

УДК 618.34 / 36 : 618.36 – 008.6

І.М.Маринчина

ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО СТАНУ ПЛОДА ТА ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ ІЗ ПЛАЦЕНТАРНОЮ ФОРМОЮ ДИСФУНКЦІЇ ПЛАЦЕНТИ

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології (зав. – проф. О.В.Кравченко)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Проведено аналіз 160 історій пологів, морфометричне дослідження 60 плацент жінок з плацентарною формою дисфункції плаценти та відповідно історій розвитку новонароджених. Результати дослідження показали високу частоту локалізації плаценти в нижньому сегменті матки (73.7%) у даній групі, наро-

дження дітей з малою масою тіла в 92,5% випадків, виникнення дистресу плода в 77,5% випадків з подальшим народженням дітей в асфіксії різного ступеня тяжкості.

Ключові слова: дисфункція плаценти, дистрес плода, плацентарний комплекс.

Вступ. Стан репродуктивного здоров'я в Україні сьогодні продовжує викликати занепокоєння, негативно позначаючися на демографічних показниках [1]. Дисфункція плаценти (ДП) - ключова проблема акушерства, неонатології, оскільки функціональна неспроможність цього органа призводить до загрози переривання вагітності, затримки росту і розвитку плода (ЗВУР) або його загибелі. Тому життєздатність плода знаходиться в прямій залежності від функціонального стану плаценти [1,4].

У патогенезі плацентарної дисфункції провідну роль відіграє зниження матково-плацентарного та плодово-плацентарного кровообігу, затримка у формуванні котиледонів. Плід розвивається за умови хронічної гіпоксії, що призводить до зменшення маси тіла, порушення адаптаційних реакцій та потенціалу розвитку новонародженого [3,6].

Мета дослідження. Визначити стан плода та плацентарного комплексу при плацентарній формі дисфункції плаценти.

Матеріал і методи. Проведено аналіз 160 історій пологів жінок із плацентарною формою дисфункції плаценти, що поступили в пологовий будинок № 2 протягом 2003-2006 рр. у терміні гестації від 30 до 40 тижнів, морфометричне дослідження 60 плацент породіль даної групи та відповідно історій розвитку новонароджених.

Для оцінки внутрішньоутробного стану плода та плаценти використовували ультразвукову діагностику (УЗД). Ступінь тяжкості ЗВУР визначали за схемою, запропонованою А.Н.Стрижаківим та співавт. [5].

Функціональний стан адаптаційно-резервних можливостей плода в антенатальному періоді вивчали при кардіомоніторному дослідженні (КТГ) за змінами серцевої діяльності у відповідь на спонтанні рухи (нестресовий тест - NST) [2].

При морфометричному дослідженні плацент використані методичні рекомендації [4]. Дослідження плаценти починали одразу після її відділення з куксою пуповини не більше 1 см. За відбитком на міліметровому папері визначали площу материнської поверхні. Плацентарно-плодовий коефіцієнт (ППК) визначали шляхом

вирахування відношення маси плаценти до маси тіла новонародженого. Вивчалися органомеричні показники: форма, площа, максимальна товщина плаценти. Паралельно візуально вивчали цілісність тканин плаценти, наявність інфарктів, кальцифікатів, крововиливів, кіст.

Результати дослідження та їх обговорення. Середній вік вагітних становив $24,8 \pm 1,53$ року з індивідуальними коливаннями від 18 до 37 років.

За соціальним статусом переважно більшість становили службовці 68 (42,5%) і непрацюючі 68 (42,5%) жінки.

Середня маса тіла жінок перед настанням вагітності становила $68 \pm 1,45$ кг. Жінок низького зросту (до 150 см) було 16 (10%), до 163 см - 98 (61,2%); високого зросту - (понад 165 см) - 46 (28,8%).

Першовагітних у досліджуваній групі було 72 (45%), повторновагітних - 88 (55%), першороділь - 81 (50,6%). Обтяжений акушерський анамнез спостерігали у кожній третій жінки. Перебіг даної вагітності ускладнився у 138 (86,2%) жінок.

УЗ-дослідженням у вагітних із плацентарною формою дисфункції плаценти (діагноз підтверджено гістологічно після пологів) під час гестації виявлено низьке прикріплення плаценти по передній стінці матки в 32,5% випадків, по передній стінці з переходом на одну з бічних стінок - у 5%, прикріплення плаценти по передній стінці матки - у 9,4% вагітних. У дні матки по передній стінці виявлено розміщення плаценти в 1,8% жінок. По задній стінці матки низьке прикріплення плаценти відмічено в 36,3% вагітних, у тілі матки плацента локалізувалася у 5% випадків, у дні - у 10%.

Таким чином, у нижньому сегменті матки плацента локалізувалася по передній і задній стінках у 73,8% вагітних, у тілі матки - у 14,4%, на дні матки - у 11,8%.

Крім того, у 86,2% вагітних даної групи, за даними УЗД, плацента мала змінену товщину та структуру (петрифікати, лакуни, кальцинати, кісти).

У вагітних із розташуванням плаценти в нижньому сегменті матки діти народжувалися переважно з невеликою масою тіла (до 3000 г) у 92,5% випадків. Крім цього, у жінок даної групи

відмічалася загроза переривання вагітності у 36,8% випадків, дистрес плода - в 77,5% випадків, передчасні пологи - у 32,5% вагітних.

Слід відмітити, що з 33 тижнів гестації у вагітних досліджуваної групи виявлено різний ступінь зрілості плаценти: у 56,2% випадків - II ступінь зрілості, у 36,2% - III ступінь, а починаючи з 35 тижнів гестації - у 80% випадків спостерігається III ступінь зрілості. Підтвердженням патології плацентарного комплексу є виявлення в 6,2% багатоводдя, у 23,7% - маловоддя та його прогресування із збільшенням терміну гестації (36,2% проти 23,7%). Товщина плаценти також суттєво змінена. Нормальною до терміну гестації траплялася тільки у 23,7% випадків. У 43,7% пацієнок відмічено потовщення плаценти й у 26,2% - гіпоплазія.

У 78,7% випадків зміни структури плаценти супроводжувалися порушенням характеру серцевих скорочень у плода. У 40% спостережень виявлена помірна (171-180 уд/хв) тахікардія в плода. У третини жінок з плацентарною формою дисфункції плаценти (36,2%) відмічено зниження амплітуди миттєвих осциляцій до $3,9 \pm 0,9$ уд/хв, з одночасним зростанням їх частоти. Також виявлено зниження кількості акцелерацій, ареаактивний NST спостерігався у 48,7% вагітних. Показник амплітуди децелерацій у середньому склав $21,3 \pm 3,7$ уд/хв. Глибина падіння ритму децелерацій була в межах 15-54 поштовхів за хвилину.

За даними амніоскопії та амніотомії, зміни кольору і прозорості навколоплідних вод спостерігались у 32,5% випадків.

Вагітність завершилася терміновими пологами в 67,5% жінок, передчасними - у 32,5%. Середній термін вагітності при розродженні $36,8 \pm 1,2$ тижня. Елективне розродження відбулося у кожній другій (50,6%) роділлі. Частота кесаревого розтину становила 49,4%, з них за ургентними показаннями - у 15%. У структурі показань до абдомінального розродження переважав дистрес плода - 34 (43%), дистрес плода в поєднанні з СЗРП - 28 (36,7%) випадків, неспроможний рубець на матці - 9 (11,4%). Слабкість пологової діяльності діагностовано у 7,8% (8,9%). Пологи ускладнилися несвоєчасним вилиттям навколоплідних вод у 32 (20%) роділь. Меконіальне забарвлення вод спостерігали в 52 (32,5%) .

В асфіксії різного ступеня народилося 80% дітей. З оцінкою за шкалою Апгар 6-7 балів - 80 (50%), 4-5 балів - 40 (25%), менше 4 балів (проводилася ШВЛ) - 8 (5%). Слід відмітити, що в переважній більшості випадків (60%) з ознаками асфіксії народжені діти від роділь, що народжували через природні пологові шляхи. Діагноз гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС поставлений у 40% новонароджених.

Морфологічне дослідження 60 плацент після пологів у терміні гестації 36-40 тижнів показало, що в жінок, перебіг вагітності яких ускладнювався плацентарною дисфункцією, плаценти мали округлу форму у $29,8 \pm 7,8\%$ випадків, у той час як

у жінок з фізіологічним перебігом вагітності цей морфологічний показник становив $63,6 \pm 10,3\%$, у $64,5 \pm 10,3\%$ досліджуваних плацент останні мали овальну форму.

У жінок із плацентарною формою дисфункції плаценти центральне прикріплення пуповини мало місце лише в $32,8 \pm 8,4\%$, бокове - спостерігалось у $49,6 \pm 9,3\%$ вагітних. Привертає увагу високий відсоток крайового прикріплення пуповини, порівняно із середньостатистичними даними - $17,6 \pm 7,3\%$ проти $9,1 \pm 6,1\%$. За даними літератури, такі аномалії прикріплення пуповини супроводжуються диспластичними змінами кровоносного русла і обмеженням компенсаторно-приспосувальних реакцій плаценти [3].

Середня маса плаценти в пацієнок із плацентарною дисфункцією склала $388,58 \pm 12,4$ г, середня площа плаценти - $241,21 \pm 5,16$ см² також спостерігалася тенденція до потоншення плацент - $1,77 \pm 0,2$ см. Макроскопічно це проявлялося видимим сплюсненням та потоншенням посліду при даній патології. Плацентарно-плодовий коефіцієнт (ППК) склав $0,138 \pm 0,003$, що свідчить про зниження об'єму плацентарної тканини на одиницю маси тіла новонародженого при плацентарній дисфункції.

При зовнішньому огляді плацент породіль досліджуваної групи виявляли поодинокі вогнища крововиливів на материнській поверхні, регулярні кальцифікати розмірами 0,1 см та більше, дифузно розсіяні по плаценті ділянки некрозу.

Висновки

При плацентарній формі дисфункції плаценти у вагітних із 33 тижнів гестації в 56,2% випадків спостерігається II ступінь зрілості плаценти, у 36,2% - III ступінь зрілості. Із 35 тижнів гестації - у 80% випадків діагностується III ступінь зрілості плаценти, NST визначається як ареаактивний - у 48,7% вагітних.

Аномальне розміщення плаценти за даної форми дисфункції (нижній сегмент матки) трапляється в 73,7% випадків, народження дітей з невеликою масою тіла - у 92,5%, дистрес плода - у 77,5%.

Морфометричне дослідження плацент показало, що переважає овальна форма будови (64,5%), ексцентричне прикріплення пуповини - (49,6%), видиме сплюснення та потоншення посліду - $1,77 \pm 0,2$ см. Дані паталогічні зміни плаценти підтверджують наявність плацентарної форми дисфункції плаценти.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним видається поглиблене вивчення стану фетоплацентарного комплексу за даної форми плацентарної дисфункції для оптимізації термінів розродження.

Література

1. Національна програма "Репродуктивне здоров'я 2001-2005". Указ Президента України № 203/2001 від 26.03.01.

2. Воскресенский С.Л. Оценка состояния плода. Кардиотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль.: Учеб. пособие. – Мн.: Книжный Дом, 2004. – 304 с.
3. Медведев М.В., Юдина Е.В. Задержка внутриутробного развития плода. - М: Фолиант, 1998. – 205 с.
4. Милованов А.П. Патология системы мать – плацента – плод. - М: Медицина, 1999. – 447 с.
5. Стрижаков А.Н., Бунин А.Т., Медведев М.В. Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике. – М.: Медицина, 1990. – 233 с.
6. Чепка Ю.Л. Нові етіопатогенетичні аспекти фетоплацентарної недостатності // Укр. мед. часопис. – 2001. - №6. – С.108-115.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИУТРОБНОГО СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ ФОРМОЙ ДИСФУНКЦИИ ПЛАЦЕНТЫ

И.Н.Маринчина

Резюме. Проведен анализ 160 историй родов, морфометрическое исследование 60 плацент женщин с плацентарной формой дисфункции плаценты и соответственно историй развития новорожденных. Результаты исследования свидетельствуют о высокой частоте локализации плаценты в нижнем сегменте матки (73,7%) в данной группе. рождения детей с малой массой тела в 92,5% случаев, возникновения дистресса плода в 77,5% случаев с последующим рождением детей в асфиксии различной степени тяжести.

Ключевые слова: дисфункция плаценты, дистресс плода, плацентарный комплекс.

THE PECULIARITIES OF THE INTRAUTERINE CONDITION OF THE FETUS AND PLACENTAL COMPLEX IN GRAVIDAS WITH THE PLACENTAL FORM OF PLACENTAL DYSFUNCTION

I.M.Marynychyna

Abstract. An analysis of 160 labor case histories, a morphometric investigation of the 60 placentas of women with the placental form of placental dysfunction and respectively histories of newborns development has been carried out. The experimental findings have demonstrated a high frequency of placental localization in the lower segment of the uterus (73.7%) in this particular group, the birth of infants with a low body weight in 92.5% of the cases, the onset of fetal distress in 77.5% of the cases with a subsequent birth of infants in asphyxia of a diverse degree of severity.

Key words: placental dysfunction, fetal distress, placental complex.

Рецензент – доц. С.П.Польова

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №3.- P.52-54

Надійшла до редакції 13.06.2007 року