

Мысовская Ю.С.

Верификация фетоплацентарной недостаточности на ранних сроках гестации

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Научные руководители: д.м.н. Салов И.А., к.м.н. Михайлова Ю.В.

Резюме

Данная исследовательская работа посвящена выявлению основных факторов риска развития фетоплацентарной недостаточности, а также определению возможности прогнозирования развития фетоплацентарной недостаточности и задержки роста плода у беременных на ранних сроках гестации. Установлено, что наибольшее влияние на состояние здоровья плода оказывают следующие аспекты: возраст беременной от 25 до 29 лет, УПБ, первые роды, но вторая беременность после искусственного аборта, самопроизвольного выкидыша или неразвивающейся беременности, гестоз, анемия, АГ, хронические ЛОР – заболевания, курение, перенесенное ОРВИ во время беременности. Таким образом, уже при постановке беременной на учет можно говорить о перспективах дальнейшего течения беременности, а при необходимости проводить мероприятия, направленные на предотвращения развития фетоплацентарной недостаточности и задержки роста плода еще до момента их появления.

Ключевые слова: фетоплацентарная недостаточность

Введение

Современный мир высоких технологий повлиял на многие отрасли в нашей жизни, однако основная задача акушерства – обеспечить рождение здорового ребенка, осталась неизменной. Антенатальное состояние плода определяет дальнейшую жизнь ребенка, его психические и физические возможности. Несмотря на то, что патологии беременных полиморфны, их действие на плод, в большинстве случаев, универсально, и оно проявляется развитием фетоплацентарной недостаточности (ФПН) за счет недостаточной плацентарной перфузии, ведущей к внутриутробной гипоксии, самым важным звеном которой является церебральная гипоперфузия, способствующая поражению ЦНС. Итогом данного каскада патологических изменений является задержка роста плода (ЗРП), оказывающая многогранные влияния на дальнейшее развитие ребенка.

Цель: выявление основных факторов риска развития ФПН, а также анализ возможности прогнозирования развития ФПН и ЗРП у беременных на ранних сроках гестации.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета СГМУ им. В.И. Разумовского в родильном отделении ГУЗ Саратовской ГКБ №1 им. Ю.Я. Гордеева. Был проведен ретроспективный анализ историй родов пациенток с ФПН и ЗРП за 2015 год (64 случая), которые составили основную группу исследуемых пациенток. Также была взята контрольная группа пациенток, беременных которых протекала без развития ФПН и ЗРП (36 случаев). При исследовании проводилась оценка следующих данных: возраст и вес тела женщины при постановке на учет, паритет беременности и родов, факт курения, акушерско – гинекологический анамнез, осложнения беременности, наличие анемии, генитальной и экстрагенитальной патологии (ЭГП), а также перинатальные исходы.

Результаты

Частота встречаемости ФПН и ЗРП в 2013 году составила 4,79% (60 случаев из 1251), в 2014 года данный показатель снизился до 4,32% (54 случая из 1250), однако в 2015 году он достиг значения 5% (64 случая из 1271). Средний возраст беременных в основной и контрольной группах составил $25,9 \pm 3,0$ и $24,8 \pm 1,8$ соответственно. В обеих группах подавляющее большинство беременных, в среднем 59,1%, вошли в возрастной промежуток от 25 до 29 лет. При анализе полученных данных было выявлено, что в 66,7% случаях ФПН и ЗРП развивалась у женщин в возрасте от 25 до 29 лет, беременные с ФПН и ЗРП от 18 до 24 лет составили 27,8% случаев, а на долю беременных с данной патологией старше 30 лет пришлось лишь 5,5% случаев. Обращает на себя внимание то, что при постановке на учет у 45,3% (n=29) беременных из основной группы была выявлена избыточная масса тела. В контрольной группе пациенток данный показатель составил лишь 25% (n=9). Средний возраст менархе в группах обследуемых был примерно одинаков и, в среднем, составил $12,5 \pm 2,5$ года. Начало половой жизни у женщин основной группы с $18,2 \pm 2,1$ лет, у пациенток контрольной группы – с $19,7 \pm 2,3$ лет. В основной группе пациенток на нерегулярный менструальный цикл и другие гинекологические заболевания (миома матки, эндометриоз, кисты яичников) приходилось по 7,8% случаев (n=5, n=5). Гинекологический анамнез у контрольной группы пациенток в 100% случаев был неотягощен. Настоящая беременность у пациенток основной группы была первая лишь в 34,3% (n=22), вторая беременность составила 42,2% (n=27), а на третью и более приходилось 23,5% (n=15). При этом первые роды в данной группе преобладали и составили 71,9% (n=46). Данное явление было связано с отягощенным акушерско – гинекологическим анамнезом, который чаще всего, в 31,3% (n=20), был обусловлен наличием искусственного аборта, реже, в 7,8% (n=5) самопроизвольным выкидышем и в 3,1% (n=2) неразвивающейся беременностью. В контрольной группе пациенток на долю первой беременности пришлось 27,8% (n=10), второй – 52,7% (n=19), а третьей и более 19,5% (n=7). Значимым отличием пациенток контрольной группы явилось преобладание повторных родов, которые составили 61% (n=22), над первыми. Акушерско – гинекологический анамнез был отягощен лишь в 19,4% (n=7) наличием искусственных абортов и в 2,7% (n=1) самопроизвольным выкидышем. Течение настоящей беременности у пациенток основной группы носило осложненный характер с первых недель гестации в подавляющем большинстве случаев. В 54,7% (n=35) случаев, это проявлялось наличием угрозы прерывания беременности (УПБ) и в 28,1% (n=18) – ранним гестозом. Настоящая беременность у пациенток

контрольной группы в 91,7% (n=33) протекала без осложнений, и лишь в 8,3% (n=3) наблюдался ранний гестоз. Распространенность экстрагенитальной патологии (ЭГП) в основной группе пациенток требует к себе особого внимания. Так, артериальная гипертензия (АГ) встречалась в 62,5% (n=40) случаев, хроническими ЛОР – заболеваниями страдали 20,3% (n=13) женщин, ОРВИ во время беременности перенесли 17,2% (n=11) пациенток, патология щитовидной железы и СКВ составили 7,8 % (n=5) случаев. В контрольной группе пациенток ЭГП отсутствовала в 77,9% (n=28) случаев, АГ была диагностирована лишь у 11,1% (n=4), а хронические ЛОР – заболевания и ОРВИ во время беременности составили по 5,5% (n=2, n=2) случаев. Анемия легкой и средней степени тяжести с 12 недель беременности встречалась у пациенток основной группы в 65,6% (n=42) случаях, а у беременных контрольной группы в 10,9% (n=7) случаях. Курящие пациентки встречались как в основной, так и в контрольной группе. Однако в первой они составили 23,4% (n=15), а во второй 13,9%(n=5). Все пациентки основной группы родили детей с ЗРП II-III степени, которые набирали 5 – 6 баллов по шкале АПГАР сразу после рождения. Пациентки, составившие контрольную группу, родили детей без гипотрофии, а оценка по шкале АПГАР составляла 7 – 8 баллов сразу после рождения.

Обсуждение

Частота встречаемости ФПН с исходом в ЗРП с 2013 по 2015 год, составила, в среднем, 4,7% среди всех беременных. На первый взгляд может показаться, что распространенность данной патологии невелика. Однако, если рассматривать этот показатель в абсолютных величинах, то получится, что, в среднем, у каждой двадцать первой беременной развивается ФПН и раз в шесть дней рождается один ребенок с диагнозом ЗРП. Средний возраст беременных в основной и контрольной группах был сопоставим. Наиболее часто, в 66,7% случаев, диагноз ФПН и ЗРП был поставлен женщинам в возрасте от 25 до 29 лет. У женщин с наличием избыточной массы тела риск развития ФПН и ЗРП в 1,8 раз выше, чем у женщин с нормальным весом. Гинекологической анамнез у пациенток основной группы был отягощен в 15,6% случаях. Образ беременной с развившейся ФПН и ЗРП значительно отличался от образа беременной без данной патологии. Если в первом случае приходится говорить о второй беременности (в 42,2%), но при этом первых родах (71,9%), из-за наличия в анамнезе искусственного аборта (31,3%), самопроизвольного выкидыша (7,8%) или неразвивающейся беременности (3,1%), то во втором случае речь идет не только о второй беременности (в 52,7%), но и о повторных родах (61%), а также намного реже встречающемся наличием в анамнезе искусственного аборта (19,4%) и неразвивающейся беременности (2,7%). Течение настоящей беременности у женщин основной группы в 6,5 раз чаще сопровождалось ранним гестозом, чем у женщин контрольной группы. УПБ у беременных с ФПН наблюдалась в 28,1% случаев, а у беременных контрольной группы данная патология не встречалась. У женщин основной группы АГ встречалась в 5,6 раз чаще, чем у контрольной группы. Беременные с ФПН и ЗРП переносили ЛОР – заболевания 3,6 раза чаще и ОРВИ в 1,5 раза чаще, чем беременные контрольной группы. Анемия легкой и средней степени тяжести сопровождала беременность у женщин основной группы в 6,5 раз чаще, чем у женщин контрольной группы. Пристрастия к курению встречались в 2,3 раза чаще у женщин с ФПН и ЗВУР, чем у беременных контрольной группы.

Заключение

В ходе проведенного нами исследования отчетливо выявлены основные факторы риска развития ФПН и ЗРП. Наиболее яркими маркерами имеющегося риска развития данной патологии являются возраст беременной от 25 до 29 лет, УПБ, первые роды, но вторая беременность после искусственного аборта, самопроизвольного выкидыша или неразвивающейся беременности, гестоз, анемия, АГ, хронические ЛОР – заболевания, курение, перенесенное ОРВИ во время беременности. Из этого следует, что уже при постановке беременной на учет и выявлении у нее вышеуказанных явлений, она может быть отнесена в группу риска развития ФПН и ЗРП. Лишь проведя грамотный сбор анамнеза у пациентки, измерив ее артериальное давление и исследуя ОАК, могут быть выявлены основные моменты, прогнозирующие дальнейшее течение беременности и ее исход. Верифицировав ФПН еще до ее возникновения, появляется возможность проведения мероприятий, направленных на улучшение плацентарной перфузии, что даст возможность плоду расти и развиваться в благоприятных для него условиях.

Литература

1. Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, Г.М.Савельевой. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 608 с.
2. Задержка роста плода. Врачебная тактика: Учебн. Пособие. – 2-е изд. / Макаров И.О., Юдина Е.В., Боровкова Е.И. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 56 с.
3. Современные методы оценки состояния матери и плода при беременности высокого риска. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. / Стрижаков А.Н., Игнатко И.В.
4. Патология плода и плаценты / А.Н. Стрижаков [и др.]. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 176 с.: ил.
5. Функциональная морфология плаценты человека в норме и при патологии (нейроиммуноэндокринологические аспекты) / Э.К. Айламазян, В.О. Полякова, И.М. Кветной – СПб.: Изд-во Н-Л, 2012. – 176 с.