УДК 618.36

І.М.Маринчина, О.В.Кравченко

ОСОБЛИВОСТІ ІНТРАНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ФОРМІ ДИСФУНКЦІЇ ПЛАЦЕНТИ

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

Резюме. Проведено аналіз 90 історій пологів жінок із плацентарною формою дисфункції плаценти (діагноз даної форми дисфункції плаценти підтверджений гістологічно) та 30 історій пологів жінок із неускладненим перебігом гестації та пологів і відповідно карт розвитку новонароджених даних груп. Результати дослідження свідчать, що при плацентарній формі дисфункції плаценти спостерігається високий рівень передчасних пологів 86,7±3,6 %, частоти операцій кесарева розтину за показаннями з боку плода – 67,7±4,9 % (з них в ургентному порядку – 71,4±6,9 %), народження немовлят в асфіксії тяжкого ступеня в 18,9±4,6 % випадків, народження дітей з малою масою тіла – у 82,2±4,0.

Ключові слова: дисфункція плаценти, дистрес плода.

Вступ. Здоров'я новонародженого значною мірою визначається його генетичним потенціалом, а також перебігом антенатального та інтранатального періодів.

Проте стан здоров'я вагітних у країні викликає певну стурбованість. Сьогодні більш ніж 70 % усіх вагітних мають різні захворювання внутрішніх органів, збільшується також частота ускладненого перебігу гестаційного періоду та пологів (з 58,3 % у 1990 р. до 71 % у 2001 р.).

У патогенезі плацентарної форми дисфункції плаценти провідну роль відіграють ізольовані пошкодження плаценти [2]. У дітей від матерів, вагітність яких ускладнилася плацентарною дисфункцією, виявлені порушення адаптації в ранньому неонатальному періоді й у подальшому розвитку дитини [1]. Плацентарна форма дисфункції плаценти є найбільш тяжкою, оскільки супроводжується високим рівнем (40 %) перинатальних втрат [2, 3] .

Багато науковців працюють над вирішенням даної проблеми, але частота порушень у системі мати-плацента-плід зростає з року в рік і на сьогоднішній день досягає 60-70 % [2].

Мета дослідження. Вивчити чинники ризику інтранатального періоду та стан новонародженого при плацентарній формі дисфункції плаценти.

Матеріал і методи. Для вирішення поставлених у роботі завдань нами проведено аналіз 90 історій пологів (ф. 096/о) жінок із плацентарною формою дисфункції плаценти (діагноз плацентарної форми дисфункції плаценти підтверджений гістологічно) та 30 історій пологів жінок із неускладненим перебігом вагітності та пологів, які перебували в пологовому будинку № 2 протягом 2003-2007 рр. у терміні гестації від 20 до 40 тижнів та відповідно карт розвитку новонароджених (ф. 097/о) від породіль даних груп.

Отримані результати досліджень аналізували статистично за допомогою комп'ютерної програми Biostat-4.

Результати дослідження та їх обговорення. Проаналізувавши вікові, зросто-вагові показники та соціальну зайнятість в обох групах, нами встановлено, що дані групи є репрезентативними.

Перерва між вагітностю та пологами має важливе значення щодо стану здоров'я жінки та майбутньої дитини. За нашими спостереженнями, дана досліджувана вагітність настала після попередніх пологів у терміні до трьох років у 67,8±5,0 % вагітних основної групи й у 13,3±6,2 % вагітних контрольної групи ($p<0,001$), більше ніж через три роки – відповідно у 32,2±5,0 % і 86,7±6,2 % ($p<0,001$). У 36,7±5,0 % вагітних основної та 3,3±3,3 % контрольної груп дана вагітність настала після попередніх абортів ($p<0,001$), причому в 15,6±3,8 % жінок основної групи дану вагітність діагностовано через 3-6 місяців після аборту.

Тільки у двох жінок із плацентарною дисфункцією перебіг вагітності фізіологічний, що становить 2,2±1,5 %. Аналогічний показник у вагітних контрольної групи дорівнював 60,0±8,9 % ($p<0,001$).

Вагітність завершилася терміновими пологами в основній групі у 12 (13,3±3,6 %) вагітних, передчасними – у 78 (86,7±3,6 %) жінок. Аналогічний показник у контрольній групі становив відповідно 90,0±5,5 і 10,0±5,5 ($p<0,001$).

У переважної більшості (66,7±5,0 %) вагітних з плацентарною формою дисфункції плаценти пологи відбулися в терміні 34-36 тижнів гестації, у той час як у контрольній групі цей показник становив 10,0±5,5 % ($p<0,001$). В основній групі пологи з 22 по 33 тиждень гестації пов'язані з антенатальною загибеллю плода в 17,8±4,0 % випадків, а в 34-37 тижнів гестації у 2,2±1,5 % випадків відбулась інтранатальна загибель, тоді як у контрольній групі розродження в ці терміни ми не спостерігали.

Слід також відміти, що у вагітних основної групи, які мали термінові пологи (13,3±3,6 %), останні відбулися в терміні гестації 37 тижнів, у той час як у вагітних контрольної групи вони відбулися в 39-40 тижнів і показник становив 90,0±5,5 % ($p<0,001$).

Аномалії пологової діяльності частіше спостерігалися в групі жінок із плацентарною дисфункцією ($p<0,001$). Цей показник більш як у три рази перевищував контрольний, що, безумовно, вказує на роль гормонального дисбалансу в патогенезі порушень скоротливої діяльності матки.

Відмічається також різниця між показниками основної та контрольної груп, які відображали частоту обвиття пуповини навколо шиї і тулуба плода (відповідно 31,1±4,9 % і 3,3±3,3 %) ($p<0,05$) та па-

© І.М.Маринчина, О.В.Кравченко

тології прикріплення плаценти (24,4±4,5 % і 6,7±4,6 %) ($p<0,05$). Як відомо, недостатнє надходження кисню веде до частих і сильних рухів плода, що сприяє обвиттю пуповини навколо шиї і тулуба.

Середня крововтрата в пологах у вагітних контрольної групи склала 195,4±32,4 мл, у жінок основної групи – 342,1±46,3 мл ($p<0,05$).

Частота операцій кесарева розтину серед роділь із плацентарною дисфункцією становила 67,7±4,9 %, у контрольній групі – 6,7±4,6 % ($p<0,001$). Привертає увагу увагу, що в ургентному порядку, шляхом кесаревого розтину розроджено 71,4±6,9 % вагітних. Причому основними показаннями для проведення оперативного розродження були з боку плода: дистрес плода під час вагітності та в пологах, затримка внутрішньоутробного розвитку плода.

Для швидкого розродження у зв'язку з дистресом плода в пологах у жінок основної групи в 1,1±1,1 % випадків застосовувалися вихідні акушерські лещата, у контрольній групі дана операція не проводилась.

Частота застосування ручної ревізії порожнини матки також частіше спостерігалась в основній групі – 24,4±4,5 %, у контролі – 6,7±4,6 % ($p<0,05$).

Показаннями до проведення даної маніпуляції були, в основному, патологічне прикріплення плаценти та її дефекти. Вказане підтверджує наявність первинної плацентарної недостатності, в етіопатогенезі якої, на нашу думку, значна роль належить патології судин плаценти, яка супроводжує плацентарну форму дисфункції плаценти у вагітних. Такими ж причинами пояснюється і достовірне зростання частоти дистресу плода під час вагітності та пологів.

Нами також вивчений стан здоров'я новонароджених, їх фізичний розвиток та захворюваність.

Новонароджених від матерів з плацентарною дисфункцією оцінювали за шкалою Апгар у 8-10 балів лише в 10,8±3,6 % випадках, у контролі цей показник становив 86,7±6,2 % ($p<0,001$), 18,9±4,6 % немовлят народились в асфіксії тяжкого ступеня, у контрольній групі дана категорія дітей відсутня.

За нашими даними 82,2±4,0 % дітей від матерів з плацентарною формою дисфункції плаценти народилися з малою масою при народженні, а в 68,9±4,9 % були ще й недоношеними, у контрольній групі відповідно – 6,7±4,6 % і 6,7±4,6 % ($p<0,001$).

Середня маси тіла дітей при народженні від матерів основної групи в терміні 33-36 тижнів – 1905,0±40,1 г, у терміні 37-40 тижнів – 2290±28,3 г, тоді як у контролі цей показник дорівнював відповідно – 3275±25,0 і 3609± 22,4 г ($p<0,001$). Зменшувалася і довжина тіла новонароджених (47,3±1,3 проти 54,1±1,6 см) ($p<0,01$).

Ранній неонатальний період у дітей основної групи проходив більш несприятливо, ніж у новонароджених контрольної групи.

Патологічна втрата маси частіше траплялась у новонароджених основної групи і в 1,5 раза більшою порівняно з контролем (11,1±0,9 % і 7,3±1,6 %). Число днів втрати маси залежало від тяжкості стану при народженні й становило в середньому 4,0±0,3 %, тоді як у групі контролю – 2,3±0,6 дня. Від здорових матерів 83,3 % дітей відновили початкову масу тіла до 6-ї доби життя, тоді як відновлення маси в немовлят від жінок із плацентарною дисфункцією, в основному, відбувалося триваліше. Пізніше в цих дітей порівняно з контролем відпадав і пуповинний залишок.

Термін перебування дітей у відділенні новонароджених залежав від їх стану при народженні та перебігу неонатального періоду і становив, у середньому, в основній групі 7,2±1,95 % і в контрольній – 3,3±1,1 % доби. На другий етап виходжування переведено 74,3±7,1 % немовлят основної групи, усі немовлята контрольної групи виписані в задовільному стані додому.

Висновки

1. При плацентарній формі дисфункції плаценти відмічається високий рівень передчасних пологів 86,7±3,6 % (у контролі – 10,0±5,5 %) ($p<0,001$). Причому в переважної більшості вагітних (68,9±4,9 %) пологи відбулися в 33-36 тижнів гестації, у той час як у контрольній групі цей показник становив 10,0±5,5 % ($p<0,001$).

2. При плацентарній формі дисфункції плаценти значно зростає частота операцій кесарева розтину за показаннями з боку плода – 67,7±4,9 %, у контрольній групі – 6,7±4,6 % ($p<0,001$).

3. За рахунок високого рівня дистресу плода під час вагітності при плацентарній формі дисфункції плаценти значно збільшується кількість ургентних операцій кесарева розтину (71,4±6,9 %), що безумовно погіршує стан дітей при народженні та перебіг неонатального періоду.

4. При плацентарній формі дисфункції плаценти у 82,2±4,0 % випадків спостерігається народження дітей з малою масою.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним напрямком є подальше вивчення стану фетоплацентарного комплексу за даної форми плацентарної дисфункції для вирішення питання оптимального вибору терміну та способу розродження.

Література

1. Авраменко Т.В. Гормональна дисфункція плаценти як причина стану новонародженого при цукровому діабеті / Т.В.Авраменко, Т.В.Коломійченко // Здоровье женщины. – 2005. – № 1 (21). – С. 44-46.
2. Милованов А.П. Патология системы мать-плацента-плод / А.П.Милованов. – М.: Медицина, 1999. – 447 с.
3. Филиппов О.С. Факторы риска развития фетоплацентарной недостаточности в условиях промышленного города Восточной Сибири / О.С.Филиппов, А.А.Казанцева // Рос. вестн. акуш.-гинекол. – 2004. – № 2. – С. 48-51.

ОСОБЕННОСТИ ИНТРАНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ФОРМЕ ДИСФУНКЦИИ ПЛАЦЕНТЫ

И.Н.Маринчина, Е.В.Кравченко

Резюме. Проведен анализ 90 историй родов женщин с плацентарной формой дисфункции плаценты (диагноз данной формы дисфункции плаценты подтвержден гистологически) и 30 историй родов женщин с неосложненным течением гестационного процесса и родов, а также карт развития новорожденных детей от рожениц данных групп. Результаты исследования показали, что плацентарная форма дисфункции плаценты сопровождается высоким уровнем преждевременных родов – 86,7±3,6 %, частоты операций кесарева сечения за показаниями со стороны плода – 67,7±4,9 % (из них в ургентном порядке – 71,4±6,9 %), рождения детей в асфиксии тяжелой степени в 18,9±4,6 % случаев, рождения детей с малой массой – в 82,2±4,0 %.

Ключевые слова: дисфункция плаценты, дистресс плода.

PECULIARITIES OF INTRANATAL PERIOD IN CASE OF THE PLACENTAL FORM OF PLACENTA DYSFUNCTION

I.M.Marynchina, E.V.Kravchenko

Abstract. 90 case histories of labors in women with the placental form of placenta dysfunction (the diagnosis was confirmed histologically), 30 case histories of labors in women with an uncomplicated course of gestation and labor, and correspondingly the record of newborns development from the groups in question have been analyzed. The results of the research are indicative of the fact that the placental form of placenta dysfunction stipulates a high level of premature labor – 86,7±3,6 %, the frequency of cesarean section due to fetal indications – 67,7±4,9 % (including urgent ones – 71,4±6,9 %), infant birth with severe asphyxia – 18,9±4,6 %, birth of babies with a low body weight – 82,2±4,0 %.

Key words: placental dysfunction, fetal distress.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – д.мед.н. О.А.Андрієць

Buk. Med. Herald. – 2008. – Vol. 12, № 2.–P. 42-44

Надійшла до редакції 28.03.2008 року