиж) на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки. Контрольна група – 60 практично здорових вагітних з нормальною плацентацією.

З 16 тиж вагітності здійснювався УЗ-контроль процесу міграції з оцінкою положення і відстані нижнього полюса плаценти відносно внутрішнього зіву. Після отримання різноманітних фізичних і функціональних параметрів процесу міграції і плацентації, а також клінічних характеристик обстежуваних пацієнток нам представилося доцільним розподілення варіантів міграції плаценти відносно внутрішнього зіву шийки матки. Проведений аналіз клінічних характеристик, періоду гестації і пологів вагітних основної групи залежно від положення плаценти і реалізації процесу її міграції:

I підгрупа – 29 (19,6%) пацієнток з повним і неповним передлежанням плаценти; процес міграції був відсутній;

II підгрупа – 55 (37,2%) жінок з низьким розташуванням плаценти внаслідок неповної (незавершеної) міграції (нижній край плаценти нижче 5 см від внутрішнього зіву);

III підгрупа – 64 (43,2%) жінки, в яких в результаті повної (завершеної) міграції плацента перемістилась у верхні відділи матки (нижній край плаценти на 5 см вищий за внутрішній зів).

Функціональний стан системи мати–плацента–плід оцінювався за даними біохімічного скринінгу, ехографічного, доплерометричного і кардіотокографічного дослідження.

Для лабораторної діагностики плацентарної дисфункції (ПД) чотирикратно досліджували вміст плацентарного протеїну, що асоціюється з вагітністю (РАРР-А), β-субодиниці хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ), альфа-фетопротеїну (АФП), естріолу в I, II і III триместрах в основній і контрольній групах.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними факторами ризику аномального розташування плаценти є:

- соціально-біологічні: вік вагітної понад 30 років, психоемоційне навантаження, сімейний стан (самотні);
- порушення менструальної функції;
- ранній початок статевих життів;
- обтяжений репродуктивний анамнез;
- порушення архітекτονіки матки;
- хронічні запальні захворювання статевих органів;
- високий індекс інфекційних захворювань;
- ендокринопатії генітального та соматичного генезу.

У разі аномального розташування плаценти процес її міграції виявлено у 80,4% випадків, при цьому повна міграція встановлена в 43,2% вагітних і неповна – у 37,2% пацієнток. У 19,6% спостережень міграція плаценти відсутня, що призводило до повного або неповного її передлежання.

Провідними ускладненнями клінічного перебігу вагітності в разі аномального розташування плаценти є загроза переривання (56,1±4,9%), метрорагія (27,9±2,6%) та плацентарна дисфункція (43,8±3,7%).

За оцінкою ступеня дозрівання плаценти встановлено, що для аномальної плацентації характерне запізнене дозрівання

плаценти (49,3%) порівняно з передчасним (12,2%), а своєчасне виявлене в 38,5% випадків. При цьому порушення дозрівання плаценти можуть бути причиною особливостей процесу її міграції.

Порушення кровотоку в матці, плаценті і плода в разі аномальної плацентації свідчать про наявність плацентарної дисфункції різного ступеня, при цьому ступінь і частота даного ускладнення мають пряму залежність від розташування плаценти – чим нижче розташована плацента, тим вище рівень порушень матково-плацентарного кровотоку і затримки розвитку плода.

Частота кесарева розтину та передчасних пологів залежить від локалізації плаценти:

- сумарна частота абдомінального розродження в разі аномальної плацентації становить 52,7%, причому в разі її передлежання – 100%; при низькій плацентації – 58,2% і при мігруючій плаценті – 26,6%;

- сумарна частота передчасних пологів становила 25,7%, при цьому в разі передлежання плаценти – 41,4%; при низькому її розташуванні – 37,2% і при мігруючій плаценті – 12,5%.

Перинатальні наслідки розродження залежать від варіанта аномальної плацентації:

- перинатальні втрати (13,5%) виникали в разі передлежання плаценти та її низького розташування, а головною причиною була глибока недоношеність на фоні декомпенсованої плацентарної дисфункції і затримки розвитку;

- сумарна частота захворюваності новонароджених становила 50,7%, при цьому в разі передлежання плаценти вона становила 79,3%; при низькій плацентації – 65,5% і при мігруючій плаценті – 25%.

Для практичної охорони здоров'я з метою профілактики перинатальної патології за наявності ризику виникнення аномалій плацентації необхідно дотримуватися розробленого нами алгоритму:

- у ранні терміни вагітності необхідно виділяти групи ризику виникнення аномалій плацентації;

- діагноз аномальної плацентації слід встановлювати за даними УЗД у 16 тиж вагітності, при цьому кожні 2–4 тиж (залежно від локалізації плаценти) необхідно проводити динамічний ультразвуковий контроль за характером міграції плаценти з використанням класифікації, яка включає локалізацію, тип і варіант її зміщення;

- локалізація плаценти визначається переважним розташуванням її відносно стінок матки (передня/задня/бокові). Під типом міграції необхідно розуміти швидкість переміщення плаценти від рівня внутрішнього зів'язу в напрямку вверх (швидкий, помірний, повільний): 1 – повільний (позитивний) – менш 0,3 см/тиж; 2 – помірний – 0,3–0,5 см/тиж; 3 – швидкий (негативний) – понад 0,5 см/тиж;

- варіант процесу міграції характеризується закінченням: закінчений варіант (повна міграція) – нижній край плаценти на відстані понад 5 см від внутрішнього зів'язу і незакінчений варіант (неповна міграція) – нижній край плаценти на відстані менше 5 см від внутрішнього зів'язу;

- з 20 тиж вагітності показано використання доплерометричного контролю, а після 32 тиж – КТГ-дослідження за станом фетоплацентарної системи;

- з II триместру вагітності необхідно проводити профілактику плацентарної дисфункції (метаболічна терапія) курсами по 4 тиж з інтервалом 1–2 тиж;

- показаннями до планової госпіталізації пацієнток з аномальною плацентацією є: кров'яністі виділення зі статевих шляхів, загроза переривання вагітності, плацентарна дисфункція, затримка розвитку плода і відсутність міграції плаценти к 32–35 тиж вагітності;

- термінове (дотрокове) розродження проводиться при повторних кров'янистих виділеннях зі статевих шляхів, ма-

сивній одночасній крововтраті, поєднанні кровотечі з гіпово-лемією і в разі декомпенсованої форми плацентарної дисфункції;

- показаннями до планової операції кесарева розтину в 38–39 тиж є: передлежання плаценти; субкомпенсована форма плацентарної дисфункції в разі неповної і повної міграції плаценти; поєднання варіантів міграції з суттєвою акушерською та екстрагенітальною патологією;

- пологи через природні шляхи слід проводити в жінок з низьким розташуванням (варіант неповної міграції) та завершеною міграцією плаценти за відсутності порушень з боку фетоплацентарного комплексу (компенсована форма плацентарної дисфункції), відсутності гострої акушерської патології (відшарування плаценти).

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність наукового завдання, що вивчається. Антенатальне порушення стану плода в жінок з АРП є визначальними в неонатальній патології і виникненні ускладнень пологового процесу, що на тлі хронічного страждання плода посилює його стан і призводить до значної частоти народження хворих дітей або інтранатальної їх загибелі. Отримані результати дозволили розробити алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на зниження частоти перинатальної патології.

Тактика ведення вагітності при аномальній плацентації

В.І. Бойко, Т.В. Шевченко

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність вивчення наукової задачі. Антенатальні порушення стану плода у жінок з аномальною плацентацією є визначальними в неонатальній патології і виникненні ускладнень пологового процесу, що на тлі хронічного страждання плода призводить до високого рівня народження хворих дітей або інтранатальної загибелі. Отримані результати дозволили розробити алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на зниження частоти перинатальної патології.

Ключевые слова: аномальная плацентация, беременность, тактика ведения.

Tactics of conducting pregnancy at abnormal placental position

V.I. Boyko, Shevchenko T.V.

Results of the spent researches testify to an urgency of a studied scientific problem. Antenatal infringements of a condition of a born at women with abnormal placental position are solving in development neonatal pathology and complications at delivery. Against chronic suffering of a born it leads to high level of a birth of sick children or them intranatal destruction. The received results have allowed to develop algorithm of the diagnostic and treatment-and-prophylactic actions directed on decrease of frequency perinatal pathology.

Key words: abnormal placental position, pregnancy, conducting tactics.

ЛІТЕРАТУРА

1. Безнощенко Г.Б. Организация скрининга в перинатальном периоде у женщин с низким прикреплением плаценты // Омский научный вестник. – 2004. – № 3. – С. 164–165.
2. Медяникова И.В. Особенности течения беременности и родов при аномалиях плацентации // Вестник Кузбасского научного центра: Материалы 11-й научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Кемерово, 2007. – № 4. – С. 86–89.
3. Тимофеева И.В. Факторы риска возникновения аномального расположения плаценты // Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы гинекологической эндокринологии и репродуктивного здоровья»: Тез. докладов. – Омск, 2005. – С. 59–62.