



УДК 618.3: 618.343-008

ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ВАГІТНОСТІ У РАЗІ ІДІОПАТИЧНОГО БАГАТОВОДДЯ

Маляр В. В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ

Однією з актуальних проблем сучасної охорони здоров'я матері і дитини є вивчення антенатального розвитку плода в умовах патології навколоплодового середовища [1,2,8]. Одним із найбільш небезпечних у прогностичному плані для плода є багатоводдя, яке несприятливо впливає на адаптаційні процеси і розвиток як плода, так і новонародженого [2, 3, 8].

Багатоводдя як незалежний фактор ускладнює перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду, створює загрозу для внутрішньоутробного пацієнта [3, 4, 9].

Вивченню різних аспектів проблеми багатоводдя присвячено багато наукових праць [1, 3, 4, 8]. Однак неуточненими залишаються фактори ризику, особливостей перебігу гестації при помірному ідіопатичному багатоводді, яке розвивається в III триместрі вагітності. Відсутній єдиний підхід до питань профілактики і лікування даної патології та прогнозу для новонароджених. Методи діагностики багатоводдя, що використовуються в даний час на його доклінічній стадії (помірного), є малочисельними, засоби профілактики і лікування вагітних із даною патологією – недостатньо ефективні.

Мета дослідження

Вивчити особливості перебігу гестації та перинатальні наслідки розродження у жінок при ідіопатичному багатоводді.

Матеріали і методи

Проаналізовано 151 випадок розродження вагітних жінок з ідіопатичним багатоводдям (I клінічна група).

Контрольну групу склали 100 пацієнток з фізіологічним перебігом вагітності й пологів при нормальному об'ємі навколоплодових вод (II клінічна група).

Характер ускладнень вагітності, пологів, перинатальної патології оцінювали на основі ретроспективного клініко-статистичного

аналізу історій пологів і карт новонароджених.

В наше дослідження не були включені пацієнтки з цукровим діабетом, захворюваннями серцево-судинної та сечовидільної систем, інфекційною патологією і вродженими вадами розвитку.

Клінічна характеристика новонароджених і перебіг неонатального періоду проводилися на основі параметрів фізичного розвитку малюків та клініко-лабораторного обстеження.

Статистичну обробку результатів проводили на персональному комп'ютері за допомогою програми Microsoft Excel – 2007.

Результати досліджень

Проведений клініко-статистичний аналіз вказує, що в загальній масі вагітних переважають повторновагітні першородячі. Так, вагітність була першою у 54 (35,8%) обстежених жінок в першій клінічній групі, у 44 (44,0%) – група порівняння, повторно – у 98 (64,9%) і 53 (53,0%) відповідно. Першородячих було 108 (71,5%) і 76 (76,0%), повторнородячих 43 (28,4%) і 23 (23,0%) відповідно.

Середній вік жінок в досліджуваних групах суттєво не відрізнявся і становив у I групі $26,7 \pm 1,2$ року, в групі порівняння $26,5 \pm 1,1$ року ($p > 0,05$). Більшість пацієнток були у віці 20-28 років.

В групі вагітних з ідіопатичним багатоводдям акушерський анамнез був обтяженим у 23 (15,2%) артифіційними абортами у 12 (7,9%) – діагностована вагітність, що не розвивається. Невиношування вагітності було у 49 (32,5%), в тому числі в 35 (23,2%) відзначено загрозу передчасного переривання вагітності в 35 (23,2%) і у 14 (9,3%) – передчасні пологи. У 4 (2,7%) вагітних жінок передчасні пологи завершилися операцією кесаревого розтину. Основними показаннями до операції були: первинна слабкість пологової діяльності, хронічна гіпоксія плода, біологічна незрілість організму до пологів.



При аналізі особливостей перебігу вагітності встановлено, що у пацієнок з ідіопатичним багатоводдям найбільш частою формою патології вагітності була загроза переривання вагітності в ранні терміни гестації у 52 (34,4%). Тривала загроза переривання вагітності відзначена у 37 (24,5%), що можна пояснити патоморфологічними змінами нервово-м'язового апарату та порушенням адаптації матки до збільшеної кількості навколоплодових вод.

Аналіз ускладнень вагітності показав, що у жінок з ідіопатичним багатоводдям достовірно частіше в порівнянні з пацієнтками групи контролю спостерігався токсикоз (29,1% і 14,0%, $p < 0,05$), гестоз (33,1% і 15,0%, $p < 0,05$), загроза переривання вагітності в ранні терміни (33,8% і 15,0%, $p < 0,05$), загроза передчасних пологів (25,8% і 9,0%, $p < 0,05$) і затримка розвитку плода (17,9% і 6,0% відповідно, $p < 0,05$). Висока частота передчасних пологів, як правило, була обумовлена частим допологовим вилиттям навколоплодових вод, яке пов'язане з відсутністю поділу вод на передні і задні. В основній групі допологове вилиття вод траплялося у 29,8% жінок, раннє вилиття вод – у 8,0% пацієнок.

Слабкість пологової діяльності у 20,5% жінок I клінічної групи і у 8,0% пацієнок групи порівняння, що можна пояснити перерозтягненням стінок матки, надлишком амніотичної рідини [5, 6].

Операцією кесаревого розтину було розроджено 24,5% жінок проти 14,0% в групі контролю ($p < 0,05$).

Найбільш частим показанням до планової операції у жінок при ідіопатичному багатоводді був дистрес плода, який виникав на тлі хронічної плацентарної недостатності. Показаннями до ургентної операції були: гіпоксія плода на тлі порушення скоротливої активності матки та випадіння пуповини при головному передлежанні.

Відомо, що рівень прогестерону вказує на функціональний стан синцитіотрофобласта, естріол відображає стан фетоплацентарної системи в цілому [2].

За нашими даними, рівень прогестерону у жінок I клінічної групи в 30-32 тижні і 36-37 тижнів гестації був суттєво нижчим, ніж в групі контролю і склав $278,3 \pm 21,5$ нмоль/л і $562,8 \pm 31,7$ нмоль/л відповідно ($p < 0,05$).

Естріол – підвищився в динаміці вагітності незначно і достовірно був його рівень

нижчим, ніж в групі контролю та склав в 30-32 тижні – $101,3 \pm 11,4$ нмоль/л, а в 36-37 тижнів гестації – $148,5 \pm 10,9$ нмоль/л ($p < 0,05$).

Адже відомо, що прогестерон, який синтезується синцитіотрофобластом, має натрійдіуретичний ефект, внаслідок пригнічення канальцевої реадсорбції і збільшення клітинної фільтрації, естріол навпаки сприяє затримці рідини в організмі [2]. При переважанні співвідношення прогестерон/естріол в бік естріол в організмі відбувається затримка рідини [2]. Очевидно, зміна співвідношень стероїдних гормонів відіграє важливу роль в патогенезі ідіопатичного багатоводдя.

За даними плацентометрії приріст товщини плаценти в I клінічній групі склав $0,65 \pm 0,03$ мм/тиж., в групі контролю $0,66 \pm 0,02$ мм/тиж. ($p < 0,05$). Незважаючи на відсутність суттєвих змін в прирості товщини плаценти, нами встановлено порушення кровоплину в термінальних вітках артерії пуповини, які займають 2/3 плаценти під хоріональною пластинкою, про що свідчить відношення індексів судинного опору термінальних віток (IP) до артерій пуповини (IP), яке становило < 1 . Це підтверджено морфологічно. За даними раніше проведеними нами досліджень при ідіопатичному багатоводді відмічено зменшення кількості судин в термінальних ворсинах на тлі їх облітерації як наслідок утовщення судинної стінки [4]. Це сприяло виникненню гострої гіпоксії плода в пологах (2,0%), передчасному відшаруванню плаценти (2,0%), що вимагало проведення кесаревого розтину в невідкладному порядку.

Аналіз оцінки стану новонароджених від матерів із помірним ідіопатичним багатоводдям показав, що при даній патології зростає частота гіпоксії. Це підтверджують дані оцінки новонароджених по шкалі Апгар. Так, оцінка по шкалі Апгар на 1-й хвилині життя складала $6,7 \pm 0,01$ бала, на 5-й – $7,1 \pm 0,06$ бала, що є нижчою відносно групи контролю ($8,3 \pm 0,02$ і $9,1 \pm 0,03$ бала) відповідно.

При аналізі перебігу післяпологового періоду у обстежуваних жінок основної групи гіпотонічна кровотеча діагностована у 13,9%, анемія виявлена у 23,2% і субінволюцію матки у 5,9%.

Висновки

Таким чином, помірно ідіопатичне багатоводдя є маркером високого ризику виникнення ускладнень під час вагітності, в по-



логах і післяпологовому періоді, негативно впливає на розвиток та життєзабезпечення плода і є фактором ризику при розродженні як для матері, так і для плода й новонародженого. Для покращення акушерських і

перинатальних наслідків розродження при ідіопатичному багатоводді слід удосконалювати анте- і інтранатальну діагностику стану плода, а також тактику ведення вагітності і розродження.

Резюме. Були вивчені і проаналізовані чинники розвитку акушерської і перинатальної патології у жінок при багатоводді. Встановлено, що багатоводдя є маркером високого ризику, яке сприяє підвищенню акушерської і перинатальної патології та негативно впливає на механізми адаптації та внутрішньоутробний розвиток плода.

Ключові слова: багатоводдя, акушерська і перинатальна патологія

Perinatal aspects of pregnancy in case of idiopathic polyhydramnios

Malyar V.V.

Summary. Were studied and analyzed factors of obstetric and perinatal pathology in the women with polyhydramnios. Established that polyhydramnios is a marker of high risk, which improves obstetric and perinatal pathology and have adversely affect on the mechanisms of adaptation and intrauterine fetal development.

Key words: polyhydramnios, obstetrical and perinatal pathology

ЛІТЕРАТУРА

1. Кэмпбела С. Акушерство от десяти учителей: Пер. с англ. [Текст] / под ред. С. Кэмпбела. – К. Лиза. 17-е изд. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 464 с.
2. Айламазян Э.К. Национальное руководство [Текст] / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 1200 с.
3. Маляр В.В. Особливості адаптаційних процесів у немовлят, народжених матерями у разі ідіопатичного багато- і маловоддя [Текст] / В.В. Маляр // Проблеми клінічної педіатрії. – 2013. – С. 26-29.
4. Маляр В.В. Клініко-діагностична характеристика порушень фетоплацентарного комплексу у жінок із патологією навколоплідних вод. [Текст] / В.В. Маляр // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2013. - №1. – С. 117-118.
5. Радзинский В.Е. Ембриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности [Текст] / под ред. В.Е. Радзинский и А.П. Милованова. – Москва: МИА, 2004. – 393 с.
6. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности [Текст] / И.С. Сидорова. – М.: МЕДпресс, 2000 – 320с.
7. Biswas A. Amniotic Fluid volume in spurions lalour [Текст] / A. Biswas, R. Rani // I. Obstet. Gynecol. Res. – 1997. – Vol. 23(1). – P 52-62.
8. De Sautis M. Acute recurrent polyhydramnios and aniotic prolactin [Текст] / M. De Santis, A.F. Canaliare, G. Noia [et al.] // Prenat. Di-agn. – 2000. – Vol. 20, №4. – P. 347-348.
9. Mazor M. Polyhydramnios is an independent risk factor for perinatal mortality and intrapartum morbidity in preterm delivery [Текст] / M. Mazor, F. Chezzi, E. Maymon [et al.] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 1996. – Vol 70, №1. – P. 41-47.