

Діагностика, профілактика та прогнозування перинатальної патології при аномаліях плацентації (ретрохоріальні гематоми та аномалії розташування плаценти)

С.А. Куріцина

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

Мета дослідження: зниження частоти перинатальної патології за різної патології плацентації (ретрохоріальні гематоми та аномалії розташування плаценти) на підставі удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних і прогностичних заходів.

Матеріали та методи. Дослідження були проведені у два етапи: на першому етапі був проведений ретроспективний аналіз клінічного перебігу вагітності та пологів у 100 жінок (ретроспективна група) з ретрохоріальною гематомою, а потім проспективно обстежено 150 вагітних, яких розподілено на три підгрупи. На другому етапі у дослідження були включені 250 вагітних віком понад 18 років – 2-а група, з яких 200 жінок – з аномальним розташуванням плаценти і 50 – з нормальним.

Результати. Використання удосконаленого нами алгоритму ведення жінок із ретрохоріальними гематомами дозволило знизити частоту ранніх репродуктивних втрат (з 25,0% до 10,0%), покращило перинатальні результати (відсутність випадків перинатальних втрат у проспективних дослідженнях і 40,0% – у ретроспективних, зменшення перинатальної захворюваності – з 30,0% до 15,6%), а також сприяло пролонгуванню вагітності. А в жінок з аномальним розташуванням плаценти використання даного алгоритму дозволило знизити частоту плацентарної дисфункції – з 42,0% до 28,0%; затримки розвитку плода – із 30,0% до 18,0%; передчасних пологів – із 18,0% до 8,0%; перинатальної смертності – із 30,0% до 10,0% і постнатальної захворюваності – із 28,0% до 16,0%.

Заключення. Результати проведених досліджень свідчать, що профілактика перинатальних порушень у вагітних із різними варіантами патології плацентації, до яких належали ретрохоріальні гематоми та аномальне розташування плаценти, повинна відбуватися комплексно та поетапно з урахуванням результатів клінічних та додаткових методів досліджень, а також на підставі впровадження удосконаленого нами алгоритму.

Ключові слова: ретрохоріальна гематома, аномальне розташування плаценти, перинатальна патологія, профілактика.

Незважаючи на прогрес сучасного акушерства, проблема перинатальної патології залишається далекою від свого вирішення. За даними різних авторів, частота плодових втрат та захворюваності є достатньо високою порівняно з іншими країнами Європи [1–3, 9].

Причини високого рівня перинатальної патології є різними [4, 5, 10], однак в умовах сьогодення вони вивчені недостатньо. У результаті дії різних пошкоджувальних чинників (гормональних, генетичних, імунологічних тощо) у ділянці трофобласта (або плаценти) розвиваються локальні гормональні порушення і імунологічні реакції, які призводять до цитотоксичного впливу на трофобласт, що і зумовлює відшарування хоріона (плаценти) [6, 7]. Унаслідок цього

розвиваються ретрохоріальні гематоми (РХГ) та аномальне розташування плаценти (АРП), взаємозв'язок яких широко дискутується в сучасній літературі [8, 11, 12]. Можливі наслідки цих ускладнень пов'язані з розвитком плацентарної дисфункції (ПД), затримкою розвитку плода (ЗРП), передчасними пологами (ПП) та перинатальною патологією.

До цього часу відсутній чіткий взаємозв'язок перебігу патологічного процесу між I, II та III триместрами. Завдяки впровадженню високоєфективних методів дослідження з'явилася можливість комплексної діагностики порушень стану плода з ранніх термінів, визначення їхнього ступеня тяжкості і патогенетичних особливостей розвитку клінічних проявів ПД [3, 9, 10].

Усе викладене вище стало підставою до проведення даного наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливу наукову проблему сучасного акушерства.

Мета дослідження: зниження частоти перинатальної патології за різної патології плацентації (РХГ та АРП) на підставі удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних і прогностичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети дослідження були проведені у два етапи.

На першому етапі було проведено ретроспективний аналіз клінічного перебігу вагітності та пологів у 100 жінок (ретроспективна група) з РХГ, а потім проспективно обстежено 150 вагітних (1-а група), яких було розподілено на три підгрупи:

- у підгрупу 1.1 (n=50) увійшли першовагітні жінки з виявленою клінікою загрози переривання вагітності і ультразвуковими ознаками РХГ;
- у підгрупу 1.2 (n=50) увійшли повторновагітні жінки з клінікою загрози переривання вагітності і ультразвуковими ознаками РХГ, як за даної вагітності, так і в анамнезі (дані про попередні вагітності, що ускладнилися загрозою переривання, передчасними пологами);
- у підгрупу 1.3 (n=50) увійшли вагітні без ознак загрози переривання вагітності, як за даної вагітності, так і в анамнезі, при цьому дану підгрупу розглядали як контрольну на першому етапі досліджень.

На другому етапі у дослідження увійшли 250 вагітних віком понад 18 років – 2-а група (з яких 200 жінок – з АРП і 50 – з нормальним), які дали письмову інформовану згоду. У дослідженні входили лише стаціонарні пацієнтки і їхні новонароджені.

- Усіх вагітних 2-ї групи було розподілено на три підгрупи:
- підгрупа 2.1 – 100 вагітних, в яких у I триместрі (у 10–12 тиж) виявлено АРП і яких проведено за вдосконаленим нами алгоритмом;
 - підгрупа 2.2 – 100 вагітних, в яких у ранні терміни виявлено АРП і яких проведено згідно із загальноприйнятими діагностичними і лікувально-профілактичними заходами;

- підгрупа 2.3 – 50 здорових вагітних з фізіологічним перебігом вагітності та нормальним розташуванням плаценти (підгрупа контролю на другому етапі).

Критерієм включення вагітних у підгрупи 2.1 і 2.2 було виявлене при УЗД аномальне розташування хоріона і плаценти.

Критерієм включення у підгрупу 2.3 було нормальне розташування плаценти.

Критерії виключення з дослідження:

- субкомпенсовані і декомпенсовані захворювання внутрішніх органів;
- вагітні з діагностованим антифосфоліпідним синдромом (АФС);
- багатоплідна вагітність;
- використання допоміжних репродуктивних технологій.

Ми вважали за необхідне виділити два наведені вище етапи, оскільки одним із клінічних проявів АРП є загроза переривання вагітності в різні терміни, що часто зумовлено наявністю саме РХГ.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи проводили згідно із протоколами МОЗ України і локальними протоколами клінічного пологового будинку № 1 м. Києва і клінічного пологового будинку № 2 м. Чернівці щодо ведення пацієнток із загрозою переривання вагітності, АРП і високим ризиком розвитку ПД.

Вдосконалений нами алгоритм включав додаткове використання таких заходів:

- ранньої ехографічної діагностики РХГ;
- раннього доплерометричного обстеження пацієнток при встановленні діагнозів «РХГ» і «АРП»;
- визначення ранніх маркерів ПД – вміст у плацентарного протеїну, що асоціюється з вагітністю (РАРР-а), асоційованого з вагітністю α_2 -глікопротеїну (АВГ), трофобластичного β -глобуліну (ТБГ), β -субодиниць хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ) та α -фетопропротеїну (АФП) з моменту встановлення діагнозів РХГ і АРП;
- використання кардіоінтервалографії (КІГ) з ранніх термінів вагітності і до народження;
- диференційований підхід до використання медикаментозної і немедикаментозної терапії.

Диференційований підхід до використання різної терапії включав медикаментозні методи корекції гормональних (монотерапія гестагенами), дисметаболических (антиоксиданти) і нейровегетативних (седативні препарати, комплекси вітамінів і мікроелементів) порушень. При виявленні РГ до лікування додавали препарати транексамової кислоти та вено-тонічні препарати. З метою корекції вегетативної дисфункції використовували немедикаментозні методи корекції – консультацію перинатального психолога, фізіотерапевтичні методи лікування (електрофорез на комірець ділянку), фітотерапію.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами розвитку РХГ є:

- порушення гемостазу у формі ознак гіпокоагуляції (зниження протромбінового індексу, підвищення розчинних фібринмономерних комплексів, активованого частково тромбoplastинного часу, подовження часу кровотечі і часу згортання крові) – у 46,0% спостережень;
- гормональні порушення: недостатність лютеїнової фази (НЛФ) в анамнезі та зниження рівня хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ) та прогестерону у ранні терміни вагітності – у 42,0% спостережень;
- наявність інфекційного збудника у формі мікстинфекції – у 30,0% спостережень.

Частота клінічних проявів РХГ становила 88,0% (кров'янисті виділення – 65,0%; больовий синдром – 58,0%; їхнє поєднання –

35,0%), безсимптомно РХГ виникали тільки у 12,0% спостережень. У структурі кров'янистих виділень переважали незначні (84,0%) порівняно з помірними (14,0%) та рясними (2,0%).

Ретрохоріальні гематоми найчастіше діагностували з 7 до 12 тиж вагітності (83,0%) порівняно з тими, що виявляли до 6 тиж (17,0%). За об'ємом переважали малі (об'єм 2–15 см³) – 58,0% та середні (об'єм 16–25 см³) – 32,0% гематоми на відміну від великих (об'єм 25–40 см³) – 10,0%. За місцем розташування частіше виявляли супрацервікальні (86,0%) порівняно з корпоральними, а також з тими, що були розташовані на передній стінці матки, – 67,0%.

При ехографічних дослідженнях слід виділяти такі форми:

- «свіжа», з чітко обмеженим анехогенним вмістом РХГ, із вираженим інтенсивним кровотоком навколо (24,0%);
- «організація з ділянками відшарування» – РХГ неправильної форми, інтенсивність кровотоку не змінена, кровотік інтенсивний (20,0%);
- «організація без ділянок відшарування» і з відсутністю локального кровотоку (стиснення анехогенного прошарку у діаметрі, місцями повністю відсутній, без ознак кровообігу) (30,0%);
- «повністю організована», визначалася як стандартне місце стику хоріона зі стінкою матки (26,0%).

Використання удосконаленого нами алгоритму ведення жінок із РХГ дозволило знизити частоту ранніх репродуктивних втрат (з 25,0% до 10,0%), покращило перинатальні результати (відсутність випадків перинатальних втрат у проспективних дослідженнях і 40,0% – у ретроспективних, зменшення перинатальної захворюваності – з 30,0% до 15,6%), а також сприяло пролонгуванню вагітності.

Серед різних варіантів аномального розташування плаценти частіше виявляли міграцію плаценти (42,5%) та низьке розташування (37,5%) порівняно з повним (14,5%) та неповним передлежанням (5,5%). Сумарна кількість РХГ у цих жінок у І триместрі вагітності становила 32,0% (64 випадки), при цьому за міграції плаценти – 32,3%; за низької плацентаци – 26,7%; при повному передлежанні – 31,0% та при неповному передлежанні – 45,5%, що підтверджує наявність взаємозв'язку між цими формами патології плацентаци.

Основним ускладненням вагітності у жінок з аномальною плацентациєю є ПД (42,0%), яка характеризується:

- запізненим дозріванням плаценти – у 50,0%;
- порушеннями гемодинаміки в артеріях пуповини, аорті плода та його внутрішніх сонних артеріях – у 60,3%;
- змінами гормонального статусу – зниження рівня некон'югованого естріолу, трофобластичного глікопротеїну і асоційованого з вагітністю протеїну А – у 86,7%.

Стан вегетативної нервової системи у жінок з АРП характеризується високою частотою депресивних спектрів (86,7%) та зміненням реактивності (60,3%). Під час порівняльного аналізу структури і частоти акушерських ускладнень виявлено, що у жінок зі зміненою реактивністю достовірно частіше діагностували такі ускладнення вагітності, як загроза її переривання, прееклампсія, ПД, розвиток дистресу та дистрес плода, а також частіше спостерігалися передчасні пологи, дострокові індуковані пологи, аномалії пологової діяльності та екстремий кесарів розтин.

Для ефективного прогнозування АРП плаценти необхідно використовувати оцінювальні таблиці ризику виникнення акушерських і перинатальних ускладнень у вагітних – як перший етап системи їхньої профілактики, який рекомендується проводити з ранніх термінів спостереження у жіночій консультації.

Використання удосконаленого нами алгоритму ведення жінок з АРП дозволило знизити частоту: ПД з 42,0% до 28,0%; затримки розвитку плода (ЗРП) – із 30,0% до 18,0%; передчасних пологів – із 18,0% до 8,0%; перинатальної

смертности – із 30,0% до 10,0% і постнатальної захворюваності – із 28,0% до 16,0%.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що профілактика перинатальних порушень у вагітних із

Диагностика, профилактика и прогнозирование перинатальной патологии при аномалиях плацентации (ретрохориальные гематомы и аномалии расположения плаценты) С.А. Курицына

Цель исследования: снижение частоты перинатальной патологии при различной патологии плацентации (ретрохориальные гематомы и аномалии расположения плаценты) на основе усовершенствования и внедрения алгоритма диагностических, лечебно-профилактических и прогностических мероприятий.

Материалы и методы. Исследования были проведены в два этапа: на первом этапе был проведен ретроспективный анализ клинического течения беременности и родов у 100 женщин (ретроспективная группа) с ретрохориальной гематомой, а затем проспективно обследовано 150 беременных, которые были разделены на три подгруппы. На втором этапе в исследование были включены 250 беременных – 2-я группа, из которых 200 женщин – с аномальным расположением плаценты и 50 – с нормальным.

Результаты. Использование усовершенствованного нами алгоритма ведения женщин с ретрохориальными гематомами позволило снизить частоту ранних репродуктивных потерь (с 25,0% до 10,0%), улучшило перинатальные результаты (отсутствие случаев перинатальных потерь в проспективных исследованиях и 40,0% – в ретроспективных, уменьшение перинатальной заболеваемости – с 30,0% до 15,6%), а также способствовало пролонгированию беременности. А у женщин с аномальным расположением плаценты использование данного алгоритма позволило снизить частоту плацентарной дисфункции с 42,0% до 28,0%; задержки развития плода – с 30,0% до 18,0%; преждевременных родов – с 18,0% до 8,0%; перинатальной смертности – с 30,0% до 10,0% и постнатальной заболеваемости – с 28,0% до 16,0%.

Заключение. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что профилактика перинатальных нарушений у беременных с различными вариантами патологии плацентации, к которым относятся ретрохориальные гематомы и аномальное расположение плаценты, должна проводиться комплексно и поэтапно с учетом результатов клинических и дополнительных методов исследований, а также на основе внедрения усовершенствованного нами алгоритма.

Ключевые слова: ретрохориальная гематома, аномальное расположение плаценты, перинатальная патология, профилактика.

різними варіантами патології плацентації, до яких належали ретрохоріальні гематоми та аномальне розташування плаценти, повинна відбуватися комплексно поетапно з урахуванням результатів клінічних та додаткових методів досліджень, а також на підставі впровадження удосконаленого нами алгоритму.

Diagnostics, prophylaxis and forecasting of perinatal pathology at anomalies of placentation (retrochorial hematomas and anomalies of locating of placenta) S.A. Kuritsyna

The objective: depression of frequency of perinatal pathology at various pathology of placentation (retrochorial hematomas and anomalies of locating of placenta) on the basis of improvement and introduction of algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and prognostic actions.

Patients and methods. Researches were conducted in two stages - on 1 us at first the retrospective analysis of clinical course of pregnancy and labors at 100 women (retrospective group) with a retrochorial hematoma is carried out, and then 150 pregnant women who were divided into three subgroups prospective are surveyed. At the 2 stage 250 women entered research – 2 group, from which 200 – with misplaced of placenta and 50 – with normal.

Results. Use of the algorithm of maintaining women improved by us with retrochorial hematomas allows to reduce the frequency of early genesial losses (from 25,0% to 10,0%), to improve perinatal results (lack of cases of perinatal losses in the prospective researches and 40,0% in retrospective, to reduce perinatal case rate (from 30,0% to 15,6%), and also promotes pregnancy prolongation. At women with misplaced of placenta allows to reduce the frequency of placental dysfunction from 42,0% to 28,0%; fetus arrests of development – from 30,0% to 18,0%; premature births – from 18,0% to 8,0%; perinatal mortality – from 30,0% to 10,0% and a post-natal case rate – from 28,0% to 16,0%.

Conclusion. Results of the conducted researches testify that prophylaxis of perinatal pathology at women with various options of pathology of placentation to which we referred existence of retrochorial hematomas and placenta misplaced, has to have complex stage-by-stage character taking into account results of clinical and additional methods of researches, and also on the basis of introduction improved by us to algorithm.

Key words: retrochorial hematoma, placenta misplaced, perinatal pathology, prophylaxis.

Сведения об авторе

Курицына Светлана Альбертовна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последиplomного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Геник Н.І., 2012. Перебіг вагітності з відшаруванням хоріона та плаценти у різні терміни гестації / Н.І. Геник, Н.В. Литвин, Н.М. Кінаш // Тавричеський медико-біологічний вестник:15:2 :1 (58): 48–50.
- Торчинов А.М., 2013. Беременность малого срока и ретрохориальная гематома: диагностика, лечение и прогнозы на современном этапе развития акушерства (обзор литературы) / А.М. Торчинов, М.М. Умаханова, Г.Л. Доронин // Молодой ученый:4:659–662.
- Сидельникова В.М., 2015. Особенности ведения беременности, наступившей после ЭКО и осложнившейся кровотечением в I триместре / В.М. Сидельникова, В.В. Гнипова // Проблемы репродукции:4:39–43.
- Кирющенко А. П., 2010. Патогенетическое обоснование тактики ведения отслойки хоріона и плаценты на ранних сроках беременности / А.П. Кирющенко, Д.М. Белоусов, О.С. Александра // Гинекология:12:1:12–15.
- Михайлин Е.С., 2015. Встречаемость некоторых наследственных тромбофилий при гестозе и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты / Е.С. Михайлин // Медицинская генетика:4:5:230–234.
- Буранова Ф.Б., 2011. Актуальные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения плацентарной недостаточности у беременных после ЭКО / Ф.Б. Буранова // Акушерство и гинекология:6:9–16.
- Веропотвелян П.Н., 2011. Тромбофилии и беременность / П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян // Здоровье Украины:9/10 (50):С. 30–34.
- Гейдарова К.А., 2015. Характерные морфофункциональные признаки плаценты при фетоплацентарной недостаточности / К.А. Гейдарова // Проблемы репродукции:6:28–32.
- Schauberg C.W., 2015. Ultrasound assessment of first-trimester bleeding / C.W. Schauberg, M.A. Mathiason, B.L. Rooney // Obstet. Gynecol.:105 (2): 333–338.
- Tower C.L., 2016. Intrauterine haematomas in a recurrent miscarriage population / C.L. Tower, L. Regan // Hum. Reprod.:16: 2005–2007.
- Hung E.C., 2016. Detection of circulating fetal nucleic acids: a review of methods and applications / E.C. Hung, R.W. Chiu, Y.M. Lo // J. Clin. Pathol.:62:4:308–313.
- Johns J., 2016. Threatened miscarriage as a predictor of obstetric outcome / J. Johns, E. Jauniaux // Obstet. Gynecol.:107(4):845–850.

Статья поступила в редакцию 19.04.17



Флуомізин

деквалінію хлорид 10 мг

- доведена ефективність по відношенню до *Atorobium vaginae* та інших збудників бактеріального вагінозу*
- дозволений до застосування у всіх триместрах вагітності**



Флуомізин. Реєстраційне посвідчення № UA/1852/01/01 від 22.08.14. Реклама лікарського засобу, перед застосування ознайомтесь з інструкцією та проконсультуйтеся з лікарем.

* Susceptibility testing of *Atorobium vaginae* for dequalinium chloride. Guido Lopes dos Santos Santiago et al. 2012 BMC Research Notes 2012, 5:131 <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/151>. ** Інструкція до лікарського засобу Флуомізин

Самолікування може бути шкідливим для вашого здоров'я

Це мій дім!



Рецидивуючий кандидоз?
Зверніть увагу на кишечник!



swiss standard