

Декомпенсована плацентарна дисфункція: діагностика і тактика розродження

В.І. Бойко, С.О. Ткаченко

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Мета дослідження: зниження частоти перинатальної патології у жінок з декомпенсованою формою плацентарної дисфункції (ПД) шляхом удосконалення основних діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали та методи. Були обстежені 154 вагітні у терміні гестації з 22 до 40 тиж. Залежно від особливостей перебігу вагітності і пологів всіх обстежених жінок було розподілено на 4 групи. У групу ретроспективного аналізу увійшли 45 вагітних з декомпенсованою ПД; до групи проспективного дослідження увійшли 109 вагітних, з них в основну групу – 38 жінок з декомпенсованою формою ПД; у групу порівняння – 47 вагітних з компенсованою формою ПД. У контрольну групу увійшли 24 жінки з неускладненим перебігом вагітності і пологів. До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, лабораторні, морфологічні та статистичні методи.

Результати. Використання удосконаленого алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів дозволяє підвищити ефективність діагностики декомпенсованої форми ПД на 33,3%, а раціональна тактика розродження приводить до зниження перинатальної патології на 22,7%.

Заключення. Декомпенсована плацентарна дисфункція є однією з основних причин перинатальної смертності і захворюваності на сьогодні. Використання вдосконаленого нами алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє виділити основні чинники ризику розвитку даного ускладнення і показання для зміни тактики і термінів розродження.

Ключові слова: декомпенсована плацентарна дисфункція, діагностика, тактика розродження.

На сучасному етапі одним з найчастіших перинатальних ускладнень при вагітності високого ризику є плацентарна дисфункція (ПД) і затримка розвитку плода (ЗРП) [1, 5]. Частота даної патології в середньому (незважаючи на деякі відмінності класифікацій і діагностичних критеріїв) коливається у межах 20–50% від усіх вагітностей [2, 6]. У структурі перинатальної захворюваності і смертності істотна частка належить ускладненням, спричиненим ПД. Навіть у розвинених країнах фіксують підвищення частоти випадків ЗРП, що зумовлено як збільшенням ролі екстрагенітальної патології у генезі ПД, так і вдосконаленням антенатальної діагностики даного стану [3, 7].

ЗРП є причиною багаторазового збільшення перинатальної смертності, перинатальної захворюваності і віддалених порушень розвитку новонароджених, дітей раннього віку, а також підвищення захворюваності дорослих. Провідне місце цій патології відводиться не випадково, оскільки, за даними різних авторів, пов'язана з нею частота перинатальних втрат становить від 19% до 287% і більше, рівень перинатальної захворюваності – від 587% до 880% [4, 8].

На сьогодні дискусійним залишається питання щодо доцільності пролонгації, дострокового розродження вагітних при декомпенсованій ПД, що розвинулася. Сьогодні часто не своєчасно проводяться лікувальні заходи, внаслідок чого виникла необхідність виявлення ранніх і достовірних прогностичних і діагностичних критеріїв розвитку ПД, особливо її декомпенсованих форм, що зумовлюють критичний стан плода.

Усе викладене вище є підставою для проведення даного наукового дослідження, результати якого дозволять покращити перинатальні наслідки розродження жінок групи високого ризику.

Мета дослідження: зниження частоти перинатальної патології у жінок з декомпенсованою формою ПД шляхом удосконалення основних діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З метою прогнозування перинатальних результатів і вибору раціональних термінів розродження при декомпенсованій ПД були обстежені 154 вагітні у терміні гестації з 22 до 40 тиж. Залежно від особливостей перебігу вагітності і пологів всіх обстежених жінок було розподілено на 4 групи.

У групу ретроспективного аналізу увійшли 45 вагітних з декомпенсованою ПД, у групу проспективного дослідження увійшли 109 вагітних, з них в основну групу – 38 жінок з декомпенсованою формою ПД, у групу порівняння – 47 вагітних з компенсованою формою ПД. У контрольну групу увійшли 24 жінки з неускладненим перебігом вагітності і пологів.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, лабораторні, морфологічні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами розвитку декомпенсованої ПД є поєднана соматична захворюваність (57,7%); поєднана генітальна патологія (77,7%); обтяжений репродуктивний анамнез (46,7%) та ранній розвиток преєклампсії середнього та тяжкого ступенів (83,3%).

Для декомпенсованої ПД характерні наступні ультразвукові і доплерометричні ознаки:

- ЗРП 3-го ступеня асиметричної і змішаної форми – 100%;
- маловоддя – 89,3%;
- передчасне дозрівання плаценти – 85,7%;
- виражена централізація артеріального кровотоку плода – 80,9%;
- критичний стан кровотоку в артерії пуповини – 89,3%;
- порушення кровотоку у венозній протоці і нижній порожнистій вені – 52,4%;
- гіпокінетичний тип центральної гемодинаміки плода – 65,4%;
- помірно виражена гіпоксія плода за даними КТГ – 71,4%.

Перинатальні наслідки розродження жінок з декомпенсованою ПД характеризуються тяжким станом новонароджених, що у 50,0% вимагає проведення штучної вентиляції легень. Основними формами патології є гіпоксично-ішемічне пошкодження ЦНС різного ступеня тяжкості (87,5%); внутрішньоутробна гіпотрофія (80,9%); синдром дихальних розладів (71,4%); екстремально низька маса тіла (46,7%); внутрішньоутробне інфікування (50,0%) та геморагічний синдром (46,7%).

Частота постнатальних втрат становить 6,1%, а провідними причинами є глибока недоношеність, гіпоксично-ішемічне по-

шкодження ЦНС тяжкого ступеня, розвиток ДВС-синдрому та поліорганна недостатність.

Під час оцінювання ендокринологічного статусу новонароджених від матерів з декомпенсованою ПД встановлено, що:

- концентрація ТТГ була достовірно у 3 рази нижча ($p > 0,05$) при розродженні шляхом операції кесарева розтину і достовірно не відрізнялася при розродженні через природні пологові шляхи ($p > 0,05$).
- концентрація кортизолу у 1,68 разу нижча при декомпенсованій ПД;
- рівень кортизолу зворотно взаємопов'язаний з рівнем ТТГ ($r = -0,411; 0,169$);
- рівень АКТГ у 2,5 разу нижче встановленої нижньої межі норми;
- взаємозв'язок між рівнем глюкози в крові новонародженого і рівнем СТГ пуповинної крові зворотно пропорційний: чим вищий був рівень СТГ, тим нижчий був рівень глюкози в крові новонародженого ($r = -0,118; -0,239$);
- підвищення секреції альдостерону наднирковими залозами плода не відзначено.

Отримані результати дозволили нам запропонувати наступний алгоритм ведення вагітних з декомпенсованою ПД.

При критичному стані плода питання про акушерську тактику необхідно виносити на перинатальний консиліум за участі як лікарів акушерів, так і неонатологів, особливо у разі вирішення питання про спосіб розродження при критично ранніх термінах, виявленні вад розвитку плода.

Пологи через природні пологові шляхи можливі лише при ускладненні вагітності антенатальною загибеллю плода за відсутності материнських показань для оперативного розродження або відмови жінки від оперативного розродження з роз'ясненням ризику щодо антенатальної і інтранатальної загибелі плода. У такій акушерській ситуації при виключенні материнських показань можна розглядати питання про програмовані пологи.

За наявності материнських показань, загрозливих життю, незалежно від терміну гестації розродження проводять шляхом кесарева розтину в екстреному порядку.

За відсутності материнських показань подальша тактика ведення вагітних залежить від терміну гестації:

- у разі виявлення нульового кровотоку діастолі в артерії пуповини в терміні з 22 до 26 тиж вагітність пролонгується до максимально можливого терміну на тлі терапії, що проводиться, при цьому враховують: передбачувану масу плода, зокрема її приріст; показники артеріального, венозного кровотоку плода, розвиток централізації кровотоку; прогрес маловоддя, інволютивно-дистрофічні зміни в плаценті; прогрес порушень матково-плацентарної гемодинаміки; появу ознак прогресування гіпоксії плода за даними КТГ. Пролонгація можлива лише за відсутності тяжкої прееклампсії і декомпенсації соматичної патології

Декомпенсована плацентарна дисфункція: діагностика і тактика родорозрешення **В.И. Бойко, С.А. Ткаченко**

Цель исследования: снижение частоты перинатальной патологии у женщин с декомпенсированной формой плацентарной дисфункции (ПД) путем усовершенствования основных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Было обследовано 154 беременные в сроке гестации с 22-й по 40-ю неделю. В зависимости от особенностей течения беременности и родов все обследованные были разделены на 4 группы. В группу ретроспективного анализа вошли 45 беременных с декомпенсированной ПД; в группу проспективного исследования вошли 109 беременных, из которых в основную группу – 38 женщин с декомпенсированной формой ПД, в группу сравнения – 47 беременных с компенсированной формой ПД. В контрольную группу вошли 24 женщины с неосложненным течением

матери. У разі виявлення вад розвитку плода оцінюють можливість постнатального життя і перинатальним консиліумом спільно з матір'ю вирішують питання про спосіб розродження;

- у разі виявлення критичного стану плода в терміні з 27 до 30 тиж, відсутності нульових і ретроградних значень кровотоку у венозній протоці, пульсаційного індексу до 0,74, при реверсному кровотоку в нижній порожнистій вені до 43,2% в терміні до 32 тиж вагітність пролонгується під щоденним ультразвуковим доплерометричним і кардіотокографічним контролем не довше 7–10 днів, щоб уникнути виснаження гормонально-метаболічної регуляції гомеостазу. Розродження здійснюють шляхом кесарева розтину у разі появи ознак прогресу порушень венозного кровотоку або спонтанних децелерацій;

– у разі виявлення некомпенсованої ПД у терміні більше 32 тиж недоцільно пролонгувати вагітність, оскільки подальша дія гіпоксії погіршує перинатальні прогнози і проявляється тяжкими пошкодженнями ЦНС внаслідок гіпоксії у новонароджених. Тактику розродження визначають на користь кесарева розтину.

Основними показаннями для кесарева розтину при критичному стані плода є наступні:

- ЗРП тяжкого ступеня у поєднанні з критичним станом плодово-плацентарного кровотоку, ознаками середньотяжкої і тяжкої гіпоксії плода за даними кардіотокографії;
- прогрес прееклампсії на тлі комплексної терапії з вираженими порушеннями матково-плацентарного кровотоку (двосторонні порушення з дикротичною виїмкою на спектрі);
- порушення венозного кровотоку плода (зростання реверсного потоку крові у нижній порожнистій вені плода);
- прееклампсія середнього, тяжкого ступенів у поєднанні з некомпенсованою ПД;
- суб- і декомпенсована соматична патологія матері у поєднанні з критичним станом плода;
- критичний стан плодово-плацентарного кровотоку з прогресуючим маловоддям і централізацією артеріального кровотоку плода.

Використання удосконаленого алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів дозволяє підвищити ефективність діагностики декомпенсованої форми ПД на 33,3%, а раціональна тактика розродження приводить до зниження перинатальної патології на 22,7%.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що декомпенсована плацентарна дисфункція є однією з основних причин перинатальної смертності і захворюваності на сьогодні. Використання вдосконаленого нами алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє виділити основні чинники ризику розвитку даного ускладнення і показання для зміни тактики і термінів розродження.

беременности и родов. В комплекс проведенных исследований были включены клинические, эхографические, доплерометрические, лабораторные, морфологические и статистические методы.

Результаты. Использование усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет повысить эффективность диагностики декомпенсированной формы ПД на 33,3%, а рациональная тактика родоразрешения приводит к снижению перинатальной патологии на 22,7%.

Заключение. Декомпенсированная плацентарная дисфункция является одной из основных причин перинатальной смертности и заболеваемости на сегодня. Использование усовершенствованного нами алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет выделить основные факторы развития данного осложнения и показания для изменения тактики и сроков родоразрешения.

Ключевые слова: декомпенсированная плацентарная дисфункция, диагностика, тактика родоразрешения.

Decompensation placental dysfunction: diagnostics and delivery tactics**V.I. Boyko, S.A. Tkachenko**

The objective: depression of frequency of perinatal pathology at women with decompensation form of placental dysfunction by improvement of the main diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Patients and methods. 154 pregnant women in gestation term from 22 to 40 weeks were surveyed. Depending on features of course of pregnancy and families of all surveyed it was divided into 4 groups. The group of the retrospective analysis was made by 45 pregnant women with decompensation placental dysfunction, the group of prospective research included 109 pregnant women of whom the main group was made by 38 women with decompensation form of placental dysfunction, the group of comparison included 47 pregnant women with the compensated form of placental dysfunction. The control group was

made by 24 pregnant women with the uncomplicated course of pregnancy and labors. The complex of the conducted researches included clinical, ehografical, dopplerometrical, laboratory, morphological and statistical methods.

Results. Use of advanced algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions allows to increase efficiency of diagnostics of decompensation form of placental dysfunction for 33,3%, and rational tactics of a delivery leads to depression of perinatal pathology for 22,7%.

Conclusion. Decompensation placental dysfunction is one of the main reasons for perinatal mortality and a case rate at the present stage. Use of the algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions improved by us allows major factors of risk of this complication and the indication for change of tactics and delivery times.

Key words: *decompensation placental dysfunction, diagnostics, delivery tactics.*

Сведения об авторах

Бойко Владимир Иванович – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета, 40000, г. Сумы, ул. Санаторная, 31; тел.: (0542) 66-09-50

Ткаченко Светлана Алексеевна – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета, 40000, г. Сумы, ул. Санаторная, 31; тел.: (0542) 66-09-50

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акушерство: учебник / Под ред. В.Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 913 с.
2. Иванова Е.А. Особенности течения беременности, родов и исходов при плацентарной недостаточности / Е.А. Иванова // Репродуктивная медицина: новые тенденции и неразрешенные вопросы: материалы Всерос. науч. Интернет-конф. с междунар. участием, 23 июня 2014 г. – Казань, 2014. – С. 19–23.
3. Камилова Н.М. Возможности прогнозирования перинатальных исходов по функциональной оценке фетоплацентарной системы / Н.М. Камилова // Ультразвуковая и функционал. диагностика. – 2015. – № 5. – С. 39–43.
4. Мельник Ю.М. Значення сонографічної оцінки кровотоку в венозній протоці у діагностиці плацентарної дисфункції та прогнозуванні перебігу пологів / Ю.М. Мельник, С.І. Жук, Н.В. Пехньо // Здоровье женщины. – 2015. – № 7. – С. 54–57.
5. Alberry M. Management of fetal growth restriction. / M. Alberry, P. Soothill // Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal. Ed. – 2007. – Vol. 92, N 1. – P. F62–F67.
6. Baschat A.A. Fetal responses to placental insufficiency: an update / A.A. Baschat // BJOG. – 2014. – Vol. 111, N 10. – P. 1031–1041.
7. Correlation of preterm infant illness severity with placental histology / K.M. Chisholm, A. Heerema-McKenney, L. Tian [et al.] // Placenta. – 2016. – Vol. 39. – P. 61–69.
8. Komacki J. The use of Doppler in the second half of pregnancy / J. Komacki, J. Skrzypczak // Ginekol. Pol. – 2015. – Vol. 86, N 8. – P. 626–630.

Статья поступила в редакцию 06.02.17