

УДК 618.3 + 618.36 + 618.3- 06

© Н. І. Генік, Н. В. Литвін, Н. М. Кінаш, 2012.

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ІЗ ВІДШАРУВАННЯМ ХОРІОНА ТА ПЛАЦЕНТИ У РІЗНІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ

Н. І. Генік, Н. В. Литвін, Н. М. Кінаш*Кафедра акушерства та гінекології ім. І. Д. Ланового (зав. – професор Н. І. Генік), Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ.*

DURING THE PREGNANCY WITH DETACHMENT OF THE CHORION AND PLACENTA IN DIFFERENT PERIODS OF GESTATION

N. I. Genik, N. V. Litwin, N. M. Kinash

SUMMARY

Premature detachment of placenta as a cause of intrauterine hypoxia and asphyxia newborns with risk perinatal mortality is one of the problems of modern obstetrics and neonatology. According to the literature, the frequency of premature detachment of normally located placenta is 0,07-2,10% [4, 7]. Until recently caused some difficulties of forecasting and early diagnosis of abruption of the placenta. In connection with this, is the introduction into clinical practice of modern diagnostic methods that can detect the initial violation of the mother-placenta-fetus.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ С ОТСЛОЙКОЙ ХОРИОНА И ПЛАЦЕНТЫ В РАЗНЫЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ

Н. И. Генік, Н. В. Литвін, Н. М. Кінаш

РЕЗЮМЕ

Преждевременная отслойка плаценты, как причина внутриутробной гипоксии и асфиксии новорожденных с угрозой перинатальной смертности, является одной из проблем современного акушерства и неонатологии. По данным литературы [4, 7], частота преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты составляет 0,07-2,10%. До последнего времени сложности вызывали прогнозирование и ранняя диагностика преждевременной отслойки плаценты. В связи с этим, актуальным остается внедрение в клиническую практику современных диагностических методов, которые могут диагностировать начальные нарушения системы мать-плацента-плод.

Ключові слова: передчасне відшарування плаценти, ретрохоріальна гематома, вагітність, фактори ризику.

Вважалось, що причиною передчасного відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП) є механічні фактори – травми живота, збільшення об'єму матки, а потім її швидке випорожнення (при багатоводді, багатоплідді, великому плоді), коротка пуповина, запізнілий розрив плідного міхура, дистрофічні зміни ендометрію [1, 2]. В даний час, опираючись на багаточисельні спостереження, можна стверджувати, що провідну роль у розвитку ПВНРП відіграють пізні гестози вагітних, гіпертонічна хвороба, але характер цього взаємозв'язку до кінця не з'ясовано [5, 6].

Різноманітність патогенетичних ланок розвитку передчасного відшарування нормально розташованої плаценти зумовлює необхідність диференційованого підходу до діагностики та лікування вагітних з цією патологією [3], що і наштовхнуло нас на проведення даного дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Об'єктом дослідження буде вагітність у жінок з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти.

Предмет дослідження: загальний клінічний стан вагітних, імунологічний та гемостазіологічний склад крові, показники гормонального статусу,

морфологічний стан плацентарної тканини.

Засоби, які використовуються: медична документація, біохімічні лабораторії обласної клінічної лікарні і обласного перинатального центру, ультразвукові апарати міського пологового будинку і обласного перинатального центру, апарати імуноферментного аналізу «Статфакс», стандартні набори для визначення гормонів, електронний мікроскоп ПЕМ-125 К.

На основі комплексного обстеження жінок буде встановлено взаємозалежність і взаємозв'язок між гормональними (естрогени, прогестерон), імунологічними та гемостазіологічними показниками крові.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для встановлення факторів ризику розвитку відшарування хоріона та плаценти було проведено ретроспективний аналіз 238 історій хвороб та історій пологів жінок за період з 2009 по 2010 рік, які перебували на стаціонарному лікуванні в міському клінічному пологовому будинку (МКПБ) міста Івано-Франківська. Для кожної пацієнтки була заведена спеціально розроблена нами анкета обстежень жінок.

Пологів за визначений термін було 5309, на стаціонарному лікуванні в гінекологічних

відділеннях, у відділеннях невиношування та акушерської патології перебувало 6872 жінки.

У даний період випадків ПВНРП було 39, випадків патології хоріона у вигляді ретроамніальних та ретрохоріальних гематом – 199.

При розгляді анкет встановлено, що в I триместрі діагностовано ретроамніальні та ретрохоріальні гематоми у 155 (65,12%) жінок, з яких у 27 (17,42%) – вагітність перервалась, в II триместрі – у 39 (16,38%) жінок спостерігались ретроамніальні та ретрохоріальні гематоми, у 4 (10,25%) жінок вагітність перервалась. В III триместрі у 5-ти (2,10%) жінок виявлені ретроплацентарні та ретроамніальні гематоми.

Сексуальний дебют відмічено у віці до 18 років

у 26,78% жінок, у віці 18-25 років – у 68,75% та у віці більше 25 років – у 5 жінок.

Розглядаючи гінекологічний анамнез в обстежених, встановлено, що найчастіше спостерігались хронічні запальні захворювання органів малого тазу та патологія шийки матки – у 40,17% та 31,25% відповідно. Міома матки зустрічалась у 4,82% жінок; непліддя – у 6,57%; операції на маткових трубах та яєчниках перенесли 16 жінок; звичне невиношування виявлено у 7,45% пацієнок. Три вагітності наступили внаслідок використання допоміжних репродуктивних технологій.

При аналізі акушерського анамнезу пацієнтки також були репрезентативними, дані наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Особливості акушерського анамнезу

Показник	Період 2009-2010 рр.	
	абс.	(%)
1 самовільний викидень	31	13,02
2 і > викидня	13	5,46
1-2 штучні аборти	50	21,01
3 і > абортів	3	1,26
Перебіг попередніх вагітностей		
Нормальні пологи	88	36,97
Патологічні пологи (КР)	15	6,30
Прееклампсія	4	1,68
Слабкість пологових сил	6	2,52
Дистрес	3	1,26
ПВНРП	2	0,84

92 жінки в анамнезі мали одні пологи, 12 – двоє пологів. Першовагітних було 98 (41,18%), жінок, в анамнезі яких було дві вагітності – 79 (33,19%), три вагітності і більше – 61 (25,63%) жінка.

Супутня екстрагенітальна патологія виявлена у

64,71% жінок. Частіше відмічались захворювання сечовидільної системи, хронічний тонзиліт, варикозне розширення вен, вегетосудинна дистонія, серцево-судинні захворювання, ожиріння. Дані наведені у таблиці 2.

Таблиця 2

Структура екстрагенітальної патології

Екстрагенітальні захворювання	Період 2009-2010 рр.	
	абс.	(%)
Хронічні запальні захворювання сечовидільної системи	34	14,29
Хронічний тонзиліт	34	14,29
Серцево-судинні захворювання	12	5,04
Варикозне розширення нижніх кінцівок	9	3,78
Анемія	14	5,88
Вегето-судинна дистонія	17	7,14
Ожиріння	14	5,88
Ендокринні захворювання	7	2,94
Оперативні втручання	19	7,98
Бронхіальна астма	1	0,42

При аналізі вагітності, при якій сталось відшарування хоріона та плаценти, встановлено, що із 238 жінок у 31 (13,02%) жінки вагітність перервалась у першій її половині. З 31 жінки у 19-ти діагностовано завмерлу вагітність, при цьому ретроамніальні гематоми спостерігались до 7 тижнів у 2-х жінок, в терміні 7-13 тижнів – у 8-ми жінок, ретрохоріальні гематоми до 7 тижнів – у 6-ти, в терміні 7-13 тижнів – у 3-х. У 12-ти жінок вагітність завершилась неповним мимовільним викиднем, виявлено ретроамніальні гематоми у 2-х жінок в терміні 7-13 тижнів, ретрохоріальні гематоми в терміні до 7 тижнів – у 3-х жінок і в терміні 7-13 тижнів – у 7-ми жінок.

При аналізі динаміки прогресування гематом виявлено: в I триместрі ретроамніальні гематоми розсмоктались у 29-ти жінок, а в 45-ти – вони організувались, ретрохоріальні гематоми в 31 жінки розсмоктались, у 24-х – організувались. З даного дослідження встановлено, що ретроамніальні гематоми мають тенденцію до організації, а ретрохоріальні до розсмоктування. У 21,35% випадків спостерігались великі ретроамніальні гематоми площею більшою 20x20 мм, в 5,61% випадків – великі ретрохоріальні гематоми, у 12,36% – великі ретроплацентарні гематоми.

При вивченні анкет встановлено, що ускладнення даної вагітності у вигляді ПВНРП 7 жінок пов'язували з фізичним навантаженням, 5 – з перенесеними травмами. Одній жінці в терміні 26 тижнів проведено апендектомію.

У 9-ти пацієнток з ПВНРП пологи були передчасними, у 15-ти ПВНРП відбувалось в першому періоді пологів, мала гестаційна вага плоду спостерігалась у 4-х жінок, дистрес плода виставлено у 8-ми жінок, передчасний та ранній розрив плодових оболонок – у 6-ти і 3-х відповідно.

У 18,9% (45) жінок в II та III триместрах вагітності спостерігалась фетоплацентарна недостатність. Анемію діагностовано в I триместрі у 7,14% (17) вагітних, в II триместрі – у 10,50% (25), у III триместрі – у 13,44% (32).

В 5-ти жінок діагностовано прееклампсію в III триместрі вагітності, в однієї жінки – прееклампсію важкого ступеня.

При аналізі стану новонароджених, оціненого за шкалою Апгар, виявлено важку асфіксію з оцінкою за шкалою Апгар менше 4 балів у 4 дітей, помірну асфіксію – по Апгар 5-6 балів – у 8-ми дітей, легку асфіксію – по Апгар 6-7 балів – у 13-ти дітей, та фізіологічну норму діагностовано у 14-ти новонароджених.

У 120 жінок пологи були фізіологічними терміновими, у 8-ми – передчасними. При аналізі історій пологів виявлено, що у близько третини жінок (41), що в першій половині вагітності перенесли ретрохоріальні та ретроамніальні гематоми, був

передчасний та ранній розрив плодових оболонок, багатоводдя діагностоване у 32 жінок, прееклампсія легкого ступеня встановлена у 12-ти жінок, мала гестаційна вага плоду спостерігалась у 5-ти породіль, патологія плаценти по УЗД – у 36-ти жінок.

ВИСНОВКИ

1. Отже, якщо не наступає загибель ембріона (плода), то в подальшому розвивається плацентарна недостатність в 21% випадків, передчасні пологи – в 5%, прееклампсія – в 10%, дистрес-синдром у новонародженого – в 25%, затримка розвитку плода – 3%. Частота кесаревого розтину у даного контингенту вагітних складає 29%.

2. Слід відмітити, що в літературі наведені обмежені відомості про патогенез відшарування хоріона на ранніх термінах, недостатньо вивчено особливості гемодинаміки в матці, відповідно, відсутній єдиний підхід до терапії.

3. Висока частота акушерських та перинатальних ускладнень при різних формах патології хоріона на ранніх термінах диктує необхідність більш глибокого вивчення даної проблеми.

ЛІТЕРАТУРА

1. Білик Н. М. Діагностика та лікування ретрохоріальних та ретроплацентарних гематом у жінок з антифосфоліпідним синдромом та вірусною інфекцією / Н. М. Білик // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 2. – С. 91–94.

2. Білик Н. М. Особливості плодово-матково-плацентарної гемодинаміки при локальному передчасному відшаруванні плаценти / Н. М. Білик // Здоров'я жінчини. – 2008. – № 3. – С. 37–40.

3. Кирющенко П. А. Патогенетическое обоснование тактики ведения отслойки хориона и плаценты на ранних сроках беременности / П. А. Кирющенко, Д. М. Белоусов, О. С. Александрова // Гинекология. – 2010. – Т. 12, № 1. – С. 12–15.

4. Михайлин Е. С. Встречаемость некоторых наследственных тромбофилий при гестозе и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты / Е. С. Михайлин // Медицинская генетика. – 2005. – Т. 4, № 5. – С. 230–234.

5. Мурашко А. В. Гемореологические расстройства при гипертензии во время беременности и возможности их коррекции / А. В. Мурашко, Н. Ф. Кравченко, Н. Д. Грибанова // Гинекология. – 2007. – Т. 9, № 5. – С. 17–19.

6. Половинка В. О. Фактори ризику розвитку недоношування вагітності / В. О. Половинка // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 6. – С. 80–82.

7. Пясецкая Н. М. Анализ акушерко-соматического анамнеза рожениц с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты / Н. М. Пясецкая, Т. И. Шевцова // Здоров'я жінчини. – 2003. – № 2 (14). – С. 28–30.