

УДК 618.2/5:616-053.1-056.7

© Колектив авторів, 2012.

ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ ПЛОДА

Т. В. Авраменко, С. Є. Савченко, Т. В. Коломійченко, О. П. Карпенко

Відділення акушерської ендокринології та патології плода (зав. – професор Т. В. Авраменко), Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ.

MANAGEMENT OF PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH CONGENITAL ANOMALIES OF FETAL DEVELOPMENT

T. V. Avramenko, S. E. Savchenko, T. V. Kolomiichenko, A. P. Karpenko

SUMMARY

We represent results of the 20 women survey, who gave birth to children with congenital malformations of the fetus. It was found that pregnancy and delivery in these women are with complications. Presented a general scheme of women with congenital malformations of the fetus. An important positive aspect of this scheme is that the newborn passes to neonatologists and other specialists with established diagnosis, investigation and preliminary plan of treatment that is refined and adjusted in the dynamics.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Т. В. Авраменко, С. Е. Савченко, Т. В. Коломийченко, А. П. Карпенко

РЕЗЮМЕ

Представлены результаты обследования 20 женщин, родивших детей с врожденными пороками развития плода. Установлено, что беременность и роды у данных женщин проходят с осложнениями. Представлена общая схема ведения женщин с врожденными пороками развития плода. Важным положительным моментом применения подобной схемы является то, что новорожденный ребенок переходит к неонатологам и другим специалистам с установленным диагнозом, результатами обследований и предварительным планом лечения, который уточняется и корректируется в динамике.

Ключові слова: вади розвитку плода, вагітність, пологи, плід, ускладнення.

Не дивлячись на плідну роботу вчених у вивченні питань, пов'язаних з народженням дитини з вродженими вадами розвитку (ВВР), дана патологія, як і раніше, займає значну частину в структурі захворюваності і впливає на рівень перинатальних втрат. Розв'язання цих проблем набуває особливого значення на сучасному етапі глибокої демографічної кризи, що виявляється в негативному відтворенні населення, про що свідчать останні статистичні дані [4].

У структурі причин дитячої смертності вроджені вади розвитку стабільно займають провідне місце і складають близько 20%. У структурі захворюваності дітей України вроджені вади складають 0,5%. Біля 40-50% інвалідності з дитинства також обумовлені вродженими вадами розвитку.

У даний час не існує заходів щодо повного попередження вад розвитку. У цих умовах потрібна своєчасна внутрішньоутробна діагностика вади, вибір подальшої тактики ведення вагітності, способів і термінів корекції з мінімальним ризиком інвалідизації [3].

Хоча всі дослідники [1, 3, 5] визнають, що вагітність і пологи при ВВР плода мають свої

особливості, роботи, присвячені вивченню цього питання, практично відсутні, як відсутні і рекомендації по веденню вагітності і пологів при конкретних видах вади. Існуючі роботи висвітлюють лише питання пренатальної діагностики і лікування новонароджених з ВВР [1, 2], у кращому випадку у роботах наводяться медичні покази до переривання вагітності до 20 тижнів гестації. Не визначені оптимальні терміни розродження при окремих видах аномалій.

Метою дослідження було визначити особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у жінок з ВВР плода та розробити рекомендації по їх веденню.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами обстежено 20 жінок, що народили дітей з вродженими вадами розвитку (ВВР): 6 жінок – з вадами розвитку центральної нервової системи і черепа (аненцефалія – 1, мегаленцефалія – 1, гідроцефалія – 2, спинальний дизрафізм (spina bifida) – 2), 3 жінки – з вадами розвитку обличчя (розщеплення піднебіння – 2, вади розвитку нижньої щелепи (мікрогнатія) – 1), 3 жінки з вадами розвитку дихальної системи (аномалії легенів – 1, природжена діафрагмальна грижа – 2), 6

жінок – з вадами розвитку живота і органів травної системи (гастрошизис – 4, омфалоцеле – 2), 2 жінки – з вадами розвитку сечової системи (антегатальний гідронефроз – 1, уретероцеле – 1).

Контрольну групу склали 100 здорових вагітних без патології плода.

Отримані результати оброблені з застосуванням методів варіаційної статистики, прийнятих в біології та медицині. Отримані результати досліджень

оброблені методами математичної статистики з використанням критерію Фішера для оцінки різниці за показниками, що виражені в долях.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вагітність і пологи у жінок з вродженими вадами розвитку плода і спадковими захворюваннями мають свої особливості. Як видно з даних таблиці 1, найчастіше відмічаються загроза переривання вагітності (35%) та прееклампсія (40%).

Таблиця 1

Частота ускладнень вагітності, абс.ч. (%)

Акушерське ускладнення	Група обстежених вагітних	
	Контрольна	Основна
Загроза переривання	9 (9)	7 (35)*
Прееклампсія	11 (11)	8 (40)*
Плацентарна недостатність	7 (7)	5 (25)*
Анемія	24 (24)	9 (45)*
Маловоддя	1 (1)	2 (10)
Багатоводдя	2 (2)	4 (20)*
Неправильні положення і передлежання плода	2 (2)	4 (20)*

Примітка: * – різниця достовірна відносно показника жінок контрольної групи ($p < 0,05$).

При ВВР плода має місце плацентарна недостатність (25%). У плаценті порушується диференціювання ворсин хоріону і розвиток фетального судинного руслу, тобто відмічається незрілість ворсинчатого хоріону. При мікроскопічних дослідженнях плаценти відмічаються значні інволютивні та дистрофічні зміни. У децидуальній оболонці спостерігається некроз, ангіоматоз і склероз.

Досить часто у жінок з ВВР плода відмічається маловоддя і багатоводдя, неправильні положення і передлежання плода.

Встановлено (табл. 2), що у жінок з ВВР плода часто відмічаються передчасні пологи (до 15%). Високий відсоток аномалії пологової діяльності (15%), несвоєчасного вливу навколоплодових вод (15%). 60% жінок з ВВР плода були розроджені оперативно.

Таблиця 2

Частота ускладнень в пологах, абс.ч. (%)

Ускладнення в пологах	Група обстежених вагітних	
	Контрольна	Основна
Кесарів розтин в пологах	4 (4)	12 (60)*
Передчасні пологи	4 (4)	3 (15)*
Аномалії пологової діяльності	5 (5)	3 (15)*
Несвоєчасний вилів навколоплодових вод	4 (4)	3 (15)*

Примітка: * – різниця достовірна відносно показника жінок контрольної групи ($p < 0,05$).

У цілому схема ведення жінок з ВВР плода полягає в наступному. При підозрі на ВВР плода при УЗД-скринінгу в регіональному медико-генетичному центрі II рівня вагітна повинна бути направлена для проведення пренатальної діагностики в ДУ «ІПАГ НАМН України».

У разі необхідності жінці пропонується переривання вагітності за медичними показами. Переривання вагітності проводиться при ВВР плода, несумісними з життям, при відсутності можливості

хірургічної корекції, сумісними з життям, але такими, що тяжко коригуються хірургічним шляхом.

У разі пізньої діагностики ВВР плода або відмови батьків від переривання даної вагітності жінка перебуває під наглядом жіночої консультації, їй проводиться повне клініко-лабораторне обстеження, консультації спеціалістів, і за 2 тижні до пологів вона госпіталізується в пологовий стаціонар III рівня для розродження.

Найбільш перспективним на сьогоднішній день

вважається організація «замкнутого круга» надання медичної допомоги при вроджених вадах розвитку у межах єдиного лікувального закладу. Таким закладом є Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», де проводиться моніторинг здоров'я і надається спеціалізована медична допомога дітям, починаючи від ембріона і плода до новонародженого і дитини. Для більш ефективної роботи у квітні 2011 р. створено наукове відділення акушерської ендокринології та патології плода з пологовим відділенням для вагітних з ендокринною патологією та вадами розвитку плода.

Вагітні з ВВР плода, що коригується, заносяться у пренатальну диспансерну групу до народження дитини. За 2 тижні до пологів вони поступають у акушерське відділення для вагітних з ендокринною патологією та вадами розвитку плода. Проводиться пренатальний консилиум у складі: лікар-акушер-гінеколог, лікар-неонатолог, лікар УЗД, хірург, інші суміжні спеціалісти за погодженням для визначення термінів і методу розродження, плану ведення новонародженого.

Пологи жінок з ВВР через природні пологові шляхи потребують постійного моніторного контролю за станом плода. Велика кількість різноманітних ВВР плода не ускладнює перебіг пологів. Деякі вади розвитку, при яких є загроза порушення цілісності органів новонародженого, вимагають проведення планового кесаревого розтину. До таких ВВР відносять виражену гідроцефалію, мозкові грижі, виражені пухлини шиї, спинномозкові грижі, гастрошизис, омфалоцеле та інші патології.

Пологи проводяться в присутності неонатолога-реаніматолога та хірурга.

Якщо аномалія буде визнана такою, яка піддається оперативному лікуванню, то дитина переводиться у відділення хірургічної корекції ВВР (атрезія стравоходу, атрезія кишківника, діафрагмальна грижа, гастрошизис, омфалоцеле та інша хірургічна патологія), діти з обструктивними уropатіями верхніх сечових шляхів транспортуються до ДУ «Інститут урології НАМН України», з серцево-судинною патологією – до ДУ «Інститут серцево-судинної хірургії ім. Н.М. Амосова НАМН України», з патологією ЦНС – до ДУ «Інститут нейрохірургії НАМН України». Через 2-3 доби матір також переводять до відповідної установи для сумісного перебування з дитиною.

Важливим позитивним моментом застосування такої схеми є те, що новонароджений переходить до неонатологів та інших спеціалістів зі встановленим діагнозом, обстеженнями та попереднім планом лікування, який уточнюється і коригується в динаміці.

ВИСНОВКИ

1. У результаті проведених досліджень встановлено, що вагітність і пологи у жінок з ВВР плода проходять з ускладненнями.

2. У обстежених жінок з іншими ВВР плода найчастіше відмічаються загроза переривання

вагітності (35%) та прееклампсія (40%). У 25% жінок має місце плацентарна недостатність, досить часто відмічається маловоддя і багатоводдя, неправильні положення і передлежання плода. Встановлено, що у жінок з ВВР плода часто відмічаються передчасні пологи (до 15%). Високий відсоток аномалії пологової діяльності (15%), несвочасного вливу навколоплодових вод (15%). 60% жінок з ВВР плода були розроджені оперативно.

3. Пологи жінок з ВВР через природні пологові шляхи потребують постійного моніторного контролю за станом плода. Велика кількість різноманітних ВВР плода не ускладнює перебіг пологів. Деякі вади розвитку, при яких є загроза порушення цілісності органів новонародженого, вимагають проведення планового кесаревого розтину. До таких ВВР відносять виражену гідроцефалію, мозкові грижі, виражені пухлини шиї, спинномозкові грижі, гастрошизис, омфалоцеле та інші патології.

4. Пологи проводяться в присутності неонатолога-реаніматолога та хірурга.

5. Розроблена загальна схема ведення жінок з ВВР плода. Важливим позитивним моментом застосування такої схеми є те, що новонароджений переходить до неонатологів та інших спеціалістів зі встановленим діагнозом, обстеженнями та попереднім планом лікування, який уточнюється і коригується в динаміці.

6. Продовжуються дослідження та накопичується матеріал для розробки більш детальних рекомендацій по веденню вагітності і пологів при конкретних видах вроджених вад розвитку плода.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вроджені вади розвитку: пренатальні та постнатальні аспекти / І. С. Лук'янова, Г. Ф. Медведенко, І. А. Журавель [та ін.] // Мистецтво лікування. – 2007. – № 1 (37). – С. 24–26.

2. Врожденные пороки развития: пренатальная диагностика и тактика / под ред. Б. М. Петриковского, М. В. Медведева, Е. В. Юдиной. – 1-е изд. – М.: РАВУЗДПГ, Реальное Время, 1999. – 256 с.

3. Гордієнко І. Ю. Актуальні проблеми організації пренатальної діагностики вродженої та спадкової патології в Україні / І. Ю. Гордієнко, Р. О. Мойсеєнко // Перинатология и педиатрия. – 2009. – № 2 (38). – С. 6–11.

4. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»: МОЗ України. – К., 2011. – 104 с.

5. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской, В. Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1056 с.