

ВЛИЯНИЕ АНОМАЛИЙ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ

Р.И. Минкин¹, К. М. Н., доцент, Э.Р. Минкина¹, А.З. Юнусова².

¹кафедра акушерства и гинекологии, Институт последипломного образования,

Башкирский государственный медицинский университет, ²Башкирская республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа

Для изучения влияния аномалий расположения плаценты на течение беременности и исход родов нами были обследованы 117 беременных женщин. На основании анализа анамнестических данных, общеклинического обследования, ультразвукового исследования, кардиотокографии, доплерометрии выделены факторы риска развития аномалий прикрепления плодного яйца, наиболее частые осложнения беременности при данной патологии. Выявлена взаимосвязь между расположением плаценты, состоянием новорожденных, морфологическими изменениями последа.

Ключевые слова: аномалии расположения плаценты, низкая плацентация.

117 pregnant women have been examined to study the influence of anomalies of placenta position on pregnancy course and outcome of delivery. On the basis of analysis of anamnesis data, total clinical examination, ultrasound research, cardiotocography, dopplerometry the risk factors of anomalies development of attachment of fetal ovum, the most frequent cases of pregnancy complications at given pathology have been defined. The correlation between placenta position, condition of newly-born children, morphological changes of afterbirth has been revealed.

Key words: anomalies of placenta position, low placentation.

Основной задачей современного акушерства является разработка эффективных мер по профилактике перинатальной и материнской смертности. В связи с этим особую ценность представляют современные методы исследования, позволяющие оценить состояние фетоплацентарного комплекса и выбрать оптимальную тактику ведения беременности и родов. Внедрение в акушерскую практику высокоинформативных технологий (ультразвуковое исследование, плацентография, доплерометрия, цветовое доплеровское картирование) позволило расширить диагностические возможности в изучении состояния плода и плаценты во время беременности. Среди причин, оказывающих отрицательное влияние на течение беременности и состояние фетоплацентарной системы, немаловажную роль играют аномалии прикрепления плодного яйца. Аномальное расположение плаценты часто сопровождают такие осложнения, как угроза прерывания беременности, развитие фетоплацентарной недостаточности, кровотечения в III триместре, в родах и в послеродовом периоде, непосредственно угрожающие жизни женщин.

В литературе нет четких данных о частоте встречаемости низкой плацентации. По данным Г.М. Савельевой, предлежание плаценты встречается в 0,2-0,6%. Материнская смертность при предлежании плаценты составляет 2,3-10,1%, перинатальная достигает 22,2-41,7%.

На сегодня известными факторами риска предлежания плаценты являются возраст старше 30-35 лет, высокий паритет родов, кесарево сечение в анамнезе, многоплодная беременность, инфекции урогенитального тракта, структурные нарушения матки (миома, аномалии развития), беременность после программы ЭКО.

Акушерский аспект проблемы заключается в решении вопроса о сохранении или пролонгировании беременности

при кровотечениях, возникающих вследствие аномалий расположения плаценты. В перинатологии данная проблема представляет интерес с позиций высокой частоты задержки внутриутробного развития плода и преждевременного прерывания беременности.

В процессе гестации в части случаев происходит миграция плаценты от внутреннего зева вплоть до полного удаления ее из зоны низкой плацентации. Предполагается, что изменение положения плаценты происходит вследствие растяжения нижнего сегмента матки, недостаточности его кровоснабжения, регресса плацентарной ткани. Однако в литературе отсутствуют данные о функциональном состоянии плаценты в процессе ее миграции, не описано влияние ее локализации на состояние плода, исходы беременности и родов.

Многие вопросы этиологии, патогенеза, течения беременности и родов, состояния плода и новорожденного при аномалиях прикрепления плодного яйца остаются недостаточно изученными.

Целью данной работы явилось изучение влияния аномалий расположения плаценты на течение беременности, частоту развития осложнений, исход родов, состояние плода.

Нами обследованы 117 беременных, у которых низкая плацентация была выявлена при проведении ультразвукового исследования при сроках беременности 22-24 недели, родоразрешившихся в родильном отделении РКБ им. Г.Г. Куватова. Среди обследуемых женщин 36 (30,8%) были первородящими, 67 (57,3%) – повторнородящими, 14 (11,9%) имели 2 и более родов в анамнезе. Среди экстрагенитальной патологии преобладали заболевания мочевыводящих путей и сердечно-сосудистой системы. Также обращало на себя внимание значительное число инфекционных заболеваний в анамнезе (пневмония, хронический бронхит, пиелонефрит).

Существенного влияния экстрагенитальных заболеваний на возникновение низкой плацентации не было выявлено.

Среди гинекологических заболеваний преобладали хронические воспалительные заболевания придатков матки (54 женщины – 46,1%), патология шейки матки (36 случаев – 30,7%). У 5 обследуемых диагностирована миома матки. У 32 женщин (27,3%) в прошлом было произведено 3 и более выскабливания полости матки, у 37 (31,7%) – 1-2 выскабливания. У 48 (41%) женщин внутриматочные вмешательства не производились. Среди обследуемых у 23 беременных (19,6%) имелись рубцы на матке.

Среди осложнений настоящей беременности преобладали угроза прерывания беременности, неправильные положения плода, фетоплацентарная недостаточность. Клиника угрозы прерывания беременности в первом триместре наблюдалась у 61 женщины (52,1%). Сочетание болей и выделений из половых путей отмечали 27 беременных, изолированный болевой синдром – 25, выделения из половых путей – 9 беременных. Только 10 женщин жалоб не предъявляли и угроза прерывания беременности была диагностирована с помощью ультразвукового метода исследования. Все они проходили стационарное лечение, где получали терапию, направленную на пролонгирование беременности.

Всем без исключения беременным производилось ультразвуковое исследование в скрининговые сроки. Ультразвуковое исследование выполнялось при помощи приборов «Logiq 400» и «HDI-1500», кровоток изучался методами доплерометрии и цветового доплеровского картирования. При проведении эхографии осуществлялись плацентография, фетометрия, обследовались внутренние органы плода, определялось количество околоплодных вод. В отделении проводилась кардиотокография по общепринятой методике. Всем пациенткам проведены общеклинические методы исследования. Комплексному обследованию подвергались новорожденные. Учитывались: общий статус, данные оценки по шкале Апгар, осложнения раннего адаптационного периода. Морфологическое исследование последов проводилось по стандартизированной схеме А.П. Милованова: макроскопический, морфометрический анализ и три этапа гистологического изучения. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином по Ван-Гизону, реактивом Шиффа по Маллори.

Основную задачу исследования составляла ранняя ультразвуковая диагностика аномалий прикрепления плодного яйца для выработки правильной тактики ведения данной беременности. Применение трансвагинальной сонографии в ранние сроки беременности расширило диагностические возможности, позволило более детально исследовать структуры плодного яйца. Однако говорить с определенной долей уверенности об отношении локализации хориона к области внутреннего зева можно лишь после 9 недель беременности, так как до этого срока плодное яйцо заполняет всю полость матки.

При проведении УЗИ в сроке 10-13 недель у 18 женщин (15,4%) хорион перекрывал внутренний зев, у 23 (19,7%) – находился на расстоянии 10-30 мм от внутреннего зева.

У всех обследуемых женщин низкая плацентация выявлялась при сроке 21-24 недели. Причем у 76 беременных (65%) нижний край плаценты находился на расстоянии 3 и менее см от внутреннего зева. Эхографическими критериями низкого прикрепления плаценты принято считать обнаружение ее нижнего края на расстоянии менее 5 см от внутреннего зева во втором триместре и менее 7 см – в третьем триместре беременности. Однако, как правило, клинически значимыми оказываются случаи расположения нижнего края плаценты на расстоянии от внутреннего зева менее 3 и 5 см соответственно во втором и третьем триместрах беременности (В.В. Митьков, М.В. Медведев, 1996 г.).

При проведении УЗИ в 32-34 недели низкое расположение плаценты сохранилось у 36 женщин (30,8%), а к доношенному сроку – у 9 (7,7%).

При исследовании сердечной деятельности плода предпатологические и патологические типы кардиотокограмм выявились у 18 женщин (15,4%), причем 14 из них впоследствии родоразрешены операцией кесарева сечения в связи с нарастанием тяжести гипоксии плода. При проведении доплерометрии нарушение кровотока в системе «мать-плацента-плод» IА степени выявилось в 24 случаях (20,5%).

Роды через естественные родовые пути произошли у 54 (46,1%) женщин. Родоразрешены операцией кесарева сечения 63 женщины (53,9%), причем низкая плацентация явилась показанием к операции в 5 случаях (4,3%), в 13 случаях (11,1%) – неправильное положение плода, в 14 (12%) – нарастание тяжести гипоксии плода. В остальных случаях показанием к оперативному родоразрешению явились рубец на матке, слабость родовых сил, сопутствующая соматическая патология. Оценка по шкале Апгар составила 8-10 баллов у 68 новорожденных (58,1%), 6-7 баллов – у 40 (34,2%), 4-5 – у 9 новорожденных (7,7%). Задержка внутриутробного развития наблюдалась у 13 новорожденных (11,1%). Среди заболеваемости раннего неонатального периода преобладали нарушения ЦНС (12 детей – 10,3%) – отклонения раннего адаптационного периода, синдромы мышечной дистонии, гипервозбудимости, угнетения ЦНС.

При гистологическом исследовании последа во всех случаях выявлены изменения, характерные для хронической плацентарной недостаточности, причем в 24 случаях (20,5%) – II степени тяжести. Преобладал вариант относительной незрелости ворсин с диссоциированным развитием котиледонов. Большинство ворсин были гиповаскуляризированы. Важным фактором, усиливающим плацентарную недостаточность, являлась многочисленность участков склеенных ворсин. Преобладали реологические нарушения материнского кровотока в межворсинчатом пространстве. Риск инфекционного процесса был выражен в случаях распространенного поражения, когда воспалительная инфильтрация захватывала базальную

пластинку, ворсины, межворсинчатое пространство, спиральные артерии. Несколько снижены были компенсаторно-приспособительные процессы: ангиоматоз, сужение просвета артерий опорных ворсин.

Среди факторов риска возникновения низкой плацентации можно выделить такие, как высокий паритет родов, частые выскабливания полости матки в анамнезе, хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов, рубцы на матке, миома матки. Беременность при аномалиях расположения плаценты часто сопровождается такими осложнениями, как угроза прерывания беременности, фетоплацентарная недостаточность, задержка внутриутробного развития, неправильные положения плода. Высокий перинатальный риск в этом случае является предпосылкой для повышенной частоты оперативного родоразрешения. Необходима ранняя диагностика аномалий расположения плаценты для выработки оптимальной тактики ведения беременности.



ЛИТЕРАТУРА

1. Митьков В.В., Медведев М.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. II том. М.: Видар, 1996. с. 408.
2. Панина О.Б., Бугеренко Е.Ю., Сичинава Л.Г. Развитие эмбриона (плода) и оболочек плодного яйца в I триместре беременности по данным эхографии. Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов 1998 г.; 2: 59-65.
3. Тимофеева И.В. Ведение беременности при аномальном расположении плаценты. Материалы всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии в постдипломном образовании врачей». Пермь; 2006.
4. Баймурадов С.М., Бадалова О.А. Генетическая и приобретенная формы тромбофилии в генезе предлежания плаценты. Материалы 9-го Всероссийского научного форума «Мать и дитя». Москва; 2007.
5. Краснополянский В.И., Логутова Л.С. и др. Клиническая, ультразвуковая и морфологическая характеристики хронической плацентарной недостаточности. Акушерство и гинекология 2006; 1: 13-16.
6. Новикова С.В., Краснополянский В.И., Логутова Л.С., Титченко Л.И. и др. Диагностическое и прогностическое значение комплексного ультразвукового исследования при фетоплацентарной недостаточности. Российский вестник акушера-гинеколога 2005; 5: 39-42.