

Возможные причины и прогностические критерии развития плацентарной недостаточности

Г.И.Бабаева

Азербайджанский медицинский университет
Баку, Азербайджан

В статье дан анализ изучения причин развития плацентарной недостаточности у женщин с данной акушерской патологией. Показано, что анамнестические показатели женщин, у которых течение беременности осложнено плацентарной недостаточностью, характеризуется как соматическим, так и акушерско-гинекологическим неблагополучием. Анализ полученных результатов показал, что из 76 обследованных женщин у 62 плацентарная недостаточность была вызвана угрозой прерывания беременности, 48 пациенток имели гипертензивные нарушения, у 44 наблюдалась железодефицитная анемия, что свидетельствует о многофакторности этиопатогенеза плацентарной недостаточности.

Ключевые слова: беременность, плацентарная недостаточность.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема плацентарной недостаточности сохраняет свою актуальность, являясь патологическим процессом, определяющим достаточно высокую перинатальную заболеваемость и смертность. По данным ряда авторов, частота ее колеблется от 3-4% до 45%, перинатальная заболеваемость достигает 700%, а смертность — 24,2-177,4% [3, 4]. В генезе плацентарной недостаточности важную роль играют экстрагенитальные заболевания и осложнения беременности, а также влияние генетических, эндокринных, инфекционных факторов [1, 2, 5].

Проблема диагностики плацентарной недостаточности до настоящего времени остается чрезвычайно важной, так как во врачебной

практике имеется позднее распознавание и несвоевременное лечение данной патологии. Это диктует необходимость поиска новых, более современных методов диагностики. Своевременная диагностика нарушений фетоплацентарного комплекса, осложнений беременности, несомненно, ведет к более эффективной терапии и коррекции плацентарной недостаточности, а также выбору тактики ведения беременности и родов.

Целью исследования было изучить возможные причины и прогностические критерии развития плацентарной недостаточности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 113 беременных, из которых основную группу составили 76 (67,3%) женщин с плацентарной недостаточностью, у 37 (32,7%) женщин контрольной группы данная патология беременности не отмечалась. Все женщины прошли общепринятое акушерское обследование, которое включало: сбор анамнеза, объективное обследование, клинико-лабораторное исследование.

Анамнестические данные включали в себя возраст, социальный статус, семейное положение, условия труда и быта, а также предъявляемые жалобы, перенесенные ранее заболевания, вредные привычки; информация о гинекологических заболеваниях и операциях, о характере менструальной и репродуктивной функции, начале половой жизни, контрацепции, количестве беременностей и их исходе.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ MS Excel для Windows, Statistica 8.0. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе проведения настоящего исследования нами были проанализированы возможные причины развития плацентарной недостаточности у обследованных женщин. Анализ возрастного состава обследованных пациенток показал, что практически половина из обследованных женщин находилась в возрасте от 19 до 25 лет, т.е. в активном репродуктивном возрасте. В этой возрастной группе беременные с плацентарной недостаточностью составили 44,7% (n=34), а беременные без данной патологии — 48,7% (n=18). Также обращает на себя внимание тот факт, что среди женщин с плацентарной недостаточностью наблюдался высокий процент пациенток в возрасте старше 30 лет (23,7%, n=18), что является фактором повышенного риска развития данной патологии. В контрольной группе наблюдения число женщин в возрасте 31 год и старше составило 8,1% (n=3) (p<0,05). По остальным возрастным группам беременные основной и контрольной группы были сопоставимы.

При оценке репродуктивной функции обследованных женщин было установлено, что 47,8% (n=37) из них были первобеременными первородящими в основной группе и 43,2% (n=16) — в контрольной группе. Повторнобеременными первородящими были 20 (26,3%) пациенток основной и 10 (27,0%) беременных контрольной группы. Повторнородящими — 19 (25,0%) женщин основной и 11 (29,7%) — контрольной группы. Исходя из полученных результатов, видно, что процент первородящих из числа всех обследованных был выше, чем повторнородящих: соответственно 75,0% в основной группе и 70,2% в группе контроля.

Социальный состав беременных с плацентарной недостаточностью был следующим: работающие — 30,2% (n=23), домохозяйки — 54,0% (n=41), студентки — 15,8% (n=12). Социальное положение женщин контрольной группы было практически таким же: работающие — 27,0% (n=10), домохозяйки — 56,7% (n=21), студентки — 16,3% (n=6).

Также был проведен анализ особенностей полового поведения в обследуемых группах. Возраст начала половой жизни колебался от 18 до 25 лет. Раннее начало половой жизни (до 18 лет) было отмечено у 18,4% женщин основной группы и у 13,5% женщин контрольной группы. Средний возраст начала половой жизни был 20,8±1,7 года в основной группе и 21,4±2,2 года — в контрольной группе. Достоверной разницы между основной и контрольной группами в среднем возрасте во времени начала половой жизни не выявлено (p>0,05). На момент обследования состояли в браке 76,3% (n=58) женщин основной и 81,1% (n=30) женщин контрольной группы.

Особое значение имело наличие у беременных экстрагенитальной патологии. У беременных с плацентарной недостаточностью наиболее часто встречались болезни органов дыхания (53,9%) и различная эндокринная патология (38,1%), а у женщин контрольной группы — заболевания мочевыделительной (29,7%) и дыхательной (27,0%) систем. У беременных основной группы в структуре эндокринной патологии ожирение I и II степени, как возможный фактор риска развития плацентарной недостаточности отмечалось в 23,6% (n=18) наблюдений, среди беременных контрольной группы — в 5,4% (n=2) (p<0,05). В целом соматическая патология среди обследованных беременных встречалась в виде заболеваний, являющихся фоном для развития плацентарной недостаточности.

Далее нами было проведено изучение перенесенных ранее заболеваний репродуктивной системы у беременных с плацентарной недостаточностью. Следует отметить, что все пациентки имели патологическое течение беременности. Данные гинекологического анамнеза представлены в табл. 1.

Как видно из приведенных данных, гинекологический анамнез был значительно отягощен у пациенток основной группы наблюдения (p<0,05). Наиболее часто отмечались фоновые заболевания шейки матки (47,3% в основной группе и 10,8% в контрольной группе) и различные нарушения менструального цикла (34,2% и 2,7% соответственно). Нарушения менструаль-

ТАБЛИЦА 1

Структура перенесенной гинекологической патологии у обследованных пациенток

Гинекологические заболевания в анамнезе	Беременные с плацентарной недостаточностью (n=76)		Контрольная группа (n=37)	
	абс.	%	абс.	%
Эрозия шейки матки	36	47,3	4	10,8
Нарушения менструального цикла	26	34,2	1	2,7
Воспалительные заболевания половых органов	20	26,3	5	13,5
Сексуально-трансмиссивные заболевания	11	14,5	2	5,4

ной функции у женщин основной группы были представлены в виде дисменорреи (14,4%), опсоменорреи (9,2%) и полименорреи (7,9%). Наряду с этим встречалось сочетание двух или трех нозологических форм. Сочетание двух и трех нозоформ наблюдалось у 39,5% (n=30) и 9,2% (n=7) беременных основной группы. Анализ перенесенных гинекологических заболеваний показал, что наиболее значимыми из них у беременных с плацентарной недостаточностью являются эрозии шейки матки.

Таким образом, на основании полученных данных можно прийти к заключению, что имеющиеся заболевания гинекологической сферы у обследованных женщин могут явиться предпосылками возникновения и развития у них плацентарной недостаточности.

Значительный интерес представляет изучение характера осложнений у беременных с плацентарной недостаточностью, а также факторы риска ее развития, которые в поздние сроки беременности могут вести к спонтанным абортam и преждевременным родам. Анализ течения настоящей беременности выявил следующие гестационные осложнения у обследованных женщин. Так, у 81,5% пациенток плацентарная недостаточность осложнила угрозу прерывания беременности, у 63,1% сочеталась с гипертензивными нарушениями различной степени тяжести, у 57,9% — с анемией беременных. Полученные нами данные показали, что гипертензивные состояния легкой степени тяжести наблюдались у 25 (32,9%), средней степени — у 18 (23,7%), тяжелой степени — у 5 (6,5%) беременных основной группы. У 10 (13,1%) беременных с плацентарной недостаточностью была выявлена внутриутробная задержка развития плода как по симметричному (5,3%), так и по асимметричному (7,8%) типу.

Необходимо также отметить, что у наблюдаемых нами беременных основной группы имело место сочетание нескольких гестационных осложнений. Так, у 37 (48,7%) беременных отмечалось сочетание угрозы прерывания настоящей беременности с развитием гипертензивных осложнений, у 30 (39,4%) — сочетание железодефицитной анемии и гипертензивных нарушений, у 49 (64,4%) отмечалось сочетанное течение угрозы прерывания беременности и анемии. У 17,1% пациенток плацентарная недостаточность отягчалась ОРВИ во время беременности, у 13,1% — гестационным пиелонефритом.

Среди женщин контрольной группы в качестве осложнений беременности присутствовали железодефицитная анемия (18,9%; n=7) и перенесенная ОРВИ (24,3%; n=9).

Таким образом, анамнестические показатели женщин, у которых течение беременности осложнено плацентарной недостаточностью, характеризуется как соматическим, так и акушерско-гинекологическим неблагополучием. Анализ полученных результатов показал, что из 76 обследованных женщин у 62 плацентарная недостаточность была вызвана угрозой прерывания беременности, 48 пациенток имели гипертензивные нарушения, у 44 наблюдалась железодефицитная анемия, что свидетельствует о многофакторности этиопатогенеза плацентарной недостаточности.

С целью изучения влияния различных факторов риска на развитие плацентарной недостаточности нами была оценена величина относительного риска (RR) по формуле: $RR = AD/BC$, где А — число беременных из группы с плацентарной недостаточностью, имеющих изучаемый признак; С — не имеющих; В — число беременных из контрольной группы без плацентарной недостаточности, имеющих изучаемый признак; D — не имеющих.

Выявленные факторы риска послужили основой для создания прогностической таблицы.

По степени значимости при прогнозировании изученные факторы с учетом показателя относительного риска были разделены на слабо ассоциирующие и существенно влияющие на развитие плацентарной недостаточности. За слабо ассоциирующие принимались признаки со значением относительного риска меньше 2,0. Факторы, имеющие значение относительного риска более 2,0, определяли как значимые или существенные. На основании определения показателя относительного риска плацен-

ТАБЛИЦА 2

Прогностическая таблица для определения развития плацентарной недостаточности

Фактор риска развития плацентарной недостаточности	Показатель относительного риска (RR)
Возраст до 30 лет	0,28
Возраст старше 30 лет	3,52
Первородящие	1,27
Повторнородящие	0,78
Заболевания дыхательной системы	3,16
Заболевания сердечно-сосудистой системы	0,64
Заболевания мочевыделительной системы	0,53
Эндокринные заболевания	5,08
Заболевания пищеварительной системы	0,64
Эрозия шейки матки	7,41
Нарушения менструального цикла	18,80
Воспалительные заболевания половых органов	2,28
Сексуально-трансмиссивные заболевания	2,97
Железодефицитная анемия	5,91
ОРВИ	0,64

тарной недостаточности нами была составлена прогностическая таблица (табл. 2).

Как видно из данных, приведенных в таблице, основными клинико-анамнестическими факторами риска формирования плацентарной недостаточности являлись: возраст беременных старше 30 лет (RR=3,52), заболевания дыхательной системы (RR=3,16), эндокринные заболевания в анамнезе (RR=5,08), эрозия шейки матки (RR=7,41), нарушения менструального цикла (RR=18,80), воспалительные заболевания половых органов (RR=2,28), инфекции, передающиеся половым путем (RR=2,97), железодефицитная анемия (RR=5,91). По совокупным данным на одну беременную в основной группе приходилось 0,64 фактора относительного риска, что в 5,3 раза превышало аналогичный показатель в контрольной группе — 0,12. Данная таблица позволяет определить индивидуальный риск развития плацентарной недостаточности на основании клинико-анамнестических факторов с учетом значимости каждого из них.

Анализ осложнений в родах у пациенток с плацентарной недостаточностью при настоящей беременности показал, что наиболее частым осложнением в родах у пациенток с плацентарной недостаточностью являлось несвоевременное излитие околоплодных вод. Данное осложнение имело место у 34 (44,7%) из 76 женщин, находившихся под наблюдением. Такое осложнение, как дискоординация родовой деятельности, отмечалось у 18 (23,7%) пациенток. Слабость родовой деятельности наблюдалась у 16 (21,1%) женщин. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты имела место у 8 (10,5%) беременных. Все женщины с данным осложнением были родоразрешены оперативно путем проведения кесарева сечения, ввиду высокого риска перинатальных потерь и тяжелых осложнений.

ВЫВОДЫ

Таким образом, у беременных женщин с плацентарной недостаточностью имеются серьезные осложнения, влияющие на исход родов. При этом беременные и роженицы с плацентарной недостаточностью, имеющие как соматическую, так и акушерско-гинекологическую патологию, представляют собой группу высокого перинатального риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джобава Э.М. Плацентарная недостаточность и угрожающие преждевременные роды: актуальные и спорные вопросы диагностики, терапии и профилактики / Э.М.Джобава // Лечение и профилактика. — 2012. — №1. — С. 56-60.
2. Лазарева Н.В. Особенности формирования плацентарной недостаточности / Н.В.Лазарева // Вопросы практической педиатрии. — 2008. — №5. — С. 32-35.
3. Серов В.Н. Плацентарная недостаточность / В.Н.Серов // Трудный пациент. — 2005. — №2. — С. 17-20.
4. Стрижаков А.Н. Плацентарная недостаточность у беременных с гестозом: патогенез, диагностика, оценка степени тяжести и акушерская тактика / А.Н.Стрижаков, И.В.Игнатко, Е.В.Тимохина // Вестник Российской академии медицинских наук. — 2008. — №11. — С. 50-59.
5. Тезиков Ю.В. Новые подходы к ведению беременных женщин с плацентарной недостаточностью / Ю.В.Тезиков, В.А.Мельников, И.С.Липатов // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2010. — №2. С. 64-67.

Г.І.Бабаєва. Можливі причини та прогностичні критерії розвитку плацентарної недостатності. Баку, Азербайджан.

Ключові слова: вагітність, плацентарна недостатність.

У статті наведений аналіз вивчення причин розвитку плацентарної недостатності у жінок з даною акушерською патологією. Показано, що анамнестичні показники жінок, у яких перебіг вагітності ускладнений плацентарною недостатністю, характеризується як соматичним, так і акушерсько-гінекологічним неблагополуччям. Аналіз отриманих результатів показав, що із 76 обстежених жінок у 62 плацентарна недостатність була викликана загрозою переривання вагітності, 48 пацієток мали гіпертензивні порушення, у 44 спостерігалася залізодефіцитна анемія, що свідчить про багатофакторність етіопатогенезу плацентарної недостатності.

Q.I.Babaeva. Possible reasons and prognostic criteria of development of placental shortcoming. Baku, Azerbaijan.

Key words: pregnancy, placental insufficiency.

Reasons of development of placental shortcoming at women on base data pathology of midwifery had been explained in this article. Medical biography of indicators of women at which the course of pregnancy is complicated by placental shortcoming, it is characterized both somatic, and obstetric and gynecologic trouble are shown following parts of article. Analyze of getting data had shown that, among 76 investigated women in 62 of them placental shortcoming had been caused by threat of interruption of pregnancy, but 48 of the hypertension of violation and 44 of them Iron scarce anemia notifies the many-factorial signs succession of illness process of placental shortcoming.

Надійшла до редакції 24.01.2013 р.