

Тактика ведення вагітності та пологів при патології пупкового канатика

В.І. Бойко, В.Ю. Яблуновська

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Результати проведених досліджень свідчать, що проблема патології пупкового канатика є досить актуальною на сучасному етапі. Сумарна частота різних форм патології пупкового канатика складає 31,5%, при цьому обвиття навколо шії і частин тіла плода зустрічається в 26,8%, справжній вузол, абсолютно короткий пупковий канатик – в 3,7%, єдина артерія пупкового канатика – в 1,0% спостережень. Клінічний перебіг вагітності та пологів у жінок з патологією пупкового канатика плода характеризується достовірно високим рівнем плацентарної дисфункції (28,0%), дистресом плода (20,7%) та затримки розвитку плода (8,7%), що призводить до високого рівня абдомінального розродження (27,3%). Перинатальні наслідки розродження вагітних з патологією пупкового канатика плода характеризуються достовірно високим рівнем середньотяжких форм асфіксії новонародженого (18,0%) та постгіпоксичної енцефалопатії (13,3%). Перинатальні втрати зустрічаються тільки за наявності короткого пупкового канатика (10,0%) та при єдиній артерії пупкового канатика (20,0%). При цьому основна причина перинатальних втрат є гостра асфіксія новонароджених. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє поліпшити перинатальні результати розродження жінок груп високого ризику.

Ключові слова: патологія пупкового канатика, вагітність, пологи.

Однією з головних проблем сучасного акушерства є зниження перинатальної захворюваності та смертності. Антенатальна діагностика патології пупкового канатика набуває все більш важливого значення в профілактиці інтра- і постнатальної захворюваності та смертності. Своєчасне виявлення її дозволяє розробити необхідну тактику ведення вагітності та пологів [1]. На думку низки авторів, частота розвитку патології пупкового канатика коливається від 15% до 38%. У 7,7–21,4% випадків вона є причиною виникнення асфіксії новонародженого, 1,7–4,3% – мертвороженості, в 1,5–1,6% – постнатальної смертності [2]. До варіантів, що найчастіше зустрічаються, відносять обвиття пупкового канатика навколо частин тіла плода, справжній вузол, короткий пупковий канатик, патологія судин [3].

Удосконалення ультразвукової апаратури дає можливість лікарю не тільки розгледіти деталі анатомічної будови і оцінити функцію пупкового канатика, але і застосувати отримані дані для більш точного оцінювання стану плода і завчасного прогнозу для новонародженого. Найбільш діагностованою патологією при ультразвуковому дослідженні є одно- і багатократне обвиття пупковим канатиком шії плода, яке може призвести як до розвитку перинатальної патології, так і до ускладненого перебігу пологів. При цьому частота однократного обвиття коливається від 20–38%, двукратного – 2%, трикратного та більше – 0,2%, а наслідки пологів для плода залежать від вчасної діагностики цієї патології і раціональної тактики розродження [4]. Вади розвитку пупкового канатика спостерігаються в 10–12%, а найбільш поширеними варіантами даного ускладнення є оболонкове прикріплення, абсолютно короткий пупковий канатик і його грижі, які можуть призвести як до антенатальної загибелі плода, так і до розвитку дистресу і асфіксії при розродженні [6].

Високоінформативні діагностичні технології – ехографія, доплерометрія, кардіотокографія, кольорове доплерівське картування мають певне значення в діагностиці патології пупкового канатика. Проте питання щодо критеріїв диференціальної діагностики різних форм патології пупкового канатика – обвиття, справжні вузли, вади її розвитку – і вибору метода розродження остаточно не вирішені.

Викладене вище свідчить про актуальність проблеми патології пупкового канатика в перинатальному акушерстві.

Мета дослідження: зниження частоти перинатальної захворюваності та смертності при різній патології пупкового канатика плода на основі вивчення клінічних, ехографічних, доплерометричних та ендокринологічних показників та впровадження вдосконаленого алгоритму антенатального догляду та раціонального методу розродження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Роботу виконували в ДУ «Медичний інститут Сумського державного університету МОН України» на кафедрі акушерства та гінекології. Дослідження проводили в динаміці вагітності. Спостереження за вагітними здійснювали спільно з терапевтом, кожна вагітна консультувалась інфекціоністом, ендокринологом та іншими спеціалістами.

З метою виявлення частоти патології пупкового канатика плода в пологах на I етапі нашого дослідження був проведений ретроспективний аналіз 3258 історій пологів за період 2010–2013 рр., що відбулися в Сумському центрі перинатології та репродуктології (клінічна база кафедри акушерства і гінекології Медичного інституту Сумського державного університету МОН України).

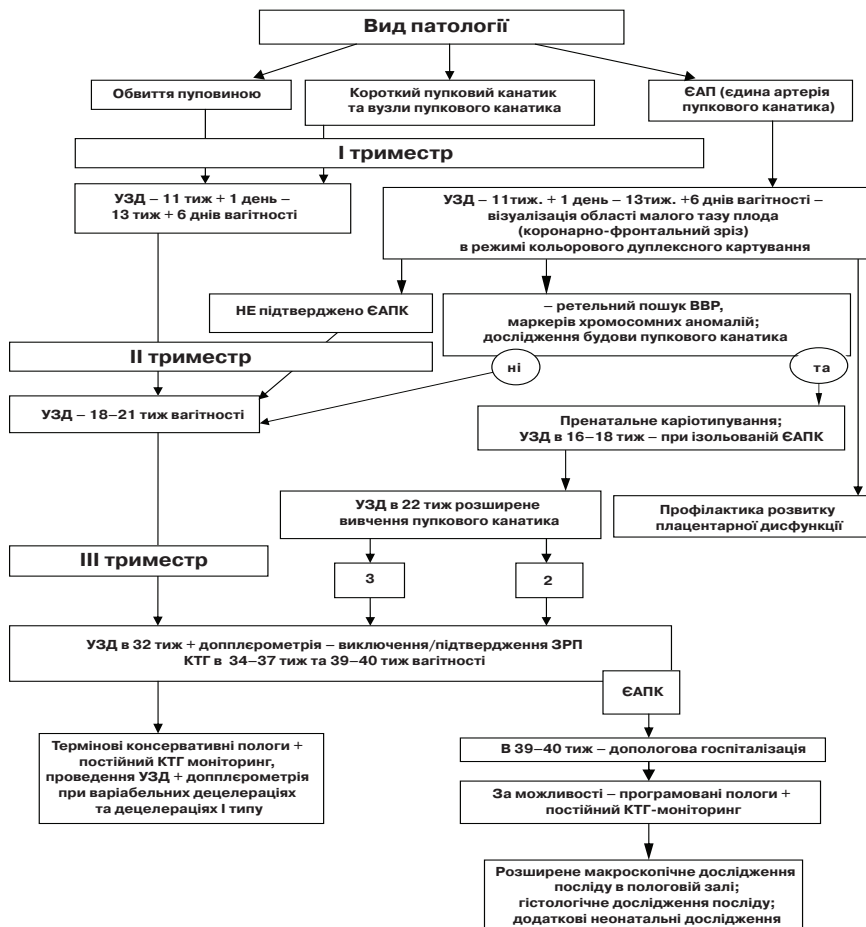
Відповідно до поставленої мети і завдань на II етапі нашого дослідження нами було обстежено 150 пацієнток у терміни від 28 до 41 тиж, серед котрих 100 вагітних з різними варіантами патології пупкового канатика плода, яких було розподілено на такі підгрупи:

- IA підгрупа – 50 вагітних із обвиттям пупкового канатика навколо шії та тулуба плода;
- IB підгрупа – 25 вагітних із коротким пупковим канатиком;
- IC підгрупа – 25 вагітних із патологією судин пупкового канатика (єдина артерія пупкового канатика, ЄАПК).

Контрольну групу склали 50 вагітних без патології пупкового канатика плода.

При зборі анамнезу звертали увагу на час появи першої менструації, характер менструальної функції, регулярність і тривалість циклів. Екстрагенітальні захворювання виявляли в результаті комплексного клінічного, лабораторного і функціонального дослідження за спеціально розробленою програмою. Проводили оцінювання статевого життя: з якого віку почалося, який шлюб за рахунком, перенесені гінекологічні захворювання, їх тривалість, перебіг і результат. Під час оцінювання дітородної функції враховували паритет, інтергенетичний інтервал, відомості про кожен з попередніх вагітностей – результат для матері і плода, перебіг пологів, післяпологового періоду, маса плода й оперативні втручання. Після одержання необхідних анамнестичних даних починали

Алгоритм антенатального догляду та розродження вагітних з патологією пупкового канатика плода



проводити зовнішній огляд, при якому звертали увагу на статуру, розміри таза, колір шкіри і видимих слизових оболонок. Проводили антропометричне обстеження, вимірювання температури тіла, артеріального тиску, обстеження органів кровообігу і дихання. У пологах звертали увагу на їхню динаміку, час розриву плодових оболонок, час і характер відділення плаценти і виділення посліду і визначали крововтрату. Стан новонародженого при народженні оцінювали за шкалою Апгар, вимірювали масу, довжину тіла, окружність голови і грудей. Стан новонародженого в ранній неонатальний період оцінювали разом з неонатологом.

Для проведення аналізу складена карта дослідження, яка включає такі параметри: соціально-біологічна характеристика; скарги; анамнез життя, включаючи матеріально-побутові умови; акушерсько-гінекологічний анамнез, що містить докладні дані про репродуктивну функцію (перебіг, результат вагітності, пологів і післяпологового періоду); проспективний аналіз перебігу даної вагітності, пологів і післяпологового періоду та характеристика немовляти (масо-зростові показники, оцінювання загального стану за шкалою Апгар, основні параметри перебігу раннього неонатального періоду).

Усіх пацієнок було обстежено на сифіліс, носійство вірусів гепатиту і ВІЛ, як передбачено Протоколом МОЗ України № 620 від 29.12.2003 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

Проведене дослідження не суперечить загальноприйнятим біоетичним нормам і проведене з урахуванням відповідних принципів Гельсінської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини та відповідних законів України про проведення експериментальних і клінічних досліджень [5].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Сумарна частота різних форм патології пупкового канатика складає 31,5%, при цьому обвиття навколо ший і частин тіла плода зустрічається в 26,8%, справжній вузол, абсолютно короткий пупковий канатик – в 3,7%, ЄАПК – в 1,0% спостережень.

Основними факторами ризику для розвитку патології пупкового канатика плода є наявність в анамнезі серцево-судинних захворювань (36,7%), ендокринної патології (24,0%); запальних процесів репродуктивної системи (30,0%), патологічних змін шийки матки (26,0%); затримки розвитку плода при попередніх вагітностях (9,3%) та репродуктивних втрати в анамнезі (8,0%).

Клінічний перебіг вагітності та пологів у жінок з патологією пупкового канатика плода характеризується достовірно високим рівнем плацентарної дисфункції (28,0%), дистресом плода (20,7%) та затримкою розвитку плода (8,7%), що призводить до високого рівня абдомінального розродження (27,3%).

Перинатальні наслідки розродження вагітних з патологією пупкового канатика плода характеризуються достовірно високим рівнем середньотяжких форм асфіксії новонародженого (18,0%) та постгіпоксичної енцефалопатії (13,3%). Перинатальні втрати зустрічаються тільки за наявності короткого пупкового канатика (10,0%) та при ЄАПК (20,0%). При цьому основна причина перинатальних втрат є гостра асфіксія новонароджених.

Залежно від виду патології пупкового канатика плода встановлена пряма кореляційна залежність зі ступенем затримки розвитку плода: при обвитті пупкового канатика – $r=+0,71$; при короткому пупковому канатикі – $r=+0,77$ та ЄАПК – $r=+0,91$; та ступенем тяжкості асфіксії новонароджених: при обвитті пупко-

вого канатика – $r=+0,74$; при короткому пупкового канатика – $r=+0,77$ і при ЄАПК – $r=+0,93$.

Функціональний стан фетоплацентарного комплексу за наявності патології пупкового канатика плода характеризуються порушенням плодової гемодинаміки: при обвитті та при короткому пупковому канатику підвищення кровотоку в артерії пупкового канатика; при ЄАПК аналогічні порушення починалися з 28 тиж та зберігаються до розродження. Дизгормональні та дизметаболичні порушення мають місце тільки напередодні розродження за наявності при короткому пупковому канатику (зниження рівня ХГЛ і АМГФ) та при ЄАПК (зниження вмісту Е₂, ТБГ та АМГФ).

Найбільш виражені морфологічні зміни судин мають місце при наявності ЄАПК, які полягають у наявності безсумнівних ознак структурної незрілості м'язового компонента (відсутність еластичного каркаса, або нерівномірний і незначний розподіл еластики між м'язовими шарами); у малій компактності м'язових пучків у складі циркулярного шару, а також його набряк, що призводить до розшарування м'язової оболонки, периваскулярного набряку та крововиливів.

Отримані результати дозволили нам розробити алгоритм ведення жінок з різною патологією пупкового канатика (таблиця).

Тактика ведення вагітності і родов при патології пуповини В.И. Бойко, В.Ю. Яблунувская

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что проблема патологии пуповины является достаточно актуальной на современном этапе. Суммарная частота различных форм патологии пуповины составляет 31,5%, при этом обвитие вокруг шеи и туловища плода встречается в 26,8%, истинный узел, абсолютно короткая пуповина – в 3,7%, единственная артерия пуповины – в 1,0% наблюдений. Клиническое течение беременности и родов у женщин с патологией пуповины плода характеризуется достоверно высоким уровнем плацентарной дисфункции (28,0%), дистресса плода (20,7%) и задержки развития плода (8,7%), что приводит к высокому уровню абдоминального родоразрешения (27,3%). Перинатальные исходы родоразрешения беременных с патологией пуповины плода характеризуется достоверно высоким уровнем среднетяжелых форм асфиксии новорожденных (18,0%) и постгипоксической энцефалопатии (13,3%). Перинатальные потери встречаются только при наличии короткой пуповины (10,0%) и при единственной артерии пуповины (20,0%). При этом основной причиной перинатальных потерь является острая асфиксия новорожденных. Использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет улучшить перинатальные результаты родоразрешения женщин группы высокого риска.

Ключевые слова: патология пуповины, беременность, роды.

ВИСНОВКИ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что проблема патологии пупкового канатика є досить актуальною на сучасному етапі. Сумарна частота різних форм патології пупкового канатика складає 31,5%, при цьому обвиття навколо шиї і частин тіла плода зустрічається в 26,8%, справжній вузол, абсолютно короткий пупковий канатик – в 3,7%, єдина артерія пупкового канатика – в 1,0% спостережень. Клінічний перебіг вагітності та пологів у жінок з патологією пупкового канатика плода характеризується достовірно високим рівнем плацентарної дисфункції (28,0%), дистресом плода (20,7%) та затримкою розвитку плода (8,7%), що призводить до високого рівня абдоминального розродження (27,3%). Перинатальні наслідки розродження вагітних з патологією пупкового канатика плода характеризуються достовірно високим рівнем середньотяжких форм асфіксії новонародженого (18,0%) та постгіпоксичної енцефалопатії (13,3%). Перинатальні втрати зустрічаються тільки за наявності короткого пупкового канатика (10,0%) та при єдиній артерії пупкового канатика (20,0%). При цьому основна причина перинатальних втрат є гостра асфіксія новонароджених. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє поліпшити перинатальні результати розродження жінок груп високого ризику.

Tactics of conducting pregnancy and labours at an umbilical cord pathology V.I. Boyko, V.Yu. Jablunovskaya

Results of the spent researches testify that the problem of pathology of an umbilical cord is enough actual at the present stage. Total frequency of various forms of a pathology of an umbilical cord makes 31.5%, thus twist round the neck and a fetus trunk there is in 26.8%, a true knot, absolutely short umbilical cord – in 3.7%, a unique artery of an umbilical cord – in 1.0% of supervision. The clinical current of pregnancy and labours at women with a pathology of an umbilical cord of fetus is characterised by authentically high level of placental dysfunction (28.0%), distress of fetus (20.7%) and fetus arrest of development (8.7%), that leads to high level abdominal delivery (27.3%). Perinatal outcomes of delivery pregnant women with pathology of an umbilical cord of fetus it is characterised by authentically high level of middle-heavy forms asphyxia of newborn (18.0%) and posthypoxic encephalopathies (13.3%). Perinatal losses meet only in the presence of short umbilical cord (10.0%) and at unique artery of an umbilical cord (20.0%). Thus the principal cause perinatal losses is sharp asphyxia of newborns. Use of the algorithm improved by us allows to improve perinatal results of delivery women of group of high risk.

Key words: an umbilical cord pathology, pregnancy, childbirth.

Сведения об авторах

Бойко Владимир Иванович – Сумской государственной университет, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2. E-mail: gin@med.sumdu.ua

Яблунувская Виктория Юрьевна – Сумской государственной университет, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Баскаков П.М. Перинатальні аспекти ультразвукового дослідження пуповини у нормі та при її патології: зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика / П.М. Баскаков, Т.Д. Карапетрова. – Київ, 2010. – Вип. 12, кн. 3. – С. 215–220.
2. Карапетрова Т.Д. Клиническое значение комплексного ультразвукового

исследований пуповини в нормі і при патології: зб. наук. праць / Т.Д. Карапетрова // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики. – Вип. 9. – Київ–Луганськ, 2013. – С. 37–41.

3. Лубяная С.С. Фетоплацентарная недостаточность / С.С. Лубяная,

И.В. Чибисова: Метод. рекоменд. – Луганск. – 2011. – 31 с.

4. Маркин Л.Б. Мониторные системы в родовспоможении / Л.Б. Маркин, М.П. Павловский – К.: Здоров'я, 2010. – 158 с.

5. Мінцер О.П. Інформаційні технології в охороні здоров'я і практичній меди-

цині. Оброблення клінічних та експериментальних даних / О.П. Мінцер. – К.: Вища шк., 2014. – Т. 5. – С. 3–8.

6. Паращук Ю.С. Ведення вагітності та пологів при фетоплацентарній недостатності / Ю.С. Паращук, О.В. Грищенко, І.В. Лахно [і др.]. – Харьков: Торнадо, 2011. – 116 с.

Статья поступила в редакцию 16.02.2015