

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ ПЕРЕДЧАСНИМ ВІДТІКАННЯМ НАВКОЛОПЛІДНИХ ВОД ІЗ ДОМІШКАМИ МЕКОНІЮ

Корчинська О.О., Цибик Т.В.

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

РЕЗЮМЕ: забарвлення навколоплідних вод домішками меконію збільшує ризик негативних перинатальних наслідків. Роділлі, в яких злилися навколоплідні води з домішками меконію, потребують пильного нагляду, оскільки вони становлять групу високого ризику з акушерських та перинатальних ускладнень.

Ключові слова: вагітність, пологи, меконій, навколоплідні води

Вступ. Одним із найсерйозніших у прогностичному плані ускладнень вагітності та пологів є виникнення меконіальної аспірації у плода. При наявності меконію в навколоплідних водах у пологах нерідко (15-26%) спостерігається гіпоксія плоду; в 80-90% випадків вона поєднується з аспіраційним синдромом [1; 4]. Наслідком перенесеної гіпоксії та аспірації у дітей, народжених за наявності меконію в навколоплідних водах, є підвищення перинатальних уражень центральної нервової системи [2; 5]. За даними авторів, частота уражень ЦНС у дітей із синдромом аспірації меконію становить 35-47%, смертність досягає 4-20% [3;4]

Меконій, або першородний кал — перші фекалії новонародженого. Складається з перетравлених у внутрішньому періоді інтестинальних епітеліальних клітин, пренатального волосся, слизу, амніотичної рідини, жовчі і води. Меконій практично стерильний, і на відміну від пізніших випорожнень, він в'язкий і липкий, подібно до смоли. Не має запаху. Повністю виводиться протягом перших днів життя.

Частота меконіальної аспірації досягає 3%, а смертність новонароджених за розвитку синдрому меконіальної аспірації 46%. Частота забарвлення навколоплідних вод меконієм коливається від 9 до 20%. У 90% випадків меконіальна аспірація відбувається під час пологів.

Причина появи меконію в навколоплідних водах остаточно не встановлена.

Наявність меконію в амніотичній рідині зумовлено, в першу чергу, розладами гомеостазу плода. Загальновідомо, що при транзиторній або хронічній гіпоксії відбувається перерозподіл кровопостачання плода – «централізація». При цьому, життєво важливі органи (мозок, серце, наднирникові залози) забезпечуються киснем за рахунок менш важливих систем (скелетна мускулатура, легені, нирки, кишечник).

У результаті вазоконстрикції та місцевої гіпоксії, а також підвищення тонуусу симпатичної нервової системи виникає перистальтика кише-

чника з рефлекторним зниженням тонуусу сфінктера заднього проходу та виділенням меконію. При зменшенні кровопостачання менш важливих органів знижується секреція респіраторного тракту та сечовидільна функція плода, зменшується його ковтальна активність. Це призводить до сповільнення обміну навколоплодових вод, і меконій, що виділяється в нормі, не виводиться з амніотичної порожнини. Внаслідок зазначених змін при тривалій гіпоксії розвивається маловоддя, яке сприяє збільшенню в'язкості меконію (рис.1).

Мета дослідження. Вивчити наслідки пологів для жінок та новонароджених при домішках меконію в навколоплідних водах, що злилися передчасно.

Матеріали та методи. І основну групу спостереження склали 25 вагітних з передчасним відтіканням навколоплідних вод із домішками меконію. ІІ групу спостереження – 25 роділь з передчасним відтіканням прозорих світлих навколоплідних вод при 38-41-тижневому терміні вагітності. Контрольну групу склали 25 роділь без акушерської та соматичної патології, розроджені через природні родові шляхи із своєчасним злиттям чистих навколоплідних вод.

В І групі розрізняли рідку (світло-зеленого кольору), помірно в'язку (зеленого кольору) і густу (темно-зеленого кольору) – консистенцію амніотичної рідини. Пологи у всіх випадках велися з використанням партограми. За допомогою кардіотокографа здійснювали динамічний контроль частоти серцевих скорочень плода.

Вік роділь І групи спостереження складав від 18 до 39 років. Вік роділь ІІ групи спостереження складав від 19 до 31 року. Контрольної групи – 18-34 роки.

Першородячі І групи склали 72%, ІІ – 68%, контрольної 64%; другі роди спостерігались у 20% І групи, 28% ІІ групи і 24% контрольної групи; треті роди І групи склали у 8%, ІІ – 4%, контрольної – 12%.



Рис. 1. Патогенез виділення меконію в навколоплідні води.

Результати досліджень та їх обговорення. У всіх жінок I, II і контрольної груп менструальний цикл розпочався у 12-14 років. У контрольній групі менструація проходила безболісно, регулярно і тривала 4-6 днів. У I і II групах менструація проходила з незначним, а інколи з сильним болем і тривала 5-6 днів. У I групі менструальний цикл

проходив у 36% нерегулярно. У I групі у 8% спостерігався болючий статевий контакт.

Перебіг вагітності у I групі ускладнився раннім гестозом у 88% випадків, у II групи 80%, у контрольній групі 72%, який проявлявся блювотою, слинотечею різного ступеня важкості (рис. 2).

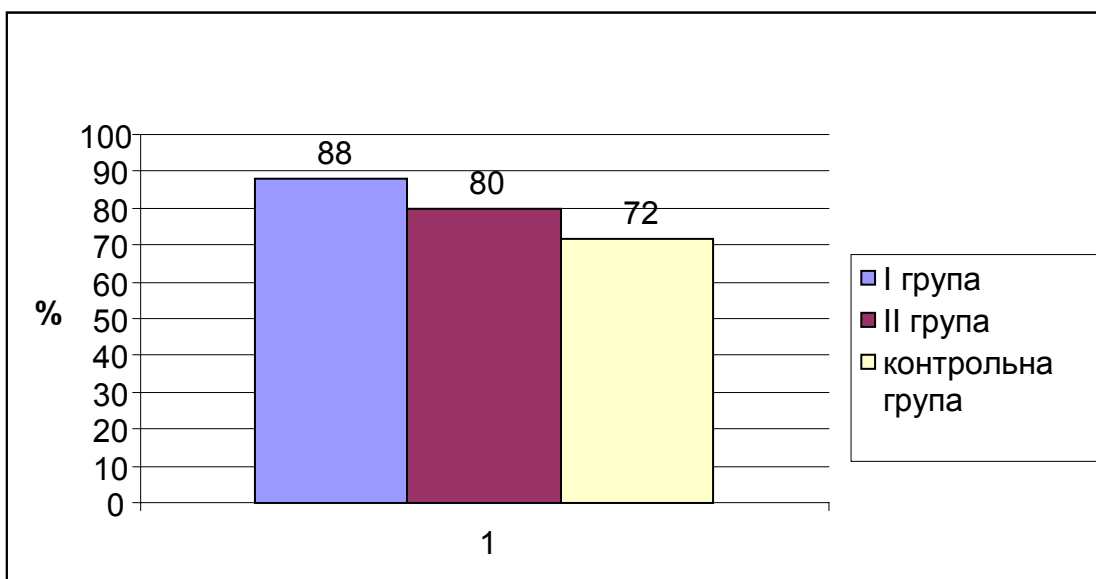


Рис. 2. Частота раннього гестозу в жінок досліджуваних груп

Блювота спостерігалась легкої і помірної форми. Основною причиною виникнення блювання вагітних є порушення взаємовідношення між діяльністю кори головного мозку, функціями вегетативної нервової системи і внутрішніх органів. Загроза невиношування та недоношування в I групі мала місце в 15 жінок, що майже вдвічі перевищувало цей показник в II групі – 8 спостережень. У контрольній групі загрози невиношування та недоношування не спостерігалось.

Прееклампсія легкого та середнього ступенів спостерігалась у 16% родиль I групи та 8% II групи та у 4% контрольної групи, яка характеризувалась гіпертонією та протеїнурією. Звертає на себе увагу висока частота виявлення TORCH-патогенів, вагінального дизбактеріозу, безсимптомної бактеріурії, гострих респіраторних захворювань під час даної вагітності у 60% пацієнок I основної групи, що не спостерігалось у контрольній групі (рис. 3).

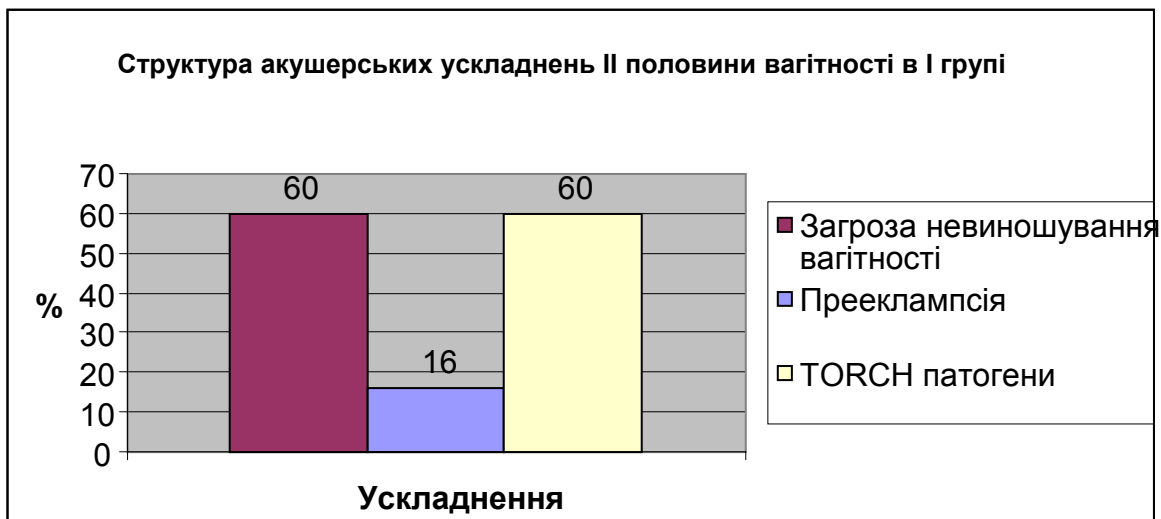


Рис. 3. Структура акушерських ускладнень II половини вагітності в I групі

Важливість TORCH –інфекцій визначається негативним впливом їх на перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також є причиною великого спектру перинатальної патології. У жінок, інфікованих TORCH-патогенами, кількість ускладнень під час вагітності і пологів вдвічі більше, ніж у здорових.

У піхві здорових невагітних жінок може існувати більше 40 видів бактерій. Основу мікрофлори складають лактобактерії, є також невелика кількість біфідобактерій і деяких інших мікроорганізмів.

Усі вони знаходяться в так званій екологічній рівновазі, а порушення нормальної мікрофлори піхви називається дизбактеріозом.

Безсимптомна бактеріурія документується, якщо в середній порції вранішньої сечі наявна бактеріурія понад 10^2 - 10^5 мікробних тіл/мл (МТ/мл) і відсутні інші клініко-лабораторні ознаки захворювання сечовивідної системи. Симптом верифікується при виявленні одного й того ж збудника в 2-3 послідовних дослідженнях.

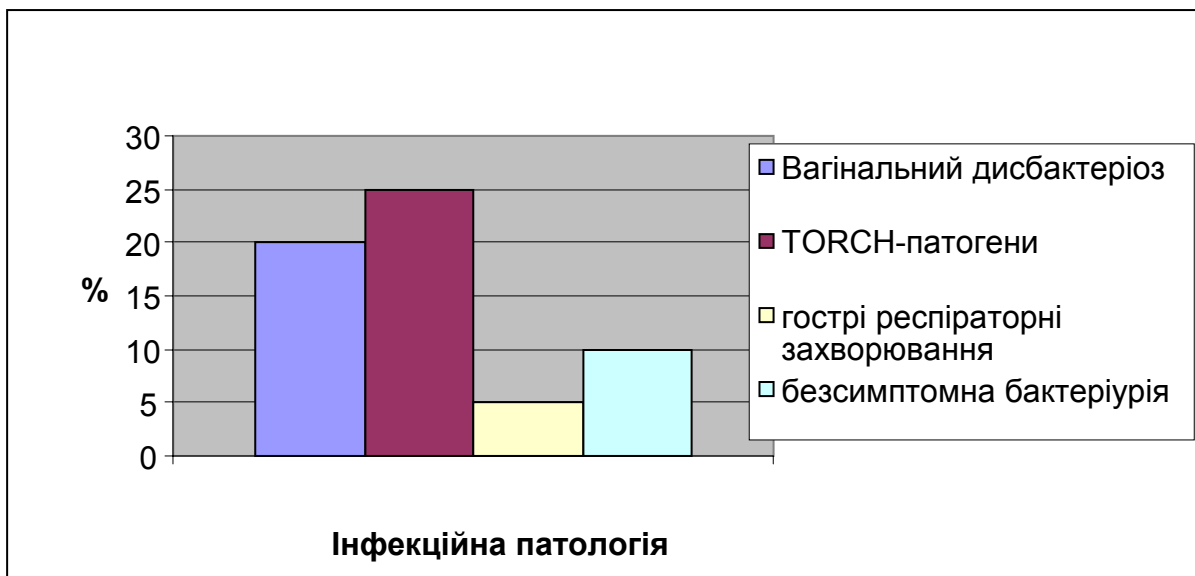


Рис. 4. Структура інфекційної патології в I групі вагітних

Передчасне відтікання навколоплідних вод I групи відбулось у 60% роділь при терміні вагітності 38-39, 40% – 40-41 тижнів; II групи – 74% при терміні вагітності 38-39, 26% при 40-41-тижневому терміні вагітності. Контрольної групи – 80% при терміні 38-39 тижнів, 20% при терміні 40-41 тижнів. Консистенція амніотичної рідини I групи у 56% випадках була рідкою (світло-зеленого кольору), у 36% – помірно в'язкою (зеленого кольору), у 8% густою (темно-зеленого кольору). У II групи і у контрольній – амніотична рідина була світлою і чистою.

В усіх випадках I групи, за наявності рідкої і у 8 спостереженнях – помірно в'язкої консистенції амніотичної рідини кардіотокографічне дослідження серцебиття показало задовільний стан плода (від 110 до 170 ударів за хвилину, варіабельність ритму 5-25 уд. на хв., наявність не менше 2 акцелерацій за 20 хв. спостереження, пов'язаних із рухами плоду). У 4% роділь помірно в'язкої консистенції амніотичної рідини, і у 8% з густою консистенцією амніотичної рідини кардіотокографічне дослідження серцебиття показало патологічний результат (від 90 до 100 ударів за хвилину, монотонний або синусоїдальний

ритм, пізні децелерації, менше 2 акцелерацій за 20 хв спостереження). У II групі і в контрольній в усіх випадках кардіотокографічне дослідження серцебиття показало задовільний стан плода (від 110 до 170 ударів за хвилину). Патологічний преліментарний період мав місце у 8 % в I та 2% в II групі.

Ускладнення пологів дискоординованою родовою діяльністю було діагностовано у 4 % випадків I групи спостереження, і 0 % II групи і контрольної. Найчастішою причиною дискоординованої діяльності є порушення нормальних реципрокних відношень між тілом і шийкою матки; на кінець вагітності не настає прогресуючого посилення рефлекторної діяльності тіла матки і зв'язаного гальмування рефлекторних реакцій із шийки матки.

Слабкість родової діяльності I групи складала 28 %, II – 8 %, контрольної – 0%, яка характеризувалася недостатністю сили і тривалості скорочень матки, і збільшенням пауз між переймами. Розриви родових шляхів складала 28% I групи, 16% II групи і 4% контрольної групи, причиною яких стали: вагінальний дизбактеріоз, кольпіти, крупний плід, висока промежина і рубці після попередніх родів.

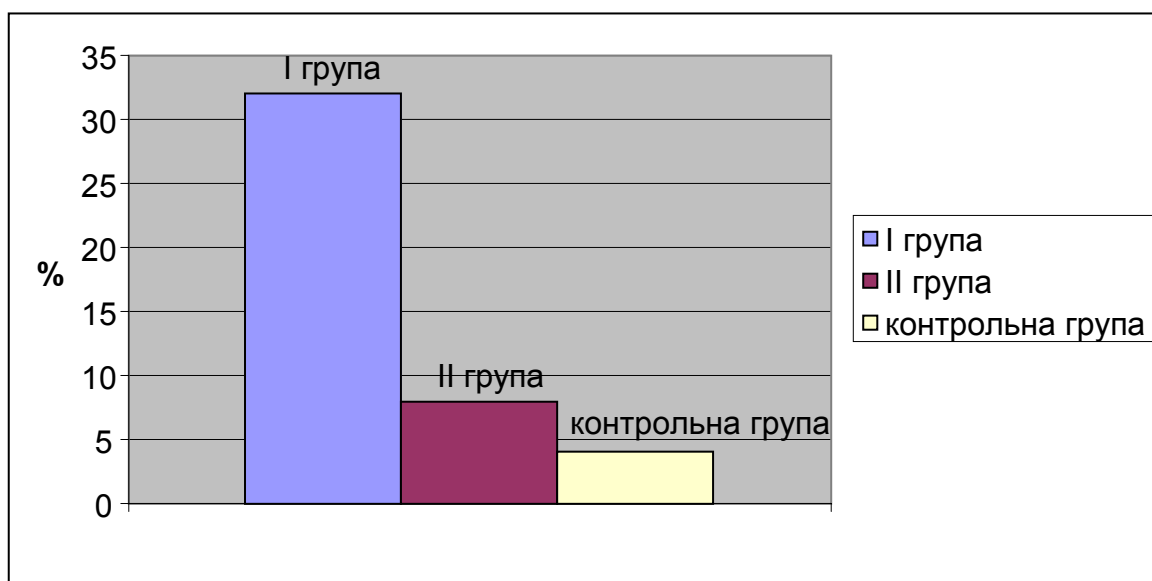


Рис. 5. Кесарів розтин

Кесарів розтин склав 32% від загальної кількості пологів I групи спостереження. Показами до кесаревого розтину служили: слабкість родової діяльності, стійка до медикаментозної корекції – 12%, дистрес плода, в тому числі на фоні обвиття пуповиною навколо шийки плоду – 12%, клінічно вузький таз на фоні крупного плоду – 4%, дискоординація родової діяльності – 4%.

Кесарів розтин II групи спостереження складав 8%, показами до якого стали: слабкість родової діяльності, що не піддавалася медикаментозній корекції – 4%, клінічно вузький таз – 4%. Кесарів

розтин у контрольній групі спостерігався у 4% (клінічно вузький таз).

Роди через природні родові шляхи I групи складала 68%, II групи спостереження – 92%, в контрольній групі – 96%. При цьому, внаслідок слабкості потуг, що стійка до медикаментозної корекції, у 8% спостережень у I групі проведено вакуум-екстракцію плоду.

Стан новонароджених у I групі характеризувався наявністю синдрому аспірації меконію в 12% випадків, що потребувало проведення реанімаційних заходів. У 16% новонароджених I групи мав місце синдром ЗВУР I ступеня та в 4% – II ступе-

ня. В II і контрольній групах стан усіх новонароджених був оцінений як задовільний.

Висновки. 1. Вагітні, у яких має місце передчасне злиття навколоплідних вод, забарвлених меконієм, становлять групу високого ризику з акушерських та перинатальних ускладнень. 2. Ти-

повими для цієї групи пацієнток є висока частота інфекційної патології, що вимагає проведення лікувально-профілактичних заходів ще на етапі жіночої консультації. 3. Передчасне злиття чистих навколоплідних вод не збільшує ризик негативних перинатальних наслідків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Козлов П.В. Акушерские аспекты мекониальной аспирации [Текст] / П.В. Козлов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003. – №5. – С. 49-52.
2. Маркін Л.Б. Особливості фетальної біофізичної активності при виникненні меконіальної аспірації у плода [Текст] / Л.Б. Маркін, І.М. Копійчук // Вісник наук. досліджень. – 2005. – № 2. – С. 29-30.
3. Маркін Л.Б. Діагностика та прогностична цінність показників кровоплину в судинах матки, пуповини і плода при хронічному фетальному дистресі [Текст] / Л.Б. Маркін, І.С. Палига // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – №2. – С. 81-84.
4. Пясецкая Н.М. Синдром аспирации мекония и перинатальный исход [Текст] / Н.М. Пясецкая, В.В. Брынъ, И.И. Гацко // Здоровье женщины. – 2005. – №1. – С. 55-57.
5. Шалина Р.М. Дыхательная активность плода как прогностический критерий развития мекониальной аспирации у плода и синдрома аспирации мекония у новорожденного [Текст] / Р.М.Шалина, Е.П.Тищенко // Акушерство и гинекология. – 2003. – №4. – С. 16-20.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF GESTATION COURSES AND LABOUR IN WOMEN WITH PRETERM OUTFLOW OF AMNIOTIC FLUID WITH ADDITIVES OF MECONIUM

Korchynska O.O., Tsybyk T.V.

Tincture of amniotic fluid by additives of meconium scales up the risk of negative perinatal complications. Parturient women, which merged amniotic fluid with additives of meconium, are required intent control, because they form a high-risk group of obstetric and perinatal complications.

Key words: gestation, labour, meconilim, amniotic fluid