

MATERIAŁY
XV MIĘDZYNARODOWEJ NAUKOWI-
PRAKTYCZNEJ KONFERENCJI

WSCHODNIE PARTNERSTWO - 2019

07 - 15 września 2019 roku

Volume 3

Przemysł
Nauka i studia
2019

MEDYCYNA

Położnictwo i ginekologia

* 2 5 4 9 3 2 *

Печеряга С.В., Бобик Л.Р.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

РИЗИКИ ВИНИКНЕННЯ ПЕРВИННО НИЗЬКОЇ ПЛАЦЕНТАЦІЇ

Резюме. Проведено клініко-статистичний аналіз індивідуальних карт вагітної та породіллі у 150 жінок із низьким розміщенням плаценти та у 80 вагітних із нормальним розміщенням плаценти (у дні та тілі матки). Аналізували ризики виникнення первинно низької плацентації. Встановлено, що такі фактори, як вік вагітної старше 30 років, тривалі та рясні менструації, гінекологічні захворювання, часті гострі респіраторні захворювання частіше зустрічалися в анамнезі у вагітних із низькою плацентацією в порівнянні із вагітними з нормальним розташуванням плаценти.

Ключові слова: низька плацентація, фактори ризику, акушерсько-гінекологічний анамнез.

Вступ. Прогнозування перебігу вагітності, формування груп підвищеного ризику та своєчасне проведення лікувально-профілактичних заходів є основою попередження акушерських ускладнень. Однією з основних систем, відповідальних за формування умов необхідних для нормального розвитку плода, є фетоплацентарна система [2].

Серед факторів, які негативно впливають на показники материнської та перинатальної смертності, відносять аномальне розташування хоріону, зокрема його низьке прикріплення. Розташування плаценти у ділянці нижнього сегмента – відносно часта патологія. Так, частота низького розміщення хоріону/плаценти в першому триместрі гестації сягає до 40%, у другому – від 9 до 24% і в третьому - від 7,7 до 9% випадків. З місцем прикріплення плаценти в порожнині матки тісно пов'язані її функція, розвиток первинної плацентарної дисфункції, перебіг та закінчення вагітності, що в свою чергу впливає на стан плода [1, 3]. Аномальна плацентація негативно впливає на перебіг вагітності і пологів [4].

Мета дослідження. Провести аналіз ризиків виникнення первинно низької плацентації.

Матеріали та методи дослідження. Проведено клініко-статистичний аналіз 150 індивідуальних карт вагітної та породіллі у жінок із низьким розміщенням плаценти (основна група). Контрольну групу склали 80 вагітних із нормальним розміщенням плаценти (у дні та тілі матки), які були під диспансерним наглядом в ЖК №2 м. Чернівці.

Розбіжності між групами дослідження обраховані за допомогою критерію Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведений аналіз місць проживання вагітних груп дослідження показав, що 64,0% вагітних основної групи є мешканками міста, 36,0% жителями сільської місцевості ($p < 0,05$). В контрольній групі 35,0% вагітних проживали в місті та 65,0% проживали в сільській місцевості ($p < 0,05$).

Вік вагітних основної та контрольної груп коливався від 16 до 40 років. Було встановлено, що в основній групі вік жінок понад 30 років має місце у 40,7% випадків, порівняно з 25,0% у вагітних контрольної групи ($p < 0,05$).

Аналізуючи соціальну зайнятість вагітних, було відмічено, що у досліджених групах вона була приблизно однотипною: службовців – 52,7% і 48,8% робітниць було відповідно – 12,0% і 10,0%, домогосподарок – 24,0% і 31,3%, студентів – 11,3% і 10,0%, тобто $p > 0,05$.

Проаналізувавши вагові показники в обох групах встановлено, що достовірної різниці між параметрами маси у жінок із низьким розташуванням плаценти та контрольною групою немає.

Середній зріст вагітних у основній групі склав $164,2 \pm 1,1$ см, у контрольній відповідно $161,9 \pm 1,4$ см ($p > 0,05$).

Аналізуючи менструальний анамнез показано, що початок менструацій у жінок після 14 років відмічається достовірно ($p < 0,05$) частіше у вагітних основної групи – у 22,7%, у порівнянні з контролем – у 8,8% випадків.

При проведенні аналізу особливостей менструальної функції у обох групах вагітних звертає на себе увагу те, що в основній групі становлення циклу до року відмічається в 2,5 рази рідше, ніж в контролі, де цей показник становив 91,3%. Менструації тривалістю більше 5 днів у вагітних із низькою плацентацією

відмічаються в 34,7%, у порівнянні з контролем – 15,0% ($p < 0,05$). Тривалість менструального циклу 28-30 днів виявляється достовірно частіше ($p < 0,05$) в контрольній групі, ніж в основній, відповідно 88,8% і 76,0%, в той же час тривалість менструального циклу більше 30 днів у 2 рази частіше спостерігається у основній групі вагітних ($p < 0,05$).

У жінок з низькою плацентациєю відмічався більш ранній початок статевого життя $17,9 \pm 1,2$, ніж в контрольній групі – $18,2 \pm 1,1$ роки.

Звертає на себе увагу висока частота обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу у жінок із низьким розміщенням плаценти. Серед 150 вагітних із низькою плацентациєю у 88 (58,7%) було 2 і більше артіфіційних абортів, у контролі цей показник відповідно склав 32,5% ($p < 0,05$) вагітних. Достовірною є різниця у показниках паритету пологів, де двоє і більше пологів відповідно було: у 64,0% вагітних із низьким розміщенням плаценти і у 40,0% вагітних контрольної групи, ($p < 0,05$). Повторно вагітних у основній групі було достовірно більше ($p < 0,05$) - 77,3% у порівнянні з вагітними з нормальною плацентациєю – 63,8%.

Гінекологічні захворювання в анамнезі відмічені у 64,0% жінок із низьким розташуванням плаценти та у 37,5% жінок із нормальним розташуванням плаценти, ($p < 0,05$). З них 39 пацієнток (26,0%) страждала запальними захворюваннями додатків в основній групі у порівнянні з 14 (17,5%) - в контрольній групі ($p < 0,05$). У 76 (50,7%) та 29 (36,3%) відповідно була ерозія шийки матки, у 16 (10,7%) та 3 (3,8%) відмічалася міома матки ($p < 0,05$).

Порушення менструального циклу в анамнезі спостерігалися у 25 (16,7%) жінок із низьким розташуванням плаценти та у 3 (3,8%) в контрольній групі ($p < 0,001$).

У 36,0% вагітних із низькою плацентациєю спостерігалися часті гострі респіраторні захворювання в анамнезі, в контролі цей показник становив 17,5% ($p < 0,05$). У переважної більшості вагітних основної групи (70,0%) – були перенесені дитячі інфекції (кашлюк, кір, вітряна віспа). У вагітних контрольної групи дитячі інфекції в минулому спостерігалися у 47,5% ($p < 0,05$).

При аналізі екстрагенітальних захворювань у вагітних основної та контрольної груп, ми бачимо, що хронічний пієлонефрит, анемія вагітних та ендокринні захворювання достовірно ($p < 0,05$) частіше спостерігаються у вагітних із низьким розташуванням плаценти.

Висновки. Отже, такі фактори, як вік вагітної старше 30 років, тривалі та рясні менструації, гінекологічні захворювання, часті гострі респіраторні захворювання частіше зустрічалися в анамнезі у вагітних із низькою плацентациєю в порівнянні із вагітними з нормальним розташуванням плаценти. Це дозволяє віднести перераховані ознаки до числа факторів ризику виникнення аномального розміщення хоріону.

Література:

1. Аномалии расположения плаценты: акушерские и перинатальные аспекты / В.С. Горин, Р.К.Зайцева, Е.С. Серебренникова [и др.] //Росс. вестн. акуш.-гинекол. – 2010. – № 6. – С. 26-31.
2. Пономарева Н.А. Прогностические критерии развития плацентарной недостаточности в I триместре беременности / Н.А. Пономарева: матер. 7-го Росс. Форума [«Мать и дитя»], (Москва, 11-14 октября 2005 г.). – М., 2005. – С. 208-209.
3. Шевченко Т.В. Тактика ведення вагітності і пологів при аномальній плацентациї: автореф. дис. на здобуття ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.01/ Т.В. Шевченко. – К, 2012. – 18 с.
4. 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.