

SCI-CONF.COM.UA

THE WORLD OF SCIENCE AND INNOVATION



**ABSTRACTS OF II INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
SEPTEMBER 16-18, 2020**

**LONDON
2020**

THE WORLD OF SCIENCE AND INNOVATION

Abstracts of II International Scientific and Practical Conference

London, United Kingdom

16-18 September 2020

London, United Kingdom

2020

UDC 001.1

The 2nd International scientific and practical conference “The world of science and innovation” (September 16-18, 2020) Cognum Publishing House, London, United Kingdom. 2020. 599 p.

ISBN 978-92-9472-197-6

The recommended citation for this publication is:

Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // The world of science and innovation. Abstracts of the 2nd International scientific and practical conference. Cognum Publishing House. London, United Kingdom. 2020. Pp. 21-27. URL: <https://sci-conf.com.ua/ii-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-the-world-of-science-and-innovation-16-18-sentyabrya-2020-goda-london-velikobritaniya-arhiv/>.

Editor

Komarytskyy M.L.

Ph.D. in Economics, Associate Professor

Collection of scientific articles published is the scientific and practical publication, which contains scientific articles of students, graduate students, Candidates and Doctors of Sciences, research workers and practitioners from Europe, Ukraine, Russia and from neighbouring countries and beyond. The articles contain the study, reflecting the processes and changes in the structure of modern science. The collection of scientific articles is for students, postgraduate students, doctoral candidates, teachers, researchers, practitioners and people interested in the trends of modern science development.

e-mail: london@sci-conf.com.ua

homepage: <https://sci-conf.com.ua>

©2020 Scientific Publishing Center “Sci-conf.com.ua” ®

©2020 Cognum Publishing House ®

©2020 Authors of the articles

ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ АНОМАЛЬНОЇ ПЛАЦЕНТАЦІЇ

Юр'єва Ліля Миколаївна

к.мед.н, доцент

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Чернівці, Україна

Анотація: Ризик аномальної плацентації є вищим у жінок віком понад 35 років, за наявності гінекологічних і екстрагенітальних захворювань, репродуктивних втрат в анамнезі. доброякісних захворювань шийки матки; інфекцій, що передаються статевим шляхом, дисбіозів і запальних захворювань нижніх відділів генітального тракту; прояви репродуктивного «неблагополуччя», пов'язані із використанням гострого кюретажу порожнини матки (під час артіфіційного аборту, кесарева розтину), ручна ревізія стінок порожнини матки. Ретельне виявлення факторів ризику аномальної плацентації на етапі підготовки до вагітності є запорукою зниження рівня акушерських і перинатальних ускладнень.

Ключові слова: вагітність, плацента, акушерські ускладнення, аномальна плацентація.

Серед факторів, які негативно впливають на показники материнської та перинатальної смертності, відносять аномальне розташування хоріону (АРХ), а в подальшому, аномальне розташування плаценти (АРП): передлежання (ПП) і низьке її розташування (НП). Перинатальна смертність при АРП сягає 22,2-81%. Материнська захворюваність при ПП становить 23% [2, с.19; 3, с. 20].

Розташування плаценти у ділянці нижнього сегмента – відносно часта патологія. Так, у першому триместрі гестації частота низького розміщення хоріону/плаценти сягає 30%, перед пологами число випадків ПП коливається

від 0,3 до 1,04%, а НП зустрічається у 9,1% випадків [4, с. 29]. Із прогресуванням вагітності спостерігається «феномен міграції» плаценти - переміщення плаценти від внутрішнього вічка шийки матки вгору, у напрямку до її дна, що призводить до зменшення частоти АРП [4, с. 28; 5, с. 692].

Аномальна плацентажія негативно впливає на перебіг вагітності і пологів. У ранні терміни гестації АРХ підвищує ризик самовільного переривання вагітності в 44,8% випадках. У другому і третьому триместрах АРП є причиною невиношування та передчасних пологів [2, с. 18; 6, с.10]. У випадку пролонгування вагітності АРП зумовлює розвиток як акушерських, так і перинатальних ускладнень, а саме, допологових кровотеч, плацентарної дисфункції, затримки внутрішньоутробного розвитку плода [7, с. 422; 8, с. 262; 9, с. 10]. У пізніх термінах вагітності та в пологах АРП супроводжується матковими кровотечами, нерідко масивними, і є основною причиною дострокового розродження [8, с.268]. При НП кровотеча розвивається в 66,6% випадків, а при ПП – в 33,4% [4, с. 27; 10, с. 47].

Згідно класифікації Сидорової І.С. [9, с.102], інтерпретація поняття «низька плацентажія» залежить від терміну гестації: до 16 тиж. – до 2 см від внутрішнього вічка; з 17 по 24 тиж. – до 3 см; з 24 по 28 – 4 см; в терміні після 28 тиж. – до 5-6 см.

Мета даного наукового дослідження – виявити фактори ризику низького розташування хоріону в І триместрі гестації.

Матеріали та методи досліджень. Для досягнення поставленої мети нами проведено комплексне обстеження 240 вагітних. Із них 104 - із низьким розташуванням хоріону (менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки) в І триместрі гестації (основна група). До контрольної групи увійшли 136 практично здорових пацієнток з розташуванням хоріону в тілі та дні матки.

Обов'язковим критерієм включення в дослідження було рання, до 12 тиж. гестації явка в жіночу консультацію для постановки на облік по вагітності і пологам.

Критеріями виключення: вагітність, що настала внаслідок допоміжних репродуктивних технологій, багатоплідна вагітність.

Оцінювали параметри соматичного, гінекологічного, акушерського анамнезу, акушерського огляду, і загально-клінічних досліджень.

Під час опрацювання результатів застосовано комп'ютерні статистичні програми. Достовірність відмінностей між груповими середніми показниками визначали за критерієм Ст'юдента при рівнях значення: $p < 0,05$ ($\alpha = 95\%$), $p < 0,01$ ($\alpha = 99\%$) і $p < 0,001$ ($\alpha = 99,9\%$).

Результати досліджень та їх обговорення.

Як свідчать результати проведених досліджень, середній вік обстежених жінок основної групи склав $29,2 \pm 2,3$ років, а в контрольній - $23,4 \pm 2,1$ років.

Заслуговує на увагу те, що відсоток вагітних віком понад 35 років серед обстежених основної групи був значно вищим, ніж у контролі ($p < 0,05$). Отримані нами дані узгоджуються з результатами досліджень Rosenberg T. et al. [10, с. 47], які також вважали, що фактором ризику аномальної плацентації є вік матері старше 35 років.

Залежність між АРХ і родом занять вагітних нами не просліджувалась, так як соціальна зайнятість жінок основної і контрольної груп була приблизно однаковою.

Нами не виявлено достовірної різниці між зросто-ваговими параметрами, масою у жінок із низьким розташуванням хоріону та контрольною групою.

Частота інфекційних захворювань в анамнезі у вагітних основної групи була достовірно вищою у порівнянні із такою у обстежених контрольної групи і становила відповідно 66,3% і 42,6%, $p < 0,05$. Так, із перенесених в минулому інфекційних захворювань у жінок з АРХ у 18 випадках виявлено кір, у 17 - вітряна віспа, у 13 - ангіна, у 16 - грип, 5 хворіли інфекційним гепатитом. Серед обстежених із фізіологічним перебігом вагітності у 14 жінок перехворіли в дитинстві кором, 6 - вітряною віспою, 14 - ангіною, 16 - гострими респіраторно-вірусними захворюваннями, 8 - хворобою Боткіна.

Оцінка соматичного здоров'я жінок показала, що у вагітних із низьким розташуванням хоріону в порівнянні із групою контролю переважали серцево-судинні захворювання (79,8% проти 11,8%, $p < 0,05$), патологія сечостатевої системи (11,5% проти 4,4%, $p < 0,05$), органів дихання (тільки у 4 пацієнток основної групи) і ендокринні розлади (27,8% проти 2,2%, $p < 0,05$).

При вивченні менструальної функції значних особливостей щодо тривалості циклу у жінок АРХ і фізіологічною плацентацією ми не спостерігали. Поряд із тим у обстежених основної групи відмічалась тенденція до переважання пізнього початку менструації та достовірно частіше менструальний цикл встановлювався більше ніж 1 рік ($p < 0,001$). Отже, дана вагітність розвивалась на тлі порушеної гормональної функції яєчників, котра в минулому проявлялась більш пізнім настанням менархе та тривалим становленням менструального циклу. Без сумніву такий преморбідний фон міг вплинути на порушення первинної плацентації [9].

Аналіз акушерського-гінекологічного анамнезу показав, що у жінок із аномальним розташуванням хоріону частота обтяженого акушерського анамнезу була достовірно вищою ($p < 0,05$). Так, серед обстежених з АРХ переважали повторновагітні (83,6% проти 30,8%, $p < 0,05$). Домінування повторновагітних у групі АРХ обумовлено тим, що в основній групі кількість жінок з нереалізованими вагітностями була достовірно більшою. 38 (36,5%) вагітних із низькою плацентацією в анамнезі мали 2 і більше артифіційних аборти, у контролі цей показник відповідно склав 17,6% ($p < 0,05$). У 25,9% жінок основної групи та у 8,1% пацієнток контрольної групи в анамнезі виявлені самовільні викидні ($p < 0,05$). Тільки у обстежених з АРХ в анамнезі зустрічалися викидні, що не відбулися (16,3% проти 0%, $p < 0,05$). Попередні вагітності у 18,2 % обстежених із АРХ завершувалися народженням дітей із СЗРП, у 6,1 % антенатальною його загибеллю плода. У основній групі був достовірно вищим і відсоток передчасних пологів в анамнезі, ніж у контролі ($p < 0,05$).

Нами встановлено, що у жінок із низьким розташуванням хоріону частота гінекологічних захворювань була достовірно вищою у порівнянні з контролем (71,1% проти 27,9%, $p < 0,05$). Так у 41 (39,4%) пацієнтки основної групи діагностовано доброякісні захворювання шийки матки, у порівнянні з 14 (10,3%) - в контрольній групі ($p < 0,05$). Частота інфекцій, що передаються статевим шляхом, дисбіози і запальні захворювання нижніх відділів генітального тракту відрізняли анамнез вагітних з АРХ (32,6% проти 7,4% у контролі, $p < 0,05$). У 8 (7,6%) та 2 (2,2%) обстежених основної і контрольної груп діагностовано ендометріоз ($p < 0,05$); у 9 (8,6%) та 2 (2,2%) відмічалася міома матки ($p < 0,05$), лікування вторинного безпліддя отримували тільки 9 (6,6%) пацієнток з АРХ.

Нами також проведено аналіз оперативних втручань на органах малого тазу в анамнезі. Заслуговує на увагу достовірно вища частота вишкрібань порожнини матки у жінок з АРХ (46,1% проти 11,0%, $p < 0,05$), які проведені з приводу самовільного абортів, відмерлої вагітності, артифіційного абортів, поліпу ендометрію. Частота кесаревих розтинів в анамнезі обстежених основної групи достовірно переважала таку в групі контролю (21,2% проти 8,1%, $p < 0,05$). Тільки у 5,8% пацієнток з АРХ в минулих пологах проводилось ручне відділення плаценти і виділення посліду ($p < 0,05$).

Отримані результати підтверджують думку й інших науковців, що запальні процеси та дистрофічні зміни слизової оболонки матки, які виникають після самовільних та артифіційних абортів, підвищують ризик виникнення АРП [9, с. 99].

Отже, унаслідок проведених досліджень, нами встановлено, що факторами ризику аномального розташування хоріону є вік матері старше 35 років; висока частота інфекційних захворювань в анамнезі; пізні менархе та тривале становлення менструального циклу; наявність екстрагенітальних захворювань; репродуктивні втрати в анамнезі; доброякісні захворювання шийки матки; інфекції, що передаються статевим шляхом, дисбіози і запальні захворювання нижніх відділів генітального тракту; прояви репродуктивного

«неблагополуччя», пов'язані із використанням гострого кюретажу порожнини матки (під час артіфіційного аборту, кесарева розтину), ручна ревізія стінок порожнини матки.

Ретельне виявлення факторів ризику аномального розташування хоріону на етапі підготовки до вагітності, дасть змогу зменшити частоту аномальної плацентації та знизити рівень пов'язаних із нею акушерських і перинатальних ускладнень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Колчина ВВ. Прогнозирование осложнений беременности у пациенток с аномальным расположением хориона [автореферат]. Воронеж: ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России;2015. 24с.
2. Айламазян ЭК, Кулакова ВИ, Радзинский ВЕ, Савельева ГМ, редакторы. Акушерство: Национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа;2014. 1200с.
3. Абрамченко ВВ. Беременность и роды высокого риска. Москва: МИА;2004. 400с.
4. Горин ВС, Зайцева РК, Серебренникова ЕС, Чернякина ОФ, Кугушев АВ. Аномалии расположения плаценты: акушерские и перинатальные аспекты. Российский вестник акушера-гинеколога. 2010;10(6):26-31.
5. Howard T, Heller MD, Katherine M, Mullen MD, Robert W, Gordon MD, et al. Outcomes of Pregnancies With a Low-Lying Placenta Diagnosed on Second-Trimester Sonography. J Ultrasound Med. 2014 Apr;33(2):691–96.
6. Maggan EF, Doherty DA, Turner K, Lanneau GS Jr, Morrison JC, Newnham JP. Second trimester placental location as a predictor of an adverse pregnancy outcome. J Perinatol.2007 Jan;27(1):9-14.
7. Oyelese Y, Scorza WE, Mastrolia R, Smulian JC. Postpartum hemorrhage. Obstet Gynec Clin Nath Am.2007 Mar;34(3): 421-41.
8. Oppenheimer L. Diagnosis and Management of Placenta Previa. J Obstet Gynaecol Can.2007 Mar;29(3):261-73.

9. Сидорова ИС, Макаров ИО. Фетоплацентарная недостаточность: Клинико-диагностические аспекты. Москва: Знание 2000; 127с.
10. Rosenberg T, Pariente G, Sergienko R, Wiznitzer A, Sheiner E. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. Arch Gynecol Obstet. 2011 Jul;284(1):47-51.