

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПРИ НИЗЬКІЙ ПЛАЦЕНТАЦІЇ

С.В. Печеряга, І.М. Маринчина

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ключові слова: низька плацентажія, профілактика ускладнень, плацентарна дисфункція.

Буковинський медичний вісник. 2021. Т25, № 3 (99). С 83-88.

DOI: 10.24061/2413-0737.XXV.3.99.2021.13

E-mail: yuzko_s@ukr.net, marioir@ukr.net

Резюме. Мета роботи – оцінити ефективність розробленого методу профілактики ускладнень вагітності при низькій плацентажії з ранніх термінів гестації.

Матеріал і методи. Проведено обстеження 119 вагітних із низькою плацентажією. Даний діагноз встановлювався з 6-7-го тижнів гестації на підставі ехографічного дослідження. Основну групу створили 64 вагітних із низьким розташуванням хоріона, яким проводилася профілактика ускладнень вагітності з ранніх термінів гестації, розробленим комплексом медикаментозних засобів, та контрольну групу — 55 жінок із низькою плацентажією, яким не проводилася профілактика ускладнень вагітності з ранніх термінів гестації. Профілактичний комплекс включав: лотеїну, екстракт гінкго білоби, фолію та біоелектру. Для оцінки ефективності запропонованої терапії у досліджуваних групах проаналізований перебіг вагітностей у ранні та пізні терміни гестації, а також ускладнення вагітностей та пологів.

Результати. Частота патологій вагітності в основній групі, де проводилася профілактика ускладнень вагітності з ранніх термінів гестації при низькій плацентажії була значно меншою, ніж у групі контролю. За даними проведеного дослідження, у вагітних основної групи достовірно зменшувалася загроза переривання вагітності з кровотечею та без кровотечі в I та II триместрах ($p < 0,05$). У III триместрі гестації у групі, де проводилася профілактика ускладнень вагітності, достовірно зменшувалася частота загрози передчасних пологів, передчасне відшарування низько розташованої плаценти, фетоплацентарна дисфункція, синдром затримки розвитку плода та дистрес плода під час вагітності ($p < 0,05$). Також в основній групі спостерігався менший відсоток передчасних пологів та пологів, що завершилися шляхом кесарева розтину.

Висновки. 1. З місцем прикріплення плаценти в порожнині матки тісно пов'язані її функція, розвиток плацентарної дисфункції, перебіг вагітності та пологів. 2. Проведені дослідження показали ефективність запропонованої нами комплексної медикаментозної профілактики ускладнень вагітності при низькій плацентажії, що, у свою чергу, призвело до покращення перебігу вагітності та пологів і стало ефективним засобом профілактики плацентарної дисфункції.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ

С.В. Печеряга, И.М. Маринчина

Ключевые слова: низкая плацентажия, профилактика осложненной, плацентарная дисфункция.

Буковинский медицинский вестник. 2021. Т25, № 3 (99). С. 83-88.

Резюме. Цель работы – оценить эффективность разработанного метода профилактики осложненной беременности при низкой плацентации с ранних сроков гестации.

Материал и методы. Проведено обследование 119 беременных с низкой плацентацией. Данный диагноз устанавливался с 6-7-ой недели гестации на основании эхографического исследования. Основную группу создали 64 беременных с низким расположением хориона, которым проводилась профилактика осложненной беременности с ранних сроков гестации, разработанным комплексом медикаментозных средств, и контрольную группу - 55 женщин с низкой плацентацией, которым не проводилась профилактика осложненной беременности с ранних сроков гестации.

Оригінальні дослідження

Профилактический комплекс включал: лютеину, экстракт гинкго билоба, фолио и биолектру. Для оценки эффективности предложенной терапии в исследуемых группах проанализирован ход беременностей в ранние и поздние сроки гестации, а также осложнения беременностей и родов.

Результаты. Частота патологии беременности в основной группе, где проводилась профилактика осложнений беременности с ранних сроков гестации при низкой плацентации была значительно меньше, чем в группе контроля. По данным проведенного исследования у беременных основной группы достоверно уменьшалась угроза прерывания беременности с кровотечением и без кровотечения в I и II триместрах ($p < 0,05$). В III триместре гестации в группе, где проводилась профилактика осложнений беременности достоверно уменьшалась частота угрозы преждевременных родов, преждевременной отслойке низко расположенной плаценты, фетоплацентарная дисфункция, синдром задержки развития плода и дистресс плода во время беременности ($p < 0,05$). Также в основной группе наблюдался меньший процент преждевременных родов и родов, которые закончились путем кесарева сечения.

Выводы. 1. С местом прикрепления плаценты в полости матки тесно связаны ее функция, развитие плацентарной дисфункции, течение беременности и родов. 2. Проведенные исследования показали эффективность предложенной нами комплексной медикаментозной профилактики осложнений беременности при низкой плацентации, что в свою очередь привело к улучшению течения беременности и родов и стало эффективным средством профилактики плацентарной дисфункции.

PREVENTION OF PREGNANCY COMPLICATIONS AND DELIVERY AT LOW PLACENTATION

S.V. Pecheriaha, I.M. Marynychyna

Key words: low placentation, prevention of complications, placental dysfunction.

Bukovinian Medical Herald. 2021. V.25, № 3 (99). P. 83-88.

Resume. Objective is to evaluate the effectiveness of the developed method of preventing pregnancy complications with low placentation from early gestation.

Material and methods. We have examined 119 pregnant women with low placentation. This diagnosis was made at 6-7 weeks of gestation on the basis of echographic research. The main group consisted of 64 pregnant women with low chorionic location who underwent prevention from pregnancy complications in early gestation by the complex of medicines developed by us and a control group - 55 women with low placentation who had not undergone complications prophylaxis from early gestational periods. The prophylactic complex included Luteina, ginkgo biloba extract, folio and biolectra. To assess the effectiveness of the therapy in the study groups, we analyzed the course of pregnancy in early and late gestation, as well as complications of pregnancy and delivery.

Results. The frequency of pregnancy pathologies in the main group, where the prevention of pregnancy complications from early gestation with low placentation, was significantly lower than in the control group. According to the study, the risk of abortion with bleeding and without bleeding in the first and second trimesters significantly decreased in the main group of pregnant women ($p < 0.05$). In the third trimester of gestation in the group where the prevention of pregnancy complications was significantly reduced, the incidence of preterm birth, premature detachment of the low-lying placenta, fetoplacental dysfunction, fetal developmental delay syndrome and fetal distress during pregnancy ($p < 0.05$). Also, in the main group there was a lower percentage of premature births and births that ended by cesarean section.

Conclusions. 1. The place of attachment of the placenta in the uterine cavity is closely related to its function, the development of placental dysfunction, pregnancy and delivery. 2. Studies have shown the effectiveness of our proposed comprehensive drug prevention of complications of pregnancy with low placentation, which in turn has led to improved pregnancy and delivery and has become an effective means of preventing placental dysfunction.

Вступ. До факторів, які негативно впливають на показники материнської та перинатальної смертності, відносять аномальне розташування хоріона, зокрема його низьку плацентацию. Низька плацентация - це розташування плаценти в нижніх відділах матки, коли її нижній полюс локалізується до 6 см від рівня внутрішнього зів'язки шийки матки [1, 2].

На сьогоднішній день немає достовірних даних щодо факторів, які зумовлюють вибір бластоцистою місця імплантації. Для забезпечення потреб плода, що прогресивно зростає, необхідне надходження значної кількості крові до плаценти, що формується. Тому місце імплантації орієнтоване до зони найкращого кровопостачання, більш того, нідація відбувається в основному там, де біля основи епітелію матки проходить кровоносна судина [3].

При низькій плацентации тонка стінка нижнього сегмента матки не забезпечує необхідних умов для достатньої васкуляризації плацентарного ложа, гестаційної перебудови міометральних сегментів спіральних артерій, внаслідок чого спостерігається зниження артеріального кровопостачання плаценти і плода. Це призводить до обмеження газообміну та метаболізму у фетоплацентарному комплексі, порушенню процесу дозрівання плаценти, зниженню синтезу і дисбалансу гормонів плаценти. Дані зміни знижують компенсаторно-приспосувальні можливості системи мати-плацента-плід, сприяють розвитку первинної плацентарної дисфункції, сповільнюють ріст і розвиток плода, зумовлюючи ускладнений перебіг вагітності та пологів [2, 4, 5].

Одним із найчастіших ускладнень вагітності на тлі низького розміщення плаценти являється загроза переривання вагітності, яка характеризується кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів, підвищенням скоротливої діяльності матки, а також відсутністю вираженої міграції при розміщенні плаценти по задній стінці. Також у літературі трапляються повідомлення про те, що в жінок із низьким прикріпленням плаценти частіше діагностується плацентарна дисфункція, синдром затримки розвитку плода, дистрес плода під час вагітності та пологів, збільшується кількість передчасних та патологічних пологів [2, 5].

Враховуючи все вищевказане, не виникає сумнівів щодо потреби розробки методів профілактики ускладнень вагітності та пологів при низькій плацентации.

Мета роботи – оцінити ефективність розробленого методу профілактики ускладнень вагітності при низькій плацентации з ранніх термінів гестації.

Матеріал і методи. Нами обстежено 119 вагітних із низьким розташуванням хоріона. Діагноз низької плацентации встановлювався з 6-7-го тижнів гестації на підставі ехографічного дослідження. З числа обстежених були виключені пацієнтки, у яких даний діагноз не підтверджувався при першому ультразвуковому скринінгу.

Основну групу створили 64 вагітних із низьким розташуванням хоріона, яким проводилася профілактика вагітності з ранніх термінів гестації, розробленим нами комплексом медикаментозних засобів, та контрольну групу – 55 жінок із низькою плацентацией, яким не проводилася профілактика ускладнень вагітності з ранніх термінів гестації. Групи обстежених вагітних репрезентативні за віком і соціальним статусом.

З метою профілактики ускладнень у I триместрі гестації при низькій плацентации, нами запропоновано використання мікронізованого прогестерону лютеїну по 50-100 мг 2-3 рази на добу сублінгвально, з наступним переходом, після дообстеження, на вагінальні форми застосування по 100 мг 2 рази на добу. Препарат лютеїну містить прогестерон, ідентичний ендогенному, у невисоких дозах не має антигонадотропного ефекту, сприяє секреторній перебудові ендометрія та повноцінному формуванню плодово-хоріального кровотоку [6]. Дану терапію призначали з моменту встановлення діагнозу низького розташування хоріона (6-7 тиж.) і продовжували до завершення періоду плацентации (16-17 тиж.).

У запропонований комплекс медикаментозних засобів входили також екстракт гінкго білоби, фолію та біоекстра. Екстракт гінкго білоба - рослинний препарат, активним компонентом якого є стандартизований екстракт гінкго білоби. Дія препарату спрямована на покращання периферійного кровообігу та кровопостачання трофобласта. Препарат призначався в капсулах по 40 мг тричі на день. Фолію – 1 табл. на день зранку під час прийому їжі для профілактики вад розвитку плода. Одна таблетка фолію містить фолієву кислоту - 400 мкг, калію йодид – 200 мкг. Біоекстра містить 300 мг іонів магнію, призначено по 1 табл. на день.

Курс лікування негормональної терапії складав 12-14 днів і призначався, починаючи з 5-го – 8-го тижня, повторювався 2-3 рази в I половині вагітності з інтервалом 2-3 тижні. Жінки з контрольної групи отримували тільки фолієву кислоту та вітамін Е (відповідно до наказу МОЗ України №417). Вплив запропонованої терапії спрямований на покращання кровопостачання трофобласта.

Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою програмування Microsoft Excel зі стандартного пакета Microsoft Office XP. Порівняння показників здійснювалося з використанням критерію Стюдента. Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати дослідження показали, що запропонована терапія у жінок групи ризику щодо виникнення ускладнень вагітності є обґрунтованою та ефективною. Для оцінки ефективності запропонованої терапії у досліджуваних групах нами проаналізований перебіг вагітностей у ранні та пізні терміни гестації, а також ускладнення вагітностей та пологів.

Оригінальні дослідження

Як видно з наведених даних у таблиці 1, частота патологій вагітності в основній групі, де проводилася профілактика ускладнень вагітності з ранніх термінів гестації при низькій плацентажії, була значно меншою, ніж у групі контролю. Основним ускладненням вагітності в I триместрі була загроза переривання з кровотечею та без кровотечі. А саме загроза переривання вагітності з кровотечею траплялась в основній групі 10,9%, у контрольній - 25,5% ($p<0,05$). Загроза втрати вагітності без кровотечі, відповідно, 29,7% і 56,4% ($p<0,05$).

У II триместрі гестації зберігалися ті самі тенденції (див. табл. 1). У жінок основної групи

кращий перебіг вагітності відзначався і в III триместрі гестації: загроза передчасних пологів була у 12,5% вагітних основної групи порівняно з контрольною групою, де даний показник становив 27,3% ($p<0,05$), передчасне відшарування низько розташованої плаценти в 6,3% проти 20,0% ($p<0,05$), фетоплацентарна дисфункція - 18,8% проти 36,4% ($p<0,05$), СЗРП - 4,7% проти 16,4% ($p<0,05$) та дистрес плода під час вагітності - 7,8% проти 23,6% ($p<0,05$).

Аналізуючи дані таблиці 2, ми бачимо, що в основній групі термінових пологів у пацієток із аномальною плацентажією було 60 (93,7%),

Таблиця 1

Характеристика ускладнень вагітності в обстежуваних жінок, %

Ускладнення	Основна група (n=64)		Контрольна група (n=55)	
	Абс.	%	Абс.	%
I триместр				
Загрозливий аборт без кровотечі	19	29,7*	31	56,4
Загрозливий аборт з кровотечею	7	10,9*	14	25,5
Блювання вагітних	11	17,2	14	25,5
Анемія вагітних	3	4,7	3	5,5
Пієлонефрит вагітних	1	1,6	1	3,6
II триместр				
Загроза переривання без кровотечі	9	14,1*	16	29,1
Загроза переривання з кровотечею	4	6,3*	11	20,0
Гестози II половини вагітності	4	6,3	8	14,5
Анемія вагітних	6	9,4	8	14,5
Пієлонефрит вагітних	3	4,7	7	12,7
Плацентарна дисфункція	4	6,3*	11	20,0
III триместр				
Загроза передчасних пологів	8	12,5*	15	27,3
ПВНРП	4	6,3*	11	20,0
Гестози II половини вагітності	14	21,9	11	20,0
Анемія вагітних	6	9,4	12	21,8
Пієлонефрит вагітних		3,1	3	5,5
Плацентарна дисфункція	12	18,8*	20	36,4
Дистрес плода під час вагітності	5	7,8*	13	23,6
Синдром затримки розвитку плода	3	4,7*	9	16,4

Примітка: * - статистично достовірні відмінності основної групи спостереження порівняно з групою контролю ($p<0,05$).

Таблиця 2

Наслідки пологів у жінок із низькою плацентажією, %

Характеристика пологів	Основна група (n=64)		Контрольна група (n=55)	
	Абс.	%	Абс.	%
Фізіологічні	60	93,7*	40	72,7
Патологічні	4	6,3*	15	27,3
Ускладнення пологів:				
• - аномалії пологової діяльності	4	6,3*	7	12,7
• - щільне прикріплення посліду	1	1,6*	3	5,5
- ПВНРП	-	-	2	3,6
• - гіпотонічна кровотеча	-	-	2	3,6
Термінові	60	93,7	44	80,0
Передчасні	4	6,3*	11	20,0

Примітка: * - статистично достовірні відмінності основної групи спостереження порівняно з групою контролю ($p<0,05$).

передчасних – 4 (6,3%), що порівняно з контрольною групою є достовірно нижчим ($p < 0,05$), частота термінових пологів у контрольній групі становить 44 (80,0%), а передчасних пологів – 11 (20,0%).

В основній групі з профілактикою ускладнень вагітності у 4,4 раза рідше пологи були патологічними ($p < 0,05$).

Середня тривалість пологів в основній і контрольних групах достовірно не відрізнялася і склала у першородиль – 9,95 год і 8,21 год та повторнородиль – 6,45 год і 6,28 год, відповідно.

Привертає увагу значно менший відсоток оперативного розродження шляхом кесарева розтину в основній групі, порівняно з контрольною групою: 12,5% і 20,0%, відповідно ($p < 0,05$).

У переважній більшості (див. табл. 3) вагітним основної групи операцію кесарева розтину проводили з приводу рубця на матці, клінічно вузького таза та неправильного положення плода, порівняно з контрольною групою, де основними показаннями до оперативного втручання були дистрес плода та передчасне відшарування низької розташованої плаценти.

Таблиця 3

Показання до кесарева розтину при низькій плаценті, %

Показання	Основна група, n=64		Контрольна група, n=55	
	Абс.	%	Абс.	%
Рубець на матці	3	4,7	2	3,6
Лейоміома матки	1	1,6	2	3,6
Поперечне положення плода	1	1,6*	-	-
Клінічно вузький таз	2	3,1*	-	-
Дистрес плода в пологах	1	1,6*	4	7,3
ПВНRP	-	-	3	5,5

Примітка: * - статистично достовірні відмінності основної групи спостереження порівняно з групою контролю ($p < 0,05$).

Крововтрата склала в середньому 600 мл. Під час операції кесарева розтину при аномальній плаценті величина середньої крововтрати була вищою у жінок із низькою плацентою без профілактики ускладнень вагітності, ніж у пацієнок із запропонованим нами комплексом профілактики ускладнень вагітності з ранніх термінів гестації.

Висновки. 1. З місцем прикріплення плаценти в порожнині матки тісно пов'язані її функція, розвиток плацентарної дисфункції, перебіг вагітності та пологів.

2. Проведені дослідження показали ефективність запропонованої нами комплексної медикаментозної профілактики ускладнень вагітності при низькій плаценті, що, у свою чергу, призвело до покращення перебігу вагітності та пологів і стало ефективним засобом профілактики плацентарної дисфункції.

Перспективи подальших досліджень.

Планується провести оцінку впливу розробленого методу профілактики плацентарної дисфункції у вагітних із низькою плацентою на фетоплацентарний комплекс шляхом морфологічного дослідження плацент після пологів.

Список літератури

1. Куріцина СА. Діагностика, профілактика та прогнозування перинатальної патології при аномаліях плаценті (ретрохоріальні гематоми та аномалії розташування плаценти). *Здоров'я жінки*. 2017;3:60-4.

2. Юр'єва ЛМ. Аномальне розташування хоріона: клініко-анамнестичні фактори ризику. *Клінічна анатомія та оперативна хірургія*. 2018;17(1):103-7.

3. Дука ЮМ. Оцінка причин аномального розташування плаценти залежно від маси тіла вагітної. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2016;2:119-21.

4. Романенко ТГ. Плацентарна дисфункція як предиктор невиношування вагітності. *Репродуктивна ендокринологія*. 2017;1:77-82.

5. Gunnarsdottir J, Stephansson O, Cnattingius S, Akerud H, Wikstrom A-K. Risk of placental dysfunction disorders after prior miscarriages: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;211(1):34. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.01.041.

6. Хомяк НВ, Мамчур ВІ, Хомяк ЕВ. Клинико-фармакологические особенности современных лекарственных форм микронизированного прогестерона, применяющихся во время беременности. *Здоров'я жінки*. 2014;4:162-6.

References

1. Kuritsyna SA. Diagnostyka, profilaktyka ta prognuzuvannia perynatal'noi patolohii pry anomaliiakh platsentatsii (retrokhorial'ni hematomy ta anomalii roztashuvannia platsenty) [Diagnosis, prevention and prognosis of perinatal pathology in placental abnormalities (retrochorial hematomas and placental abnormalities)]. *Zdorov'e zhenshchiny*. 2017;3:60-4. (in Ukrainian).

2. Yur'ieva LM. Anomal'ne roztashuvannia khoriiona: kliniko-anamnesticni faktory ryzyku [Abnormal chorion location: clinical and anamnestic risk factors]. *Klinichna anatomii ta operatyvna khirurgiia*. 2018;17(1):103-7. (in Ukrainian).

3. Duka YuM. Otsinka prychn anomal'noho roztashuvannia platsenty zalezno vid masy tila vahitnoi [Assessment of the causes of abnormal placement of the placenta depending on the body weight of the pregnant woman]. *Aktual'ni pytannia pediatrii, akusherstva ta hinekolohii*. 2016;2:119-21. (in Ukrainian).

4. Romanenko TH. Platsentarna dysfunktsiia yak predyktor nevyynoshuvannia vahitnosti [Placental dysfunction as a predictor of miscarriage]. *Reproduktyvna endokrynolohiia*. 2017;1:77-82. (in Ukrainian).

5. Gunnarsdottir J, Stephansson O, Cnattingius S, Akerud H, Wikstrom A-K. Risk of placental dysfunction disorders after prior miscarriages: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;211(1):34. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.01.041.

6. Khomyak NV, Mamchur VI, Khomyak EV. Kliniko-farmakologicheskie osobennosti sovremennykh lekarstvennykh form mikronizirovannogo progesterona, primenyayushchikhsya vo vremya beremennosti [Clinical and pharmacological features of modern dosage forms of micronized progesterone used during pregnancy]. *Zdorov'e zhenshchiny*. 2014;4:162-6. (in Ukrainian).

Відомості про авторів

Печеряга Світлана Володимирівна – канд. мед. наук, асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

Маринчина Ірина Миколаївна – канд. мед. наук, асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

Сведения об авторах

Печеряга Светлана Владимировна – канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Буковинского государственного медицинского университета, г. Черновцы, Украина.

Маринчина Ирина Николаевна – канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Буковинского государственного медицинского университета, г. Черновцы, Украина.

Information about the authors

Pecheriaha Svitlana Volodymyrivna - Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

Marynychyna Iryna Mykolaivna - Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

Надійшла до редакції 04.08.21

Рецензент – проф. Юзько О.М., доц. Бербець А.М.

© С.В. Печеряга, І.М. Маринчина, 2021