

УДК 616.8-009.24-036.3:616-018.74-008.6

© Ю. Л. Марущенко, 2011.

СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ, МЕТОДИ РОЗРОДЖЕННЯ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ ПРИ ВАГІТНОСТІ НА ТЛІ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

Ю. Л. Марущенко*Кафедра акушерства і гінекології №2 (зав. кафедри – проф. О. П. Гнатко),
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ.*

THE STATE OF FETOPLACENTAL COMPLEX, METHODS OF DELIVERY AND PERINATAL CONSEQUENCES IS AT PREGNANCY ON BACKGROUND OF PREECLAMPSIA

J. L. Maruschenko

SUMMARY

The flow of pregnancy and births is analyzed at 114 pregnant with preeclampsia of different degree of weight. It is exposed, that gestational process at this category of pregnant characterized in most cases the complicated flow of pregnancy (miscarriage, late gestosis, pathology of amnion). The state of fetoplacental complex was studied, methods of delivery and perinatal consequences for women with preeclampsia.

СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА, МЕТОДЫ РОДРАЗРЕШЕНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Ю. Л. Марущенко

РЕЗЮМЕ

Проанализировано течение беременности и родов у 114 беременных с преэклампсией разной степени тяжести. Выявлено, что гестационный процесс у этой категории беременных характеризуется в подавляющем большинстве случаев осложненным течением беременности (угроза невынашивания, поздний гестоз, патология амниона). Было изучено состояние фетоплацентарного комплекса, способы родоразрешения и перинатальные последствия у женщин с преэклампсией.

Ключові слова: преэклампсія, фетоплацентарний комплекс.

Преэклампсія в даний час залишається однією з актуальних проблем акушерства. Незважаючи на досить велику увагу, яка приділяється гіпертензивним розладам під час вагітності, вона є найбільш поширеним ускладненням вагітності і займає одне з перших місць серед причин материнської і перинатальної смертності.

Особливо актуальна проблема преэклампсії на тлі екстрагенітальної патології. При екстрагенітальних захворюваннях (артеріальна гіпертензія, захворювання нирок, ендокринна патологія), які призводять до розвитку преэклампсії, остання спостерігається значно частіше, виникає раніше і характеризується більш важким перебігом, ніж у соматично здорових вагітних. Поєднання екстрагенітальної патології та преэклампсії ще більше обмежує можливості адаптації організму і стають причиною несприятливих наслідків вагітності як для плода, так і для матері. За останнє десятиріччя більшість дослідників відзначають тенденцію до збільшення частоти преэклампсії до 14,0-18,0% від загальної кількості пологів [1, 2]. Питома вага преэклампсії на тлі екстрагенітальної патології складає до 60,0-75,0%, з них в більш ніж половині ви-

падків відзначається важка форма перебігу преэклампсії [3, 4].

Метою дослідження було вивчення стану фетоплацентарного комплексу (ФПК), способів розродження і перинатальних наслідків при вагітності на тлі преэклампсії.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Нами було обстежено 114 жінок, у яких вагітність ускладнилась преэклампсією різного ступеня важкості. Вік вагітних коливався від 20 до 34 років (в середньому 27,7±5,1 роки), більшість пацієнток (74,6-85,0%) належала до вікової групи 28-33 років. Відповідно до мети дослідження вагітні були розподілені на клінічні групи: основну групу склали 114 вагітних, у яких вагітність ускладнилась преэклампсією різного ступеня важкості. Контрольну групу склали 30 жінок з нормальним перебігом вагітності і пологів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ретельний аналіз перебігу вагітності показав, що ускладнений перебіг гестаційного процесу мав місце у всіх вагітних основної групи (табл. 1).

Ускладнення гестаційного процесу у вагітних спостережуваних груп

Ускладнення гестаційного процесу	Групи вагітних			
	Основна група (n=114)		Контрольна група (n=30)	
	абс.	%	абс.	%
Загроза раннього викидня	45	39,5	2	5,7
Загроза пізнього викидня	36	31,6	1	3,3
Ранній гестоз	13	11,4	3	10,0
Істміко-цервікальна недостатність	4	3,5	–	–
Загроза передчасних пологів	28	24,6	2	5,7
Анемія вагітних	48	42,1	8	26,7
Прееклампсія легкого ступеня тяжкості	26	24,6	–	–
Прееклампсія середнього ступеня тяжкості	48	42,1	–	–
Прееклампсія тяжкого ступеня	40	7,9	–	–
Багатоводдя	9	7,9	1	3,3
Маловоддя	16	14,0	–	–
Затримка росту плода	34	29,8	–	–
Передчасний розрив плідних оболонок	33	28,9	1	3,3

Серед ускладнень вагітності у жінок основної групи найчастіше мала місце загроза невиношування, з приводу чого вагітні отримували препарати прогестеронового ряду, седативну і симптоматичну терапію. Пролонгувати вагітність при наявності загрози викидня у першому триместрі гестації не вдалося у 4 (3,5%) жінок основної групи. Частота передчасних пологів у основній групі склала 28,9%, тоді як у контрольній – 3,3%, при цьому у вагітних основної групи у всіх випадках пологи починались з передчасного розриву плідних оболонок.

Затримку росту плода (ЗРП), яка є основним проявом плацентарної недостатності, діагностували у 34 (29,8%) вагітних з прееклампсією середнього та важкого ступеня. У 8 (30,8%) вагітних у 28-30 тижнів вагітності прогресування інволютивно-дистрофічних змін у плаценті характеризувалось її витонченням, появою або збільшенням неправильної форми розширень міжворсинкового простору, дольчастістю, неоднорідністю акустичної щільності плаценти, збільшенням візуалізації базальної мембрани. У 10 (38,5%) вагітних основної групи зазначені ознаки дисфункції плаценти поєднувались з ознаками венозного застою у матково-плацентарному кровообігу, що

проявлялось розширенням вен матки та міжворсинкового простору. У 34 (29,8%) вагітних із затримкою росту плода у 28-30 тижнів мали місце ознаки передчасного дозрівання плаценти (III ступінь зрілості плаценти). Аналіз перебігу вагітності, пологів та раннього неонатального періоду у вагітних з прееклампсією показав значну частоту загрози невиношування, втрат вагітності, ускладненого перебігу неонатального періоду, що виникає на тлі розвитку первинної або вторинної плацентарної дисфункції різного ступеня вираженості і вимагає постійного моніторингу стану ФПК для визначення комплексу терапевтичних заходів з метою покращення стану плода й вибору оптимального терміну розродження вагітних. Проведені дослідження біофізичного профілю плода показали, що в усіх випадках затримки розвитку плода мала місце його асиметрична форма. Співвідношення біпаріетального розміру голівки і обводу живота плода внаслідок диспропорційного росту перевищувало 1,00 і складало $1,32 \pm 0,21$. Характерним для вагітних із затримкою росту плода була наявність фетального дистресу у 42,3% випадках. Рухова активність плода дає можливість не тільки визначити ступінь зрілості функціональних систем, але й оцінити його адап-

таційні резерви. При дистресі плода у 19,2% випадках відмічалось посилення рухової активності, що розцінювалось нами як компенсаторна реакція на розвиток гіпоксичного стану, у інших випадках відмічалось зниження рухової активності плода з паралельним зменшенням частоти дихальних рухів, при цьому індекс дихальної активності (відношення часу дихальних рухів плода до тривалості дослідження) складав менше $26,18 \pm 1,37\%$.

За даними літератури, при плацентарній недостатності та ЗРП переважно спостерігається зменшення кількості навколоплідних вод, що мало місце у 14,0% спостережень, однак у 7,9% вагітних спостерігалось багатоводдя різного ступеня вираженості.

Дослідженнями останніх років доведено, що провідна роль у патогенезі плацентарної недостатності належить гемодинамічним і мікроциркуляторним порушенням у системі мати-плацента-плід. Оскільки патологічним кривим швидкостей кровоплину притаманна нестабільність, а від моменту реєстрації патологічних кривих швидкостей до появи клінічних проявів затримки розвитку плода, за даними літератури, може пройти від 4 до 6 тижнів, ми проводили динамічне спостереження за вагітними з інтервалом 14 діб. Проведені дослідження засвідчили, у вагітних з прееклампсією вже у 22-24 тижні гестації відмічаються зміни індексів матково-плацентарного кровообігу, що можна розглядати як предиспозицію розвитку плацентарної недостатності.

Дослідження гормональної функції плаценти показало, що у вагітних на тлі прееклампсії спостерігається порушення гормональної функції плаценти, починаючи з періоду її формування. Вважається, що у ранні терміни гестації найбільш показовим для прогнозування подальшого перебігу вагітності є зміна концентрації хоріонічного гонадотропіну (ХГ) у сироватці крові, однак одні автори вказують на збільшення концентрації, інші – навпаки. У нашому дослідженні у вагітних основної групи спостерігався значний розкид індивідуальних показників концентрації ХГ, хоча усереднені показники мали тенденцію до зростання як у першому, так і другому триместрі вагітності.

У вагітних основної групи з ознаками загрози невиношування з першого триместру визначалось зниження рівня прогестерону у сироватці крові, що свідчить про недостатній рівень стероїдогенезу у яєчниках. З формуванням плаценти, яка стає основним продуцентом гормонів, що забезпечують пролонгування вагітності, у вагітних з прееклампсією зберігався дефіцит прогестерону, який складав від 30,5% до 45,8% у другому триместрі вагітності. Це негативно позначалось на перебігу вагітності і зумовлювало високу частоту загрози невиношування і переривання вагітності. Значний дефіцит прогестерону на тлі гормональної терапії, спрямованої на збереження вагітності, ставить питання про необхідність контро-

лю його рівня та корекції препаратами гестагенного ряду у другому триместрі вагітності.

У вагітних із затримкою росту плода рівень E_3 прогресивно знижувався з другого триместру вагітності на 10,2-14,5% від рівня контрольної групи до 20,7-30,2% – у третьому триместрі ($p < 0,05$), що корелювало з клінічними даними, даними доплерометрії та кардіотокографії. Плацентарний лактоген (ПЛ) приймає участь у адаптації проміжного обміну материнського організму, однак основна його біологічна роль реалізується у організмі плода. У першій половині вагітності ПЛ секретується переважно у фетальний кровоплин, що безпосередньо визначає темпи росту плода у цей період. Проникаючи у організм плода, ПЛ стимулює синтез інсуліну, стероїдних гормонів і легеневого сурфактанту. У вагітних з ультразвуковими та доплерометричними маркерами плацентарної дисфункції мало місце зниження рівня плацентарного лактогену у сироватці крові. При цьому у другому триместрі вагітності рівень ПЛ знижувався на 11,5-18,6%, а у третьому триместрі – до 25,4-29,5%. Розродження шляхом кесаревого розтину виконано у 75(65,7%) вагітних з важкими формами прееклампсії. Показаннями для кесаревого розтину були: прееклампсія важкого ступеня у випадках, коли не було позитивних результатів від консервативного лікування, відсутність біологічної готовності організму до пологів, тазові передлежання плода, слабкість родової діяльності і погіршення стану породіллі під час пологів (наростання важкості прееклампсії і погіршення стану плода), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Загальна крововтрата під час операції складала 750 ± 56 мл. Термінові пологи були у 73,0% випадків, передчасні – в 27%. Кесарів розтин у терміні 30-33 тижні виконано в 5,4% вагітних, в 34-36 тижнів – у 12,6%, 37-39 тижнів – у 73%. Пологи через природні родові шляхи відбулись у 39 (34,3%) вагітних. У всіх вагітних мало місце прееклампсія легкого (27) і середнього ступеня (12) важкості. Пологи проводились на фоні епідуральної анестезії в присутності анестезіолога у 30 жінок. Під час пологів спостерігалися наступні ускладнення: слабкість родової діяльності, несвоєчасне вилиття навколоплідних вод, кровотеча в ранньому післяпологовому періоді, дистрес плода. У 5 жінок проведено накладання акушерських щипців, у 4 – витягання плода за тазовий кінець. Ручне обстеження порожнини матки, як самостійне втручання в третьому періоді пологів, виконано у 18 породіль, переважно у зв'язку з аномаліями відділення посліду і кровотечею. Серед новонароджених з оцінкою за шкалою Апгар 6 і менше балів народилось 15 (13,2%) дітей, решта мали оцінку 7 і більше балів. З особливостей перебігу періоду новонародженості необхідно відмітити високу частоту патологічної гіпербілірубінемії (у доношених новонароджених – 49,4% і 45,5% – у недоношених), постгіпоксичних станів, синдрому дихаль-

них розладів, що вимагало проведення інтенсивної терапії.

ВИСНОВКИ

1. Гестаційний процес при вагітності на тлі пре-еклампсії найчастіше ускладнюється загрозою невиношування, патологією гідрамніону, затримкою росту плода.

2. Наш досвід свідчить, що розродження шляхом кесаревого розтину при прееклампсії важкого ступеня є найбільш безпечним для матері і плоду, так як те фізичне та психологічне навантаження, яке виникає під час самостійних пологів, не завжди достатнє знеболювання часто призводять до наростання тяжкості прееклампсії та погіршення стану плоду. Слід зазначити, що вдаватися до кесаревого розтину при прееклампсії на тлі екстрагенітальної патології доводиться в термінах 32-36 тижнів, тобто при ситуації, коли з одного боку прогресивно наростає тяжкість прееклампсії, відсутній ефект від проведеного лікування і при цьому немає біологічної готовності організму вагітної до пологів.

3. Проведення дородової підготовки при цих термінах часто буває малоефективним. Проведення програмованих пологів через природні родові шляхи слід проводити при легкому і середньому ступенях важкості прееклампсії із застосуванням перідуральної анестезії з метою ретельного знеболювання і терапії гіпертензії.

4. При відсутності ефекту від родостимуляції або наростання важкості прееклампсії в пологах розродження необхідно проводити шляхом кесаревого розтину.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В. Фармакотерапия гестоза / Абрамченко В. В. – Спб.: СпецЛит, 2005. – 477 с.

2. Айламазян Э. К. Гестоз: теория и практика / Айламазян Э. К. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.

3. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике / Айламазян Э. К. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1997. – 432 с.

4. Краснополюский В. И. Кесарево сечение / Краснополюский В. И. – М.: Медицина, 1997. – 316 с.