



УДК 618.3:618.336616.36-007.281-021/-03

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ ПЕРЕДЧАСНИМ ВІДШАРУВАННЯМ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ В АНАМНЕЗІ

Чонко О.Ю.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Вступ

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (Separatio placentae normaliter insertae praematura) – це відшарування нормально розташованої плаценти під час вагітності або у 1-2 періодах пологів, що призводить до виникнення масивних акушерських кровотеч. Ця патологія в 30 % випадків є причиною материнської смертності та перинатальної патології і смертності. За даними різних авторів передчасне відшарування нормально розташованої плаценти трапляється в 1,0-2,0% випадків, у 5,9 випадків на 1000 одноплідних вагітностей та у 12,2 % випадків на 1000 двійнят, у 5,1% випадків передчасних пологів [1, 2].

Передчасне відшарування плаценти у 51,5% випадків викликає кровотечу під час вагітності та в більшості випадків веде до геморагічного шоку і ДВЗ-синдрому. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти може бути у вагітних під час такої патології: прееклампсія, захворювання нирок, ізоімунний конфлікт між матір'ю та плодом, перерозтягнення матки (багатоводдя, багатоплідність, великий плід), захворювання судинної системи, цукровий діабет, захворювання сполучної тканини, запальні процеси матки, плаценти, аномалії розвитку або пухлини матки (підслизові, інтрамуральні міоми). Безпосередньою причиною передчасного відшарування плаценти може бути: травма, раптове зменшення об'єму навколоплодових вод, абсолютно або відносно коротка пуповина, патологія скоротливої діяльності матки.

В останні роки доведено, що провідне значення у виникненні передчасного відшарування плаценти належить змінам судин, які є наслідком прееклампсії вагітних, гіпертонічної хвороби. За даними Глуховець Н.Б. (2002), основними етіологічними факторами перед-

часного відшарування плаценти є тяжка прееклампсія, висхідне бактеріальне інфікування плодового міхура, хронічний ендоміометрит. В якості сприятливих факторів мають значення: гематогенна інфекція плаценти, вади розвитку матки, міома матки, коротка пуповина, механічна травма, швидке вилиття навколоплодових вод у разі багатоводдя, вживання наркотиків, інтенсивне паління. Механічні та стресові фактори також мають певне значення, особливо коли поєднуються з вказаною патологією.

Передчасне відшарування плаценти може бути причиною дистресу плода, синдрому затримки розвитку та антенатальної його загибелі. Але найбільшу небезпеку для життя матері чинить кровотеча, геморагічний шок та ДВЗ – синдром, що можуть розвинути під час даної патології. В останні роки в зарубіжній літературі з'являються повідомлення про інфекційну природу походження передчасного відшарування плаценти. Причиною передчасного відшарування плаценти може бути антифосфоліпідний синдром [3]. Однак питання виникнення передчасного відшарування плаценти в акушерській практиці, особливо в плані етіопатогенезу та лікування вірусних плацентарних васкулітів, висвітлені недостатньо. Це певною мірою обумовлено відсутністю адекватних критеріїв для оцінки ефективності фармакотерапії передчасного відшарування плаценти.

Для діагностики цієї патології використовують давно відомі інструментальні методи (ультразвукове дослідження, доплерометрія, МРТ та ін.). Однак за допомогою цих методик ми лише констатуємо факт відшарування плаценти та визначаємо обсяг ураження, а причину, що сприяла виникненню цієї патології, встановити не можемо.

Крім того, виникають різні ургентні ситуації, коли ми не завжди можемо використа-



ти ці методи дослідження, що потребує розробки та впровадження нових діагностичних методик. Актуальним залишається питання пошуку чутливих тестів для контролю за ефективністю лікування ретрохоріальних гематом та локальних форм передчасного відшарування плаценти. У зарубіжній та вітчизняній літературі зовсім не висвітлені тромбоцитарна та плазмово-судинна ланки гемостазу та стан мікрогемодинаміки порушень в системі мати-плацента-плід у разі передчасного відшарування плаценти. Також обмаль робіт, присвячених вивченню морфологічних змін в плаценті, спіральних артеріях, матці, які відбуваються під час розвитку цієї патології. У літературі переважно описано лікування плацентарних васкулітів у разі гестозів другої половини вагітності та за гіпертонії. У той час, як лікування плацентарних васкулітів вірусної етіології залишається мало з'ясованим.

Несвоєчасне та неефективне лікування передчасного відшарування плаценти збільшує відсоток хірургічного втручання за життєвими показниками та показник перинатальної захворюваності та смертності, що потребує більш глибокого вивчення етіопатогенезу, розробки нових тестів для ранньої діагностики та ефективності фармакотерапії, а також впровадження нових методів профілактики та лікування.

Мета дослідження

Проаналізувати особливості перебігу вагітності і пологів у жінок із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі.

Матеріали і методи

Нами проведено клініко-статистичний аналіз 100 індивідуальних карток вагітних, історій пологів та карток новонароджених у жінок з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі, що були розроджені в Ужгородському міському пологовому будинку за 2005 – 2015 роки. Даному контингенту жінок проводили такі обстеження: загальне клінічне, лабораторні дослідження, УЗД стану фетоплацентарного комплексу (ФПК), кардіотокографія (КТГ), доплерометрія в пупковій артерії.

Серед загальноклінічних методів обстеження найбільша увага приділялась збору анамнезу, оцінці клінічної симптоматики, що

проводилась згідно з протоколами надання акушерської допомоги вагітним та породіллям.

Результати досліджень

При дослідженні віку пацієнток було встановлено, що середній вік у даній групі жінок складав 27+/-2,8 року. Повторновагітних було 100% жінок, 85% жінок перебували у шлюбі, 15% незаміжні.

Обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез спостерігався у 100% жінок, у 20% жінок в були самовільні викидні в терміні до 5 тижнів, а в 10% жінок – в терміні 6-12 тижнів вагітності. Сучасні погляди на етіологію передчасного відшарування плаценти в якості провідного чинника виділяють розвиток васкулопатії – судинних змін, що порушують матково-плацентарний кровообіг. Судинні порушення можуть виникати при наявності в вагітній соматичних захворювань (пієлонефриту, гіпертонічної хвороби, ожиріння, цукрового діабету), токсикозів (гестозу). Васкулопатія характеризується підвищеною проникністю, крихкістю і ламкістю капілярів, множинним інфарктом та тромбозами в тканині плаценти. Порушення контакту плаценти і стінки матки супроводжується скупченням крові між стінкою матки і плацентою з утворенням ретроплацентарної гематоми, ще більше посилюючи відшарування плаценти. Існує теорія, що розвиток передчасного відшарування плаценти є наслідком хронічного протікання матково-плацентарної недостатності, причини якої криються в запальних, дегенеративних патологічних процесах матки і плаценти. Такі зміни трапляються при хронічних ендометритах, ендocerвіцитах, міомі матки, анатомічних аномалії матки, перенесеній вагітності.

Як фактори ризику передчасного відшарування плаценти також виділяють: травми живота, багатоплідність, багатоводдя, коротку пуповину, численні пологи або переривання вагітності, запізнілий розрив плідного міхура, анемії, шкідливі звички, аутоімунні захворювання. У рідкісних випадках передчасне відшарування плаценти розвивається у відповідь на введення будь-яких препаратів (білкових розчинів, донорської крові) [4, 5].

Екстрагенітальна патологія при попередніх пологах спостерігалась у 60%. Найчастіше траплявся гестаційний пієлонефрит – у 30% жінок, анемії – у 25% жінок (легкого та



середнього ступенів), у 5% – цукровий діабет. Гестаційний пієлонефрит може чинити несприятливий вплив на перебіг вагітності і стан плода. При дослідженнях останніх років встановлено, що гестаційний пієлонефрит асоційований з високою частотою гестозів, що характеризуються раннім початком і тяжким перебігом, мимовільним перериванням вагітності в різні терміни і передчасними пологами, які відзначаються у більшості вагітних. Частим наслідком гестаційного пієлонефриту є гіпотрофія і ЗВУР плода. Крім того, у жінок, які перенесли гестаційний пієлонефрит, розвивається залізодефіцитна анемія. Залізодефіцитна анемія – стан, обумовлений зниженням вмісту заліза в сироватці крові, кістковому мозку і депо у зв'язку з великими його витратами на створення фетоплацентарного комплексу і перерозподілом на користь плода. Залізодефіцитна анемія залишається серйозною проблемою екстрагенітальної патології в акушерстві, оскільки частота захворювання не знижується.

В перебігу вагітності ранні гестози вагітних у досліджуваній групі склали 75% жінок, серед яких блювання вагітних – 70%, крім того серед ускладнень 2 половини вагітності найчастіше спостерігалась прееклампсія. Плацентарна дисфункція мала місце у 100% жінок. При даній вагітності загроза раннього переривання вагітності була наявна у 20% жінок, загроза передчасних пологів – у 70% жінок. Також, при обстеженні у 45% жінок встановлено діагноз дистрес плода, затримку внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР) переважно 1 ст. – у 9% вагітних. Діагноз багатоводдя встановлено у 3%, маловоддя – у 5% жінок.

Резюме. У статті наведено результати досліджень деяких особливостей перебігу вагітності та пологів у 100 жінок із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі. Середній вік у даній групі жінок складав 27+/-2,8 року.

Обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез спостерігався у 100% жінок. При даній вагітності загроза раннього переривання вагітності була 20%, загроза передчасних пологів – 70%. Пологи в даній групі закінчилися у 100% випадках шляхом кесаревого розтину. Найчастішим ускладненням у жінок післяпологового періоду була анемія 2-3 ст. (82%).

Ключові слова: передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, вагітність, пологи, прееклампсія, ускладнення.

Peculiarities of pregnancy and childbirth in women with placenta abruption in history.

Chonko O.U.

Summary. The results of peculiarities of pregnancy and childbirth in 100 women with placenta abruption are discussed in history. The average age in this group women was 27+/-2,8years.

Пологи в досліджуваній групі у 100% випадках закінчилися шляхом кесаревого розтину. Показаннями до кесаревого розтину були важка прееклампсія – 30%, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – 15%, неспроможність рубця на матці – 10%, а з боку плода – дистрес – 45%.

Аналіз післяпологового періоду у жінок досліджуваної групи показав, що найчастішими ускладненнями була анемія 2-3 ст. – 82% випадків, ранева інфекція – 15%, ендометрит – 3%. У новонароджених респіраторний дистрес-синдром (РДС) мав місце у 8% випадків, гіпоксична ішемічна енцефалопатія – 45%. Причинами гострої плацентарної дисфункції є порушення дозрівання і формування плаценти у жінок з патологією ендометрія, оваріально-гіпофізарними і наднирниковими порушеннями, жінки з абортми і звичним невиношуванням в анамнезі.

Висновки

Результати дослідження показали, що жінки, у яких в анамнезі попередня вагітність закінчилась передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, дана вагітність у 100% спостережених закінчилась операцією кесаревого розтину, основними показаннями до якої була прееклампсія, дистрес плода.

Отримані дані щодо перебігу вагітності та пологів у жінок з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти в анамнезі диктують потребу розробити спеціальні методи діагностики та лікування під час вагітності, ведення пологів, а також спостереження у післяпологовий період.



Burdened obstetric and gynecological history was observed in 100% of women. Threatened early abortions were in 20% cases, threatened premature labor were in 70% cases. Cesarean section was in 100% cases. Postpartum anemia as 2-3rd was common complication.

Key words: placental abruption, pregnancy, labor, preeclampsia, amputation.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аріас Ф.М. Вагітність й пологів великий ризик / Бакшеев М.С. // Маткові кровотечі в акушерстві. – М. Медицина. Київ. 2007. – С.65-69.
2. Мордухович О.С. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. – Медицина УзССР, 2011. – С.135-138.
3. Мордухович А.С., Резник Ф.И. Клінічні і імунологічні дані при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти. – Акуш. і гін. – 2009. – С. 8-60.
4. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги.»
5. Наказ МОЗ України №503 від 28.12.2002 року «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», наказ МОЗ України №620 від 29.12.2003 року «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні.
6. Наказ від 24 березня 2014 року № 205. Клінічний протокол “Акушерські кровотечі”.