

Зильбер М.Ю., Гребнева О.С.

Течение беременности и перинатальные исходы у женщин с острой плацентарной недостаточностью в третьем триместре гестации

Гинекологическое отделение МУ ЦГКБ № 24, ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург

Zilber M.Y., Grebneva O.S.

During pregnancy and perinatal outcomes in women with acute placental insufficiency in the third trimester of gestation

Резюме

Цель исследования – провести многофакторный анализ причин развития острой плацентарной недостаточности в третьем периоде гестации и ее влияние на перинатальные исходы. Проведено ретроспективное рандомизированное исследование, в котором участвовало 138 женщин в возрасте от 21 до 32 лет (средний возраст 25,4±0,7лет). В основную группу вошли 69 женщин, у которых произошла преждевременная отслойка нормально или низко расположенной плаценты в третьем триместре беременности. Группа контроля представлена 69 женщинами, с неосложненным течением беременности и родов. Выводы. 1. Для развития острой плацентарной недостаточности характерна многофакторность причин. 2. У женщин с преждевременной отслойкой нормально или низко расположенной плаценты ведущую роль играет механический фактор, высокое давление в сосудистой сети маточно-плацентарного кровотока, многоплодная беременность, обвитие пуповины вокруг шеи плода, короткая пуповина, аномалии родовой деятельности: слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности. 3. При развитии острой плацентарной недостаточности средней степени тяжести доминирует патология эндометрия инфекционного генеза. 4. Преобладающий фактор при острой плацентарной недостаточности тяжелой степени – патология эндометрия эндокринного генеза и патология свертывающей системы крови. **Ключевые слова:** острая плацентарная недостаточность, перинатальные исходы

Summary

The purpose of the study - to conduct multivariate analysis of causes of acute placental insufficiency in the third period of gestation and its effect on perinatal outcomes. A retrospective randomized study, involving 138 women aged 21 to 32 years (average age 25.4 ± 0.7 years). The study group included 69 women who happened abruptio normal or low-lying placenta in the third trimester of pregnancy. Control group consisted of 69 women with uncomplicated pregnancy and childbirth. Conclusions. 1. For the development of acute placental insufficiency is characterized by multifactor causes. 2. In women with premature detachment of normally located placenta or a low-key role played by mechanical factors, high pressure in the vascular network of the utero-placental blood flow, multiple pregnancy, the umbilical cord entanglement of fetal neck, short umbilical cord, anomalies of labor activity: the weakness of labor, discoordination labor. 3. The acute placental insufficiency moderate dominant endometrial pathology of infectious genesis. 4. The predominant factor in preterm placental abruptio severe - pathology of endometrial endocrine genesis and pathology of blood coagulation.

Key words: acute placental insufficiency, perinatal outcomes

Введение

Одним из актуальных вопросов современного акушерства остается острая плацентарная недостаточность (ОПН), развивающаяся в результате преждевременной отслойки нормально или низко расположенной плаценты, осложняя беременность и роды в 1,2 % случаев в популяции, в 5% – у женщин высокой группы риска [1, 2]. Частота острой плацентарной недостаточности в структуре материнской смертности достигает 10,4 случаев на

1000 родов, перинатальная смертность при этом осложнении регистрируется у 25 на 1000 живорожденных [3].

Этиология и патогенез ОПН до сих пор окончательно не выяснены. Ряд исследователей пытались найти корреляционную связь данной патологии с возрастом, курением матери, плохим питанием, применением кокаина. В 1959-1966гг. проводился US Perinatal Collaborative проект среди жителей штата Вашингтон, который не смог показать связь между отслойкой плаценты и возрастом мате-

ри. Отсутствие зависимости возраста матери и ОПН было доказано и в исследовании, проводимом в Судане в 2004 году Dafallah и Babikir, хотя было отмечено, что средний возраст женщин составил 24 года $\pm 0,7$, что можно объяснить более высокой репродуктивной активностью. Румынские ученые Tica, Serbanescu и др., изучая причины преждевременной отслойки плаценты, отметили роль повышенного артериального давления и преждевременно-го отхождения околоплодных вод в развитии данной патологии. Так, в 70% встречалась гипертония беременных, в 32% преждевременный разрыв оболочек.

Многие пытались найти биохимические маркеры, повышение или понижение которых могло бы предсказать преждевременную отслойку плаценты. Так Tikkanen M., Surcel X.M., Bloigu, Nuutila M., Hilesmaa V., Ylikorkala O., Raavonen J. на кафедре акушерства и гинекологии Медицинского Университета г. Хельсинки в Финляндии пытались спрогнозировать отслойку плаценты путем тестирования на С-реактивный белок, уровень антител к хламидийной инфекции в начале беременности и уровень альфа-фетопротеина. Эти маркеры не предсказывали последующую ОПН.

Важнейшую роль в понимании этиологии и патогенеза отслойки плаценты играет морфологическое изучение этого органа. Одно из современных исследований гистопатологии плаценты при ОПН (2009г.) проводилось в центре Эпидемиологии и Биостатистики и Медицинском университете в Нью-Джерси на кафедре акушерства и гинекологии (Elsasser, Ananth, Vintzileos), где было исследовано 162 плаценты с клинически диагностированным отрывом во втором и третьем триместре беременности. Среди острых поражений достоверно чаще встречался хорниомнионит, среди хронических поражений инфаркты. Однако еще в 2002 году Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. описывают изменения в плаценте в третьем триместре беременности и приходят к выводам о неоднородности такого морфологического феномена, как инфаркт плаценты [4]. Порой инфарктами называют тромбоз межворсинчатого пространства или образование кист в плаценте, в этих случаях, по их мнению, целесообразно использовать термин «псевдоинфаркт». Вместе с тем описание инфарктов носит, как правило, формально морфологический характер. Без исследования патогенеза значение их, также как отложения фибриноида или кальцинаты, не может быть однозначно оценено. Так Милованов А.П., Корнилова Н.К., Федорова М.В. провели морфологическое исследование плацент и 15 маток, удаленных в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. И пришли к выводу, что данный патологический процесс развивается благодаря сочетанию материнских (эндометрит, аденомиоз), плацентарных (патология микроворсин, гиперкоагуляция венозной крови) и гемореологических (тромбоз вен, частичной блокады венозного кровообращения) факторов. Гемостазиологическая концепция патогенеза ОПН в последнее время набирает популярность [5, 6]. Одной из её основательниц яв-

ляется М.А.Репина, которая утверждает, что в основе патогенеза отслойки плаценты лежат два основных фактора. Во-первых, прогрессирующая облитерация просвета маточно-плацентарных артерий, приводящая к гипоперфузии интервилллёзного пространства и гиперкоагуляции материнской крови. Во-вторых, происходит нарушение функционирования антикоагуляционного «плодового» звена гемостаза, что и приводит к срыву механизмов местного гемостаза и возникновению условий для нарастающего тромбоза в межворсинчатом пространстве и образованию ретроплацентарной гематомы.

Этот постулат М.А.Репиной подтверждён итогами целого ряда крупных, методически обеспеченных работ. Однако сам процесс создания условий для реализации доминирующих факторов патогенеза ОПН авторами этой концепции «не прописан».

Анализ различных аспектов современного уровня понимания этой проблемы позволяет полагать, что необычайно выражена «многофакторность» патогенеза ОПН. Существующие теории этиологии и патогенеза можно разделить на две группы. Во-первых, есть реальный патогенез самого процесса ОПН, основу которого составляют факторы, непосредственно начинающие и завершающие отрыв плаценты или её части от ложа. Пояснения к этому тезису можно найти на страницах первого отечественного национального руководства по акушерству: «Непосредственной причиной преждевременной отслойки является разрыв патологически изменённых сосудов децидуальной оболочки с излитием крови из них и образованием гематомы. Последняя, увеличиваясь в размерах, разрушает все слои этой оболочки, прорывает базальную мембрану и кровь изливается в интервилллёзное пространство». Во-вторых, признаётся, что существует реальный патогенез подготовительных патологических процессов – патоморфологического, патофизиологического и патобиомеханического свойства, развитие которых создаёт условия для реализации эффекта доминирующего фактора патогенеза отслойки. При этом в качестве условий, «фоновых состояний», при которых может развиваться ОПН, рассматривают аномалии сократительной деятельности матки, «венозный застой матки», угрозу прерывания беременности с отслойкой плодного яйца при разных сроках и сопровождающихся кровотечением во второй её половине, преждевременное излитие вод, травмы, варианты гипертонии у матери (гипертоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония, почечная патология, гестозы, варианты врождённых и приобретённых тромбофилий и т.д. Но, тем не менее, несмотря на солидную научную историю вопроса, проблема патогенеза ОПН не может считаться окончательно решённой. В виду витальной угрозы данной патологии для матери и плода, крайне важным является выяснение причин ее происхождения.

Цель исследования – провести многофакторный анализ причин развития острой плацентарной недостаточности в третьем периоде гестации и ее влияние на перинатальные исходы.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное рандомизированное исследование, в котором участвовало 138 женщин в возрасте от 21 до 32 лет (средний возраст 25,4±0,7лет). В основную группу вошли 69 женщин, у которых произошла преждевременная отслойка нормально или низко расположенной плаценты в третьем триместре беременности. Группа контроля представлена 69 женщинами, с неосложненным течением беременности и родов. Группы набраны случайным методом, выровнены по критериям пола, возраста, национальности, что позволяет нам считать их сопоставимыми, а полученные результаты исследования достоверными. В ходе работы использовались следующие методы диагностики: общеклинические (изучение жалоб, анамнеза, данные акушерского осмотра); лабораторные методы (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, оценка гемостазиологических параметров, результаты мазка на флору, посевов, ПЦР, ИФА и т.д.); инструментальные методы диагностики (данные ультразвуковой диагностики: оценка состояния фетоплацентарного комплекса, биофизический профиль плода, доплерометрия, данные кардиотокографии, электрокардиографии и т.д.); антропометрические показатели ребенка при рождении, оценка по шкале Апгар на первой и на пятой минуте после рождения, аномалии развития, заболеваемость, мертворождения и смертность в раннем неонатальном периоде; статистические (определение средних величин, среднего квадратичного отклонения, коэффициента достоверности и т.д.)

Результаты и обсуждение

При оценке экстрагенитальной патологии, представленной в таблице №1, уже исходно у женщин первой группы отмечается большая отягощенность соматической патологией. Так в основной группе доминировала патология сердечно-сосудистой системы 39 (56,5%), vs 3

(4,3%) $p < 0,001$, при чем распределение женщин с высоким 10(14,5%) и низким 11(15,9%) артериальным давлением в основной группе было равномерным, т.е. значение имеет лабильность артериального давления во время беременности. Причина такой лабильности может быть нейрогенная, вегетативная, эндокринная, патология мочевыделительной системы. Так в основной группе достоверно чаще встречаются заболевания щитовидной железы, сопровождающиеся гипотиреозом 6 (8,7%), тогда как в группе контроля данной патологии не зарегистрировано $p < 0,001$; ожирение у 8 (11,6%) женщин первой группы, тогда как в группе контроля ожирение не встречается $p < 0,001$; заболевания мочеполового тракта обнаружены у 12 (17,4%) беременных с ОПН, чаще встречается хронический пиелонефрит, vs 4 (5,7%) $p < 0,001$. Заболевания желудочно-кишечного тракта наблюдались у 20 (28,9%), среди патологии ЖКТ наиболее часто встречается хронический гастрит, хронический холецистит, vs 7 (10,1%), $p < 0,001$; Хроническая венозная недостаточность встречается у 11 (15,9%) беременных, в группе контроля ХВН у 2 (2,9%) $p < 0,001$; миопия у 22 (32%) беременных и 8 (11,6%) соответственно $p < 0,001$. Недостоверным оказалась патология дыхательной системы в основной группе 5 (7,2%), vs 7 (10,1%), $p > 0,05$;

В структуре гинекологических заболеваний, представленных на Рисунке 1, в основной группе достоверно чаще встречались гиперпластические процессы репродуктивных органов (миома матки, гиперплазия эндометрия, эндометриоз) в основной группе этот показатель составил 21(30,4%), в группе контроля 9(13%) $p < 0,001$, что может свидетельствовать о важной роли патологии эндометрия у женщин с преждевременной отслойкой плаценты. Данное убеждение подтверждает факт преобладания воспалительных заболеваний органов малого таза 28(40,6%), vs 15(21,7%) соответственно $p < 0,001$, при этом различия в частоте встречаемости хронического

Таблица 1. Структура экстрагенитальной патологии в сравниваемых группах

Патология	Основная группа (n=69)		Группа контроля(n=69)		Достоверность (p)
	Абсолютный показатель (n=69)	Относительный показатель(%)	Абсолютный показатель(n=69)	Относительный показатель(%)	
Миопия	22***	31,2	8	11,6	$p < 0,001$
Патология легких	5*	7,2	7	10,1	$p > 0,05$
Патология ЖКТ	20***	29	7	10,1	$p < 0,001$
Патология ССС	39***	56,5	3	4,3	$p < 0,001$
Гипотония	11***	15,9	3	4,3	$p < 0,001$
Гипертония	10***	14,5	3	4,3	$p < 0,001$
Патология МВС	12***	17,4	4	5,8	$p < 0,001$
ХВН	11***	15,9	2	2,9	$p < 0,001$
Гипотиреоз	6***	8,7	0	0	$p < 0,001$
Ожирение	8***	11,6	0	0	$p < 0,001$

Примечание: * - $p > 0,05$, *** - $p < 0,001$

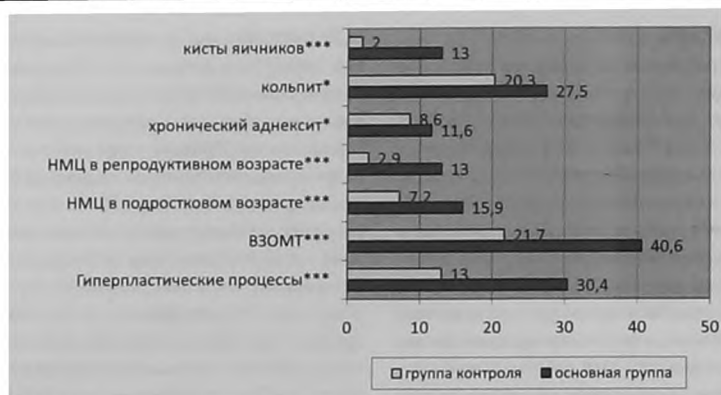


Рис.1. Структура гинекологических заболеваний в сравниваемых группах

Примечание: * - $p > 0,05$, *** - $p < 0,001$

Таблица 2. Структура перинатальных исходов в сравниваемых группах

Показатель	Основная группа (n=69)		Группа контроля (n=69)	
	Абсолютный показатель	Относительный показатель	Абсолютный показатель	Относительный показатель
Гипоксия легкой степени тяжести	37*	53,6%	27	39,1%
Гипоксия средней степени тяжести	15***	21,7%	2	2,9%
Гипоксия тяжелой степени	17***	24,6%	0	0
КРДС	14***	20,3%	2	2,9%
ИВЛ	11***	15,9%	0	0
Церебральная ишемия	17***	24,6%	2	2,9%
Отек головного мозга	4***	5,8%	0	0
Миотонический синдром	6***	8,7%	0	0
Гипотония	9***	13%	0	0
ВУИ	6***	8,7%	0	0
СЗРП	19***	27,5%	3	4,3%
Переведен на долечивание	20***	30%	2	2,9%
Выписан домой	41***	59,4%	65	94,2%
Умерло	8***	11,6%	0	0

Примечание: * - $p > 0,05$, *** - $p < 0,001$

аднексита в сравниваемых группах не выявлено 8(11,6%) и 6(8,6%) $p > 0,05$, то есть преобладает хронический эндометрит 17(24,6%) и 6(8,6%) соответственно в сравниваемых группах $p < 0,001$. Преобладание инфекционного фактора в структуре гинекологической патологии и свидетельствует о снижении иммунологического фона у женщин с ОПН. Достоверных отличий в частоте встречаемости ВПГ, ЦМВ инфекции нет, также недостоверных отличий и в частоте встречаемости кольпита неспецифической этиологии у 19 (27,5%) беременных основной группы и 14 (20,3%) группы контроля $p > 0,05$. Нарушение менструального цикла в подростковом периоде встречается в 11(15,9%), vs в 5 (7,2%) случаев соответственно $p < 0,001$, в репродуктивном возрасте 9(13%) и 2 (2,9%) соответственно $p < 0,001$; кисты яичников в основной группе встречаются 8 (11,6%) случаев, из которых у 5 человек(7,2%) проведено оперативное лечение до беременности, vs 5 (7,2%) $p > 0,05$.

При анализе данных репродуктивного анамнеза и паритета достоверные отличия были выявлены в частоте

выкидышей в анамнезе 8(11,6%), vs 1(1,44%) $p < 0,001$; неразвивающейся беременности у женщин с преждевременной отслойкой плаценты 6(8,7%), vs 1(1,44%) $p < 0,001$. По числу абортот отмечается идентичное распределение. Нарушения репродуктивного анамнеза у женщин основной группы явились неблагоприятным фактором для вновь развивающейся беременности.

Анализ осложнений беременности по триместрам показал, что достоверно чаще формируется угрожающий выкидыш в первом триместре, так в основной группе у 21 (30,4%) беременной, в группе контроля у 10 (14,5%) беременных $p < 0,001$; во втором триместре у 33 (47,8%), vs 2 (2,9%) $p < 0,001$; в третьем триместре у 48 (69,6%), vs 4 (5,8%) $p < 0,001$. Рвота беременных у 14 (20,3%) и 7 (10,1%) соответственно в сравниваемых группах $p < 0,001$. Достоверные различия наблюдаются по встречаемости гестоза легкой и средней степени тяжести: в основной группе во втором триместре гестоз наблюдается у 16 (23,2%), vs 4 (5,8%), $p < 0,001$; к третьему триместру гестоз формируется у 44 (63,8%), vs 6 (8,7%), $p < 0,001$;

При этом высокое артериальное давление, связанное с беременностью регистрировалось у 6 (8,7%) беременных во втором триместре, vs 1 (1,44%) $p < 0,001$, затем еще у 11 (15,9%) беременных в третьем триместре vs 3 (4,3%) $p < 0,001$. То есть преждевременная отслойка плаценты на фоне повышенного артериального давления (показатели систолического давления не превышали 150 мм. рт. ст., показатели диастолического давления не превышали 90 мм. рт. ст.), произошла у 27 (39,1%) беременных, с учетом женщин, соматический анамнез которыхотяжен гипертонической болезнью. В то же время во втором триместре гестации пониженное артериальное давление (показатели систолического давления ниже 105 мм рт ст, показатели диастолического давления ниже 65 мм рт ст) регистрируются у 17 (24,6%) беременных vs 6 (10,1%) $p < 0,001$, в третьем триместре у 18 (26,1%), vs 4 (5,8%) $p < 0,001$. Данные показатели наводят на мысль, что на работу системы мать-плацента-плод влияет не столько уровень артериального давления, сколько наличие нестабильной гемодинамики у беременной. Так у женщин с артериальной гипотонией и с артериальной гипертонией достоверного отличия в формировании фетоплацентарной недостаточности нет 13 (18,8%) и 17 (24,6%) женщин соответственно $p < 0,05$. Также в одинаковом проценте случаев встречается НМППК 3 (4%) у женщин с пониженным артериальным давлением, 4 (5,8%) у женщин с высоким артериальным давлением $p < 0,05$.

В высоком проценте случаев регистрируется анемия, в основной группе во втором триместре у 21 (30,4%) в третьем 38 (55%) в группе контроля 6 (8,7%) и 8 (11,6%) соответственно $p < 0,001$, достоверно чаще встречается гестационный пиелонефрит 11 (15,9%) и 4 (5,8%) соответственно $p < 0,001$.

По данным ультразвукового исследования, представленным на Рисунке 2, хроническая плацентарная недостаточность регистрируется в основной группе у 30 (43,5%) vs 15 (21,7%) $p < 0,001$, НМППК в основной группе у 7 (10,1%) в группе контроля не встречается $p < 0,001$; маловодие 11 (15,9%) vs 1 (1,44%) $p < 0,001$; многоводие 4 (5,8%) в группе контроля не встречается $p < 0,001$. Также проанализировано расположение плаценты, так у беременных с ПОНРП плацента располагалась по передней стенке в 47 (68,1%) случаев и низкая плацентация регистрировалась у 18 (26%) женщин, vs данные показатели составили 20 (29%) и 0 (0%) $p < 0,001$ соответственно. Тазовое предлежание у 20 (29%) беременных, тогда как у здоровых женщин этот показатель составил 3 (4,3%) $p < 0,001$.

В 66 (95,6%) случаев в основной группе роды закончились операцией кесарево сечение vs 5 (7,2%) $p < 0,001$, преждевременные роды в 25 (36,2%), vs 4 (5,8%) случаев, $p < 0,001$. В основной группе у 51 (74%) женщины была патологическая кровопотеря, двоим (2,9%) потребовалось переливание крови и двоим (2,9%) проведена экстирпации матки.

Достоверные различия перинатальных исходов в анализируемых группах наблюдаются почти по всем показателям: гипоксия средней и тяжелой степени у 32

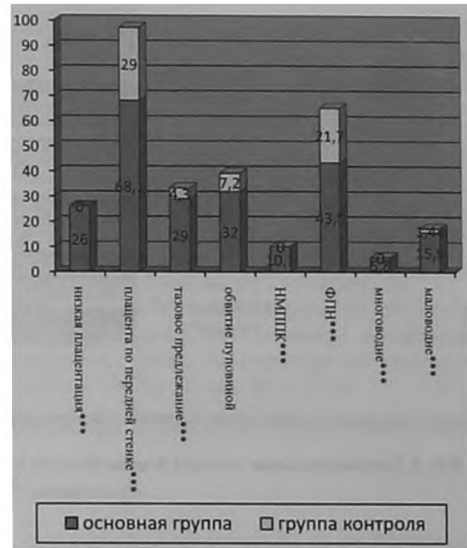


Рис.2. Структура осложненной беременности по данным ультразвуковой диагностики
Примечание: *** - $p < 0,001$

(46,4%) новорожденных, тогда как в группе контроля гипоксия средней степени тяжести отмечена у 2 (2,9%) новорожденных, а тяжелой степени не зарегистрировано $p < 0,001$. КРДС у 14 (20,3%), потребность в ИВЛ 11 (15,9%), отек головного мозга у 4 (5,8%), миотонический синдром 6 (8,7%), ВУИ 6 (8,7%) новорожденных основной группы, в группе контроля новорожденных с данными диагнозами нет $p < 0,001$. Церебральная ишемия в основной группе у 17 (24,6%) новорожденных, vs 2 (2,9%) $p < 0,001$, СЗРП в группе женщин беременность, которых осложнилась ПОНРП у 19 (27,5%) новорожденных $p < 0,001$. Также в основной группе наблюдается высокая перинатальная смертность 8 (11,6%), vs 0 (0%) $p < 0,001$. У 41 (59,4%) новорожденных состояние стабилизировалось в стационаре за 7 суток, в 30% (20) случаев был осуществлен перевод в другое ЛПУ для дальнейшего лечения, vs 67 (97,1%) и 2 (2,9%) соответственно.

Также в данном исследовании мы попытались найти долю участия экстрагенитальной патологии, гинекологических заболеваний и осложнений беременности в степени тяжести острой плацентарной недостаточности. Современные классификации предлагают ориентироваться на следующие признаки для определения степени тяжести отслойки: степень кровопотери, площадь участка отслойки, уровень фибриногена в крови, состояние плода. На наш взгляд ориентироваться на состояние плода нецелесообразно в связи с тем, что большую роль в состоянии плода играет срок гестации и время от момента возникновения ОПН и момента постановки диагноза преждевременной отслойки плаценты. Основная группа была разделена на 3 подгруппы: первая подгруппа ($n=17$), представлена женщинами с ОПН легкой степени тяжести, вторая подгруппа ($n=21$), представлена женщи-

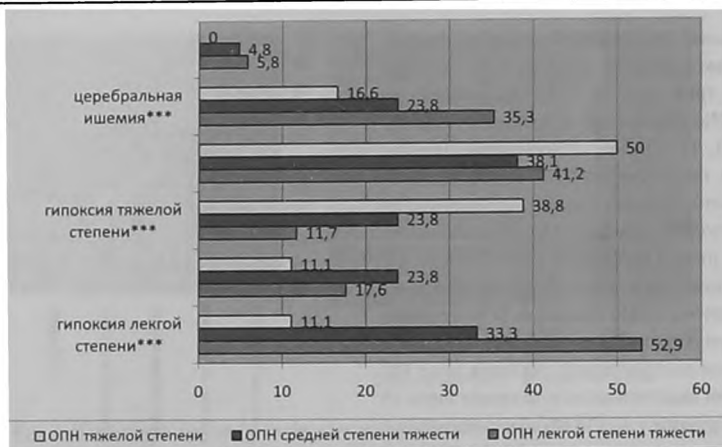


Рис.3. Перинатальные исходы в зависимости от степени тяжести преждевременной отслойки плаценты

Примечание: * - $p > 0,05$, *** - $p < 0,001$

нами с ОПН средней степени тяжести, третья подгруппа ($n=18$), женщины с ОПН тяжелой степени. У женщин первой подгруппы достоверно чаще встречалась гипертоническая болезнь 6 (35,3%), во второй подгруппе этот показатель равен 2 (9,5%) $p1 < 0,001$, в третьей подгруппе 2 (11%) $p2 < 0,001$, $p3 < 0,05$, где $p1$ - достоверность при сравнении первой и второй подгрупп, $p2$ - достоверность при сравнении первой и третьей подгрупп, $p3$ - достоверность при сравнении второй и третьей подгрупп. У женщин с ОПН средней степени тяжести преобладают воспалительные заболевания МВС 5 (23,8%), в первой подгруппе этот показатель составил 2 (11,7%) $p1 < 0,001$, в третьей подгруппе 2 (11%) $p3 < 0,001$ $p2 < 0,05$. Данные показатели свидетельствуют о том, что инфекционный фактор у женщин с ОПН средней степени тяжести играет большую роль, чем в других подгруппах. У женщин с ОПН легкой степени тяжести напряжение давления в артериальной системе и венозной системе доминируют по сравнению с другими подгруппами.

При анализе структуры гинекологических заболеваний, также наблюдаются существенные отличия в сравниваемых подгруппах. Так в первой подгруппе женщины гинекологически здоровы, во второй подгруппе доминируют ВЗОМТ 11 (52,3%), в третьей подгруппе 3 (16,6%) $p1 < 0,001$, $p2 < 0,001$, $p3 < 0,001$. В третьей подгруппе достоверно чаще встречаются гиперпластические процессы (миома матки, гиперплазия эндометрия, эндометриоз) 5 (27,7%), в первой подгруппе данной патологии не встречается, во второй подгруппе 2 (9,5%) $p1 < 0,001$, $p2 < 0,001$, $p3 < 0,001$. О преимущественном значении эндокринной патологии у женщин с тяжелой степенью отслойки плаценты свидетельствует высокая встречаемость нарушений менструального цикла в подростковом и репродуктивном периодах 10 (55,5%), в первой подгруппе 0 (0%), во второй - 3 (14,2%) $p1 < 0,001$, $p2 < 0,001$, $p3 < 0,001$. Первичное бесплодие в первой подгруппе 1 (5,8%), второй подгруппе 2 (9,5%), третьей подгруппе 4 (22,2%) $p1 < 0,05$, $p2 < 0,001$, $p3 < 0,001$. Наблюдаются

отличия по паритету среди женщин с ОПН легкой степени повторнородящих было 4 (23,5%), среди женщин с ОПН средней степени тяжести 9 (42,8%), в третьей подгруппе 11 (61,1%), $p1 < 0,001$, $p2 < 0,001$, $p3 < 0,005$. Патология эндометрия эндокринного и инфекционного генеза во второй и третьей подгруппах приводит к патологической закладке плодного яйца и формированию в последующем низкой плацентации или предлежании плаценты. Так, в первой подгруппе низкое расположение плаценты не регистрируется, во второй подгруппе у 6 (28,6%) женщин, в третьей подгруппе у 5 (27,7%) женщин $p1 < 0,001$, $p2 < 0,001$, $p3 < 0,05$.

Достоверных различий в формировании угрозы прерывания беременности в различные сроки гестации, гестоза, хронической плацентарной недостаточности, многоводия, маловодия нет. Хотелось бы отметить, что в первой подгруппе у 3 (17,6%) женщин была многоплодная беременность (дихориальная диамниотическая двойня).

Слабость родовой деятельности наблюдалась у 3 (17,6%) женщин в первой подгруппе, у 1 (4,7%) женщины во второй подгруппе, и не зарегистрирована у женщин с тяжелой степенью отслойки $p1 < 0,001$, $p2 < 0,001$, $p3 < 0,001$. Дискоординация родовой деятельности встречается только в первой подгруппе 2 (11,6%) $p1 < 0,001$, $p2 < 0,001$, $p3 < 0,001$. Обвитие пуповиной также отмечается только в первой подгруппе 12 (70,5%) $p1 < 0,001$, $p2 < 0,001$, $p3 < 0,001$. Операция гистерэктомия проведена у 4 (22,2%) женщин с ОПН тяжелой степени, необходимости данной операции у женщин первой и второй подгрупп не было $p1 < 0,001$, $p2 < 0,001$, $p3 < 0,001$. У этих женщин можно предположить патологию свертывающей системы крови.

Аntenатальная гибель плода произошла у женщин первой подгруппы в 2 (11,7%) случаях, во второй подгруппе в 2 (9,5%) случаях, в третьей подгруппе - в 4 (22,2%) случаях. Перинатальные исходы в зависимости от степени тяжести преждевременной отслойки плаценты представлены на Рисунке 3.

Выводы

1. Для развития острой плацентарной недостаточности характерна многофакторность причин.

2. У женщин с преждевременной отслойкой нормально или низко расположенной плаценты ведущую роль играет механический фактор, высокой давление в сосудистой сети маточно-плацентарного кровотока, многоплодная беременность, обвитие пуповиной шеи плода, короткая пуповина, аномалии родовой деятельности: слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности.

3. При развитии преждевременной отслойкой плаценты средней степени тяжести доминирует патология эндометрия инфекционного генеза.

4. Преобладающий фактор при преждевременной отслойке плаценты тяжелой степени – патология эндометрия эндокринного генеза и патология свертывающей системы крови.■

Зильбер М.Ю. - д.м.н., профессор, зам. Главного врача по акушерству и гинекологии МУ ЦГКБ № 24, г. Екатеринбург; Гребнева О.С. - врач акушер-гинеколог гинекологического отделения МУ ЦГКБ № 24, г. Екатеринбург; автор, ответственный за переписку - Гребнева О.С., 620042, г. Екатеринбург, ул. Баккинских Комиссаров, д.62, кв. 73; тел. 89222183428

Литература:

1. Зайнулина М.С. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: патогенетические аспекты, прогнозируемый риск, профилактика. Автореф. дис...докт. мед. наук. – Санкт Петербург. 2006г.
2. Иванова Н.Л. Роль плаценты и плацентарного ложа матки в генезе недонашивания беременности: Автореф. дис...канд. мед. наук Москва, 2002.
3. Радзинский В.Е. Особенности плаценты и плацентарного ложа матки при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты / Радзинский В.Е., Милованов А.П., Оразмурадов А.А., Хубецова М.Т. и др. // Акушерство и гинекология. 2003; 3. С.21-25.
4. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений. Практическое руководство. – Санкт-Петербург: Элби-СПб, 2002 –353с.
5. Placental iodothyronine deiodinase expression in normal and growthrestricted human pregnancies S. Chan, S. Kachilele. E. Hobbs et al. J of Clin. Endocr. and Metab. 2003. 14. P.43-45.
6. Chaiworapongsa T., Espinoza J Gotsch f et al. the maternal plasma soluble vascular endothelial growth factor receptor-1 concentration is elevated in SGA and the magnitude of the increase relates to Doppler abnormalities in the maternal and fetal circulation. J. Matern Fetal Neonatal MED 2008; 7. P. 25-40.