

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, РАННЯЯ АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ОСТРОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

О.С. Гребнева¹, М.Ю. Зильбер², Ю.Е. Бувес¹

Центральная городская клиническая больница № 24¹
Уральская государственная медицинская академия²

Одной из причин неблагоприятных исходов беременности является патология плаценты. По данным Марка Роджера, Марисоль Бетанкоурта и др. соавт. (2010г.) она встречается в одном из десяти случаев. Острая плацентарная недостаточность (ОПН) регистрируется примерно в 1% от всех беременностей (Lilian M. Kaminsky, Cande V. Ananth, 2010), до 2% по данным Denise A. Elsasser, Cande V. Ananth и др. (2010г.), до 5% по данным Э.К. Айламазяна (2007г.).

Недостаточный маточно-плацентарный кровоток может являться причиной таких состояний, как задержка внутриутробного развития плода, самопроизвольный выкидыш, преэклампсия и др. Острое нарушение децидуальной перфузии (острая плацентарная недостаточность) может привести к антенатальной гибели плода или к значительной кровопотери у матери, а также явиться причиной материнской смертности.

Цель исследования - оценить влияние течения беременности и родов на раннюю адаптацию новорожденных при острой плацентарной недостаточности.

Материал и методы исследования.

Для выполнения цели проанализировано 182 истории болезни за период с 2008 по 2009 гг. на базе роддома МУ ЦГБ №20. Основная группа (группа 1, n=36) – женщины с ОПН, дети которых были с нарушенной адаптацией. Группа сравнения (группа 2, n=56) – женщины с ОПН, у которых дети перенесли физиологический период адаптации. В контрольную группу (группа 3) вошли 90 женщин, не имеющие ОПН. Средний возраст по группам составил $27,75 \pm 4,5$; $26,34 \pm 4,1$ и $27,4 \pm 4,3$, соответственно. Группы выровнены по национальности, уровню образования, особенностям трудовой деятельности во время беременности, возрасту, по паритету.

В ходе анализа оценивались: особенности соматического и гинекологического анамнеза, анамнез жизни, данные акушерского осмотра, лабораторные методы (общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, биохимический анализ крови, оценка гемостазиологических параметров, результаты мазка на флору, посевов из цервикального канала), инструментальные методы диагностики (данные

ультразвуковой диагностики: оценка состояния фетоплацентарного комплекса, биофизический профиль плода, доплерометрия, данные кардиотокографии), 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 отклонения, коэффициента достоверности). Также оценивалась общая кровопотеря у женщин после отслойки плаценты. Кровопотеря до 700 мл. оценивалась, как легкая степень, 800-1200 мл – средняя степень тяжести, более 1200 мл. – тяжелая степень кровопотери.

Результаты исследования и их обсуждение

При оценке соматического анамнеза статистически значимых различий выявлено не было. Средний возраст менархе у женщин анализируемых групп составил $13,3 \pm 1,23$; $13,6 \pm 1,2$; $13,4 \pm 0,9$ соответственно в основной группе, группе сравнения и в контрольной $p_{1,2} < 0,05$, $p_{1,3} < 0,05$. При этом регулярный менструальный цикл установился за период более чем 2 года в 19,6% (7), 19,4% (11) $p_{1,2} < 0,05$; vs 6,6%(6) $p_{1,3} < 0,001$. Тогда как у 13,8%(5) женщин первой группы и 12,5%(7) женщин 2 группы $p_{1,2} < 0,05$ сохранялось нарушение менструального цикла до наступления анализируемой беременности, vs 3,3%(3) (группа 3) $p_{1,3} < 0,001$. Структура гинекологической патологии у пациенток распределилась следующим образом: миома матки 2,7%(4) vs 7,1%(4) в первой и второй группах $p_{1,2} < 0,05$, 3,3%(3) в контрольной группе $p_{1,3} < 0,05$; кисты яичников наблюдались у 5,5%(2) беременных первой группы, vs 14,2%(8) (группа 2) $p_{1,2} < 0,05$, и у 1,1%(1) в контрольной группе $p_{1,3} < 0,05$; хронический аднексит 8,3%(3), 12,5%(7), 18,8% (6) соответственно в анализируемых группах $p_{1,2} < 0,05$, $p_{1,3} < 0,05$; ИППП (Chlam., U.ureliticum, M.genitalis) имели место у 24,9% (9) vs 30,5%(17) $p_{1,2} < 0,05$, 27,7% (25) $p_{1,3} < 0,05$; вирусная инфекция достоверно чаще наблюдается в основной и группе сравнения: ВПГ 13,8%(5) vs 17,8%(10) $p_{1,2} < 0,05$, ЦМВ 13,8%(5) vs 14,3%(8) $p_{1,2} < 0,05$, тогда как в контрольной группе ВПГ 8,8%(8) $p_{1,3} < 0,001$, ЦМВ 6,6% (6) $p_{1,3} < 0,001$. По другим патологиям статистически значимых отличий не было.

Как было описано выше, группы были выровнены по паритету, то есть количество первородящих и повторнородящих в группах статистически не отличалось. Также группы не отличались по абортам в анамнезе 86,1%(31) vs 83,9(47) в группах 1 и 2 $p_{1,2} < 0,05$, 68,8%(62) $p_{1,3} < 0,05$. Не выявлено статистически-достоверных отличий и в частоте неразвивающихся беременностей 8,3%(3) vs 8,9%(5) $p_{1,2} < 0,05$, в группе контроля 11,1% (10) $p_{1,3} < 0,05$. Слабое отличие наблюдалось в частоте самопроизвольных выкидышей в первом триместре беременности 11,1% (4)

vs 12,5%(7) $p_{1,2} < 0,05$, тогда как в третьей группе самопроизвольные выкидыши в первом триместре встречались чаще 16,6%(15) $p_{1,3} < 0,05$.

Анализ осложнений беременности по триместрам показал, что угроза прерывания беременности в первом триместре возникла у 27,7%(10) беременных первой группы, 30,3%(17) беременных второй группы $p_{1,2} < 0,05$, и 18,8%(17) $p_{1,3} < 0,05$; токсикоз первой половины беременности встречался у 2,7%(1) vs 21,4%(12) в основной группе и группе сравнения $p_{1,2} < 0,001$, тогда как в контрольной группе эта патология встречалась у 21,9%(20) $p_{1,3} < 0,001$. При оценке течения второго триместра беременности выявлено, что для первой и второй групп характерно раннее начало гестоза (отеки, патологическая прибавка массы тела). Так у беременных основной группы этот показатель равен 16,6%(6) vs 19,6%(11) $p_{1,2} < 0,05$, в группе контроля 8,8%(8) $p_{1,3} < 0,05$.

В третьем триместре угрожающие преждевременные роды у женщин с острой плацентарной недостаточностью встречались в 75%(27) vs 50%(28) соответственно в первой и второй группах $p_{1,2} < 0,05$, при этом в группе контроля в 24,4%(22) случаев $p_{1,3} < 0,001$, то же можно отметить и про гестоз (отеки, патологическая прибавка массы тела, повышенное артериальное давление) 61,1%(22) vs 64,3%(36) (группы 1 и 2) $p_{1,2} < 0,05$, тогда как в третьей группе 27,7%(25) $p_{1,3} < 0,001$; при этом повышенное артериальное давление было более характерно также для основной группы и группы сравнения 27,7%(10) vs 23,2%(13) $p_{1,2} < 0,05$; 8,8%(8) (группа 3) $p_{1,3} < 0,001$. Пониженное артериальное давление (100/60 мм.рт.ст. и ниже) регистрировалось в 13,8%(5) vs 26,8%(15) vs 3,3%(3) соответственно в сравниваемых группах $p_{1,2} < 0,05$, $p_{1,3} < 0,001$. Таким образом, для беременных, у которых произошла острая плацентарная недостаточность характерно нестабильное артериальное давление: гипотония, гипертония. При оценке фетоплацентарного комплекса методом ультразвуковой диагностики в сроке 32-33 недели гестации плацентарная недостаточность регистрировалась в 36,1%(13) vs 46,4%(26) в первой и второй группах $p_{1,2} < 0,05$, в контрольной группе этот показатель составлял 46,6%(42) $p_{1,3} < 0,05$, нарушение маточно-плодово-плацентарного кровотока у беременных с ОПН встречалось в 5,5%(2) vs 8,9%(5) (группа 1и 2 соответственно) $p_{1,2} < 0,05$, в контрольной группе 3,3%(3) $p_{1,3} < 0,05$. Длительные нарушения децидуальной перфузии привели к хронической гипоксии плода и как результат к задержке внутриутробного развития, так синдром задержки развития плода (СЗРП) наблюдается в 30,5%(11) vs 19,6%(11) в основной и контрольной группах $p_{1,2} < 0,05$, и в 17,6%(16) в третьей группе $p_{1,3} < 0,05$.

В связи с прогрессирующей отслойкой плаценты беременность завершилась путем операции у 35(97,3%) женщин основной группы, из

которых у 2 (5,5%) женщин были наложены выходные акушерские щипцы, так как отслойка плаценты произошла во втором периоде родов и сопровождалась острой гипоксией плода, в группе сравнения оперативное родоразрешение проведено у 54(94,6%) женщин $p_{1,2} < 0,05$, в контрольной группе у 21(23,3%) женщины $p_{1,3} < 0,001$, причиной для которых являлось тазовое предлежание плода, гестоз средней степени тяжести, клинически узкий таз в родах, слабость родовой деятельности. Таким образом, женщины основной группы попадают в группу риска не только для повторной отслойки плаценты, но и для развития несостоятельности рубца на матке в следующую беременность, аномальной плацентации (низкое прикрепление плаценты, предлежание плаценты), что в свою очередь увеличивает шансы для развития кровотечения в любом триместре беременности. При прикреплении плаценты в области послеоперационного рубца формируется фетоплацентарная недостаточность. Это состояние появляется за счет того, что плацента прикрепляется не в области полноценной мышечной ткани, а в области рубцовой ткани, по сосудам плаценты к плоду поступает недостаточное количество кислорода и питательных веществ. У 20% женщин с рубцом на матке с прикреплением плаценты в области рубца наблюдается синдром задержки развития плода.

Также характерно, что преждевременные роды случились в 72,2%(26) vs 14,3%(9) $p_{1,2} < 0,001$ в основной группе и группе сравнения группах соответственно, и в 18,7%(17) в группе контроля $p_{1,3} < 0,001$. При этом у женщин первой группы с ОПН гестационный срок был от 29 до 34 недель в 76,9%(20) случаев, когда легкие плода недостаточно сформированы для того чтобы ребенок самостоятельно сделал вдох, в группе сравнения и контрольной группе преждевременные роды произошли в сроках от 35 до 37 недель гестации, когда адаптационные возможности плода намного выше. Все это повлияло на перинатальные исходы.

Оценка периода адаптации новорожденных приведена в таблице 1.

Гибель плода произошла у 7 (1%) женщин основной группы, в группе сравнения и в контрольной все дети были живорожденными $p_{1,2} < 0,001$, $p_{1,3} < 0,001$. Гипоксия тяжелой степени у новорожденных наблюдалась в 36,1%(13), vs 0%(0) (группа 1 и 2) $p_{1,2} < 0,001$, в контрольной группе 7,7%(7) $p_{1,3} < 0,001$; средней степени тяжести в 69,4%(25), 12,5(7), 3,3%(3) соответственно в группах $p_{1,2} < 0,001$ $p_{1,3} < 0,001$; легкой степени 0%(0), 64,3%(36), 8,8%(8) $p_{1,2} < 0,001$, $p_{1,3} < 0,001$. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) потребовалась для 25 новорожденных первой группы (69,4%), тогда как в группе сравнения таких детей не было $p_{1,2} < 0,001$, в контрольной группе этот показатель составил 3,3%(3)

$p_{1,3}<0,001$. Хочется отметить, что у 3(8,3%) новорожденных ИВЛ, осложнилась пневмотораксом. Постгеморрагическая анемия встречалась в 16,6%(6) случаев в первой группе, для одного ребенка потребовалась гемотрансфузия, тогда как во второй группе анемия регистрировалась только у одного новорожденного 1,78% $p_{1,2}< 0,001$, данной патологии среди детей контрольной группы не наблюдалось $p_{1,3}<0,001$.

Таблица 1

Структура осложнений раннего периода адаптации новорожденных в сравниваемых группах

Патология	Основная группа (n=36)		Группа сравнения (n=56)		Группа контроля (n=90)		Достоверность (p)	
	АП	ОП (%)	АП	ОП (%)	АП	ОП (%)	$p_{1,2}$	$p_{1,3}$
Гипоксия легкой степени	0	0	36	64,3	8	8,8	$p_{1,2}<0,001$	$p_{1,2}<0,001$
Гипоксия средней степени	25	69,4	7	12,5	3	3,3	$p_{1,2}<0,001$	$p_{1,2}<0,001$
Гипоксия тяжелой степени	13	36,1	0	0	7	7,7	$p_{1,2}<0,001$	$p_{1,2}<0,001$
Гибель плода (новорожденного)	7	19,4	0	0	1	1,1	$p_{1,2}<0,001$	$p_{1,2}<0,001$
КРДС	25	69,4	0	0	3	3,3	$p_{1,2}<0,001$	$p_{1,3}<0,001$
Отечный синдром	5	13,8	1	1,78	0	0	$p_{1,2}<0,001$	$p_{1,3}<0,001$
Церебральная ишемия	14	38,8	4	7,1	0	0	$p_{1,2}<0,001$	$p_{1,3}<0,001$
Анемия	6	16,6	1	1,78	0	0	$p_{1,2}<0,001$	$p_{1,3}<0,001$
ППЦНС	1	2,7	0	0	0	0	$p_{1,2}<0,001$	$p_{1,3}<0,001$
Меконимальная аспирация	1	2,7	0	0	0	0	$p_{1,2}<0,001$	$p_{1,3}<0,001$
Транзиторная гипербилирубинемия	20	55,5	21	37,5	20	22,2	$p_{1,2}<0,05$	$p_{1,3}<0,001$
ВУИ	8	22,2	0	0	0	0	$p_{1,2}<0,001$	$p_{1,3}<0,001$
Миотонический синдром	6	16,6	1	1,78	0	0	$p_{1,2}<0,001$	$p_{1,3}<0,001$
Гипотонический синдром	5	13,8	5	8,9	0	0	$p_{1,2}<0,05$	$p_{1,3}<0,001$
Дискинезия ЖКТ	5	13,8	5	8,9	0	0	$p_{1,2}<0,05$	$p_{1,3}<0,001$
Геморрагический синдром	0	0	1	1,78	28	31,1	$p_{1,2}<0,05$	$p_{1,3}<0,001$

АП – абсолютный показатель, ОП – относительный показатель (%)

Другие патологические состояния встречались достоверно чаще также у детей основной группы. Отечный синдром (отек головного мозга, отек легких) 13,8%(5), 1,78%(1) $p_{1,2}<0,001$, vs 0%(0) $p_{1,3}<0,001$. Церебральная ишемия 38,8%(14) vs 7,1%(4) $p_{1,2}<0,001$, в контрольной группе не встречалась. Миотонический синдром 16,6%(6) vs 1,78%(1)

(группа 1 и 2) $p_{1,2} < 0,001$. В контрольной группе не регистрировался. Интересно отметить, что в основной группе у 9 (22,2%) новорожденных была подтверждено внутриутробное инфицирование плода, тогда как в группе сравнения и контрольной группе такой диагноз не встречается.

Выводы

1. У женщин, дети которых погибли или были с нарушенной адаптацией, более часто регистрируются плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода и задержка внутриутробного развития.

2. Острая плацентарная недостаточность связана с большим отягощением исходной гинекологической патологией (кисты яичников), с большей частотой преждевременных родов, что ухудшает прогноз перинатальных исходов (интранатальные, антенатальные потери, недоношенность, гипоксия, постгеморрагическая анемия, отечный синдром и т.д.).

3. Основным путем родоразрешения при острой плацентарной недостаточности – это операция кесарево сечение.

4. Основные патологические состояния, которые встречаются у новорожденных с тяжелой гипоксией или гипоксией средней степени тяжести – это кардиореспираторный дистресс синдром, отечный синдром (отек легких, отек головного мозга), миотонический синдром, церебральная ишемия, постгеморрагическая анемия.

Литература

1. Акушерство: национальное руководство\ под ред. Э.К. Айламазяна, В.И.Кулакова, В.Е.Радзинского, Г.М. Савельевой. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2007.-1200с.

2. Julia Warner Gargano, PhD¹ Claudia B. Holzman, DVM, MPH, PhD¹Patricia K. Senagore, MD at all Evidence of Placental Hemorrhage and Preterm Delivery\ Published online 2010

3. Marc A. Rodger, Marisol T. Betancourt, Peter Clark at all. The Association of Factor V Leiden and Prothrombin Gene Mutation and Placenta-Mediated Pregnancy Complications: A Systematic Review and Meta-analysis of Prospective Cohort Studies\ Published online 2010