

Діагностика і профілактика перинатальної патології при аномальній плацентації

Ю.П. Вдовиченко, С.А. Куріцина, Н.О. Урсаки

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать, що тип плацентації і особливо наявність аномальної плацентації впливає на функціональний стан фетоплацентарного комплексу, а також розвиток перинатальної патології. Для своєчасної діагностики плацентарної дисфункції і зниження частоти перинатальної патології необхідне раннє ехографічне обстеження локалізації плаценти з подальшим динамічним обстеженням пацієнток для оцінювання процесів міграції плаценти. Спосіб і терміни розродження жінок з аномальною плацентацією залежать від локалізації плаценти, завершеності її міграції і функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

Ключові слова: перинатальна патологія, аномальна плацентація, діагностика, профілактика.

Своєчасна діагностика і профілактика перинатальної патології є одним з найбільш важливих завдань сучасного акушерства [1, 2]. Дані сучасної літератури свідчать, що серед причин, що впливають на підвищення цих інтегральних показників, слід зазначити аномальне розташування плаценти (АРП), тобто локалізацію її в області нижнього сегмента матки, а також варіанти її міграції [3–5].

З акушерської точки зору АРП є однією з причин розвитку передчасного відшарування плаценти, невиношування вагітності, плацентарної дисфункції і аномалій пологової діяльності [4]. У перинатології дана проблема представляє інтерес з позицій затримки внутрішньоутробного розвитку плода і внутрішньоутробного інфікування [2].

Відомо, що зміна положення плаценти (міграція) відбувається внаслідок розтягування нижнього сегмента матки, регресу плацентарної тканини при регулярних мікрівідшаруваннях або під дією ферментів цервікальних залоз [1]. Незважаючи на значне число наукових публікацій за оцінкою функціонального стану фетоплацентарного комплексу не можна вважати всі наукові завдання даної проблеми повністю вирішеними, особливо в аспекті ранньої діагностики і профілактики перинатальної патології при аномальній плацентації.

Усе наведене вище з'явилося для нас підставою до проведення даного наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливе наукове завдання сучасного акушерства.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проспективно обстежувалися 130 жінок (основна група) з АРП. Низька плацентація виявлена при ультразвуковому дослідженні (УЗД) в терміні 14–16 тиж вагітності. Згідно з класифікацією аномалій плацентації і варіантів міграції плаценти [1, 2], критерієм включення пацієнток в основну групу було розташування плаценти (в 14–16 тиж) на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки.

В якості контрольної групи було обстежено 60 практично здорових вагітних з нормальною плацентацією.

З 16 тиж вагітності здійснювали УЗ-контроль процесу міграції з оцінкою положення і відстані нижнього полюса плаценти по відношенню до внутрішнього зіву. Отримавши різноманітність фізичних і функціональних параметрів про-

цесу міграції і плацентації, а також клінічних характеристик обстежуваних пацієнток, нам представилося доцільним ділення варіантів міграції плацентації 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

Усіх пацієнток основної групи (n=130) було розподілено на наступні підгрупи:

1-а підгрупа (23,0%) – 30 пацієнток з повним і неповним передлежанням плаценти; процес міграції був відсутній.

2-а підгрупа (38,5%) – 50 жінок з низьким розташуванням плаценти унаслідок неповної (незавершеної) міграції (нижній край плаценти нижче 5 см від внутрішнього зіву).

3-я підгрупа (38,5%) – 50 вагітних, в яких в результаті повної (завершеної) міграції плацента перемістилася у верхні відділи матки (нижній край плаценти на 5 см вищий за внутрішній зів).

Вік вагітних основної і контрольної групи коливався від 16 до 40 років. Більшість пацієнток основної групи (p<0,01) були у віці від 26 до 35 років (62,1%), контрольної – від 20 до 25 років (55,0%). Середній вік в контрольній групі склав 23,8±3,9 року, в основній – 29,4±6,6 року. При передлежанні і низькому розташуванні плаценти (1-ї і 2-ї підгрупи) значне число вагітних (31,0%, 30,9%) спостерігалось у віці 26–35 років; у 3-й підгрупі обстежених з повною міграцією плаценти (p<0,01) – у віці 31–35 років (35,9%). Найбільше число пацієнток у віці 36–40 років були з передлежанням плаценти (20,7%). Проведений аналіз свідчить про те, що АРП і процес її міграції достовірно частіше зустрічаються в більш пізньому репродуктивному віці (старше 30 років).

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, кардіотокографічні, ендокринологічні, біохімічні, мікробіологічні і статистичні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що серед основних причин аномального розташування плаценти слід виділити такі:

- вік вагітної старше 30 років;
- хронічні запальні захворювання статевих органів;
- висока частота артіфіційних і мимовільних абортів;
- ускладнений перебіг попередніх вагітностей.

При аномальному розташуванні плаценти в 19,6 % спостережень її міграція відсутня, що призводить до повного і неповного її передлежання. Процес міграції плаценти відбувається в 80,4%, при цьому повна міграція зустрічається у 43,2 % вагітних і неповна – у 37,2 % пацієнток.

Клінічний перебіг вагітності при аномальному розташуванні плаценти характеризується високою частотою загрози переривання (56,1%), різними метрорагіями (27,9%) і плацентарною дисфункцією (43,8%), причому рівень усіх ускладнень залежить від процесу завершеності міграції плаценти.

З урахуванням закономірностей розвитку адаптаційного процесу від початкового підвищення функціональної актив-

ності до його виснаження, у вагітних з АРП виділено три типи порушень ендокринної регуляції фетоплацентарної системи:

- гіперфункція: підвищення рівня одного/декількох гормонів;
- дисфункція (початкова недостатність): підвищення плацентарних (РАРР-А; β-ХГЛ) і зниження фетальних (естріол, АФП) показників;
- гіпофункція (хронічна, компенсована недостатність): зниження рівня плацентарних і фетальних гормонів на 30–50%.

Порушення в кровотоку матки, плаценти і плода при аномальній плацентації свідчать про наявність плацентарної дисфункції різного ступеня вираженості, при цьому ступінь і частота даного ускладнення знаходяться в прямій залежності від розташування плаценти – чим нижче розташована плацента, тим вище частота порушень матково-плацентарного кровотоку і затримки розвитку плода.

Сумарна частота абдомінального розродження при аномальній плацентації складає 52,7 %, причому при передлежанні – 100,0 %; при низькій плацентації – 58,2 % і при мігравальній плаценті – 26,6 %.

Частота передчасних пологів при аномальній плацентації залежить від локалізації плаценти: сумарно – 25,7 % (при передлежанні плаценти – 41,4 %; при низькому розташуванні – 37,2 % і при мігравальній плаценті – 12,5 %).

Перинатальні результати розродження залежать від варіанта аномальної плацентації:

- перинатальні втрати (13,5‰) мають місце при передлежанні плаценти і її низькому розташуванні, а основною причиною є глибока недоношеність на фоні декомпенсованої плацентарної дисфункції і затримки розвитку;
- сумарна частота захворюваності новонароджених складає 50,7 %, при цьому при передлежанні вона складає 79,3 %; при низькій плацентації – 65,5 % і при мігравальній плаценті – 25,0 %.

Диагностика и профилактика перинатальной патологии при аномальной плацентации Ю.П. Вдовиченко, С.А. Курицина, Н.О. Урсаки

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что тип плацентации и особенно наличие аномальной плацентации влияет на функциональное состояние фетоплацентарного комплекса, а также развитие перинатальной патологии. Для своевременной диагностики плацентарной дисфункции и снижения частоты перинатальной патологии необходимо раннее эхографическое обследование локализации плаценты с последующим динамическим обследованием пациенток для оценки процессов миграции плаценты. Способ и сроки родоразрешения женщин с аномальной плацентацией зависят от локализации плаценты, завершенности ее миграции и функционального состояния фетоплацентарного комплекса.

Ключевые слова: перинатальная патология, аномальная плацентация, диагностика, профилактика.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати такі моменти:

- для своєчасної діагностики плацентарної дисфункції і зниження частоти перинатальної патології необхідне раннє ехографічне обстеження локалізації плаценти з наступним динамічним обстеженням пацієнток для оцінювання процесів міграції плаценти;
- діагноз аномальної плацентації слід встановлювати за даними УЗД в 16 тиж вагітності, при цьому, кожні 2–4 тиж (поклад від локалізації плаценти) необхідний динамічний УЗ-контроль за характером міграції плаценти з використанням класифікації, що включає локалізацію, тип і варіант її зсуву;
- з метою контролю за станом фетоплацентарного комплексу з 20 тиж вагітності показано використання доплерометричного контролю і після 32 тиж – кардіотокографії;
- спосіб і терміни розродження жінок з аномальною плацентацією залежать від локалізації плаценти, завершеності її міграції і функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що тип плацентації і особлива наявність аномальної плацентації впливає на функціональний стан фетоплацентарного комплексу, а також розвиток перинатальної патології. Для своєчасної діагностики плацентарної дисфункції і зниження частоти перинатальної патології необхідне раннє ехографічне обстеження локалізації плаценти з наступним динамічним обстеженням пацієнток для оцінювання процесів міграції плаценти. Спосіб і терміни розродження жінок з аномальною плацентацією залежать від локалізації плаценти, завершеності її міграції і функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

Diagnosics and preventive maintenance of perinatal pathologies at abnormal placentation J.P. Vdovichenko, S.A. Kuritsina, N.O. Ursaki

Results of the spent researches testify that the type of placentation and especially presence abnormal placentation influences a functional condition fetoplacental complex, and also development of perinatal pathologies. For timely diagnostics placental dysfunction and frequency decrease perinatal it is necessary for a pathology early ehoграфical inspection of localisation of a placenta with the subsequent dynamic inspection of patients for an estimation of processes of migration of a placenta. The way and terms delivery women with abnormal placentation depend on localisation of a placenta, completeness of its migration and a functional condition of fetoplacental complex.

Key words: perinatal pathology, abnormal placentation, diagnostics, preventive maintenance.

Сведения об авторах

Вдовиченко Юрий Петрович – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупи-ка, 04112, г.Киев, ул.Дорогожичская, 9; тел.: (067) 401-15-12. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

Курицина Светлана Альбертовна – Буковинский государственный медицинский университет, 58002, г. Черновцы, Театральная площадь, 2; тел.: (050) 510-54-19. E-mail: Kuricyna.s@mail.ru

Урсаки Наталия Олеговна – Ивано-Франковский перинатальный центр, 76000, г. Ивано-Франковск, ул. Черновола, 47; тел. (050) 528-07-73. E-mail: natali82525@mail.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В. Беременность и роды высокого риска / В.В. Абрамченко. – М.: МИА, 2011. – 400 с.
2. Запорожан В. М. Акушерство і гінекологія / В.М. Запорожан, М.Р. Цегельский. – К.: Здоров'я, 2006. – 240 с.
3. Радзинский В.Е. Патология околоплодной среды / В.Е. Радзинский, Е.Н. Кондратьева, А.П. Милованов. – К.: Здоров'я, 2009. – 128 с.
4. Радзинский В.Е. Патогенез ранней недостаточности формирующегося плацентарного ложа / В.Е. Радзинский, А.П. Милованов, А.А. Оразмуратов // Рос. вестн акуш-гин. – 2012. – № 2 (3). – С. 8–10.
5. Федорова М.В. Плацента и ее роль при беременности / М.В. Федорова, Е.П. Калашникова. – М.: Медицина, 2006. – 253 с.

Статья поступила в редакцию 17.03.2014