

Особливості перинатальних наслідків розродження при аномально розташованій плаценті

О. В. Талько

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: вивчити особливості перинатальних наслідків при аномально розташованій плаценті.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 148 жінок (основна група) з аномальним розташуванням плаценти. Низька плацентажія виявлена при ультразвуковому дослідженні в терміні 14–16 тиж вагітності. Згідно з класифікацією аномалій плацентажії і варіантів міграції плаценти, критерієм включення пацієнток в основну групу було розташування плаценти (у 14–16 тиж) на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки. До контрольної групи включено 60 практично здорових вагітних з нормальною плацентажією.

У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, мікробіологічні, морфологічні, статистичні методи.

Результати. В основній групі жінок у 10 (13,2%) із 75 хворих дітей діагностовано внутрішньоутробне інфікування: генералізована герпетична інфекція (3) і внутрішньоутробна пневмонія (7). Достовірно велику частку внутрішньоутробного інфікування відзначено серед новонароджених у пацієнток, що спостерігалися з приводу низької плацентажії: 1 – 13,0%, 2 – 16,7% і 3 – 6,3%. У всіх дітей, яким при народженні встановлено діагноз внутрішньоутробного інфікування, проведено дослідження сироватки крові методом полімеразно-ланцюгової реакції, посівів мазків з трахеї, зіву, ануса. Виявлено, що серед збудників на першому місці по частоті знаходиться вірус простого герпесу 1, 2 типів як в ізольованому вигляді, так і у варіанті поєднаної інфекції: цитомегаловірус, мікоплазма, гриби роду *Candida*, хламідії та ентерокок.

Висновки. Антенатальне порушення стану плода у жінок з передлежанням плаценти та її міграцією є визначальним у неонатальній патології і виникненні ускладнень пологового процесу, що на тлі хронічного страждання плода посилює його стан і призводить до значної частоти народження хворих дітей або інтранатальної їх загибелі.

Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення вагітності і розродження жінок з аномальним розташуванням плаценти.

Ключові слова: аномальна плацентажія, перинатальні наслідки, особливості.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

Однією з основних проблем сучасного акушерства є розробка ефективних заходів профілактики перинатальної смертності [1–3]. Серед причин, що впливають на підвищення цих інтегральних показників, слід зазначити аномальне розташування плаценти (АРП), тобто локалізацію її в ділянці нижнього сегмента матки, частково або повністю нижче передлежачій частині плода [4–6].

У перинатології ця проблема представляє інтерес з позицій затримки внутрішньоутробного розвитку плода і передчасного переривання вагітності [7–10]. Проте багато питань етіології, патогенезу, перебігу вагітності і пологів, стан плода і новонародженого при АРП залишаються до сьогодні остаточно невивченими.

Мета дослідження: аналіз особливостей перинатальних наслідків при АРП.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проспективно спостерігали 148 жінок (основна група) з АРП. Низька плацентажія виявлена при ультразвуковому дослідженні (УЗД) у терміні 14–16 тиж вагітності. Згідно з класифікацією аномалій плацентажії і варіантів міграції плаценти, критерієм включення пацієнток в основну групу було розташування плаценти (у 14–16 тиж) на відстані менше 2 см від внутрішнього зіву шийки матки.

У контрольну групу включено 60 практично здорових вагітних з нормальною плацентажією.

З 16-го тижня вагітності здійснювався УЗ контроль процесу міграції з оцінкою положення і відстані нижнього полюса плаценти по відношенню до внутрішнього зіву. Отримавши різноманітність фізичних і функціональних параметрів процесу міграції і плацентажії, а також клінічних характеристик обстежуваних пацієнток, нам представилося доцільним поділ варіантів міграції плацентажії щодо внутрішнього зіву шийки матки.

Ми виділили наступні підгрупи:

- 1 підгрупа (19,6%) – 29 пацієнток з повним і неповним передлежанням плаценти; процес міграції був відсутній.
- 2 підгрупа (37,2%) – 55 жінок з низьким розташуванням плаценти в результаті неповної (незавершеної) міграції (нижній край плаценти нижче 5 см від внутрішнього зіву).
- 3 підгрупа (43,2%) – 64 вагітні, в яких в результаті повної (завершеної) міграції плацента перемістилася у верхні відділи матки (нижній край плаценти на 5 см вищий за внутрішній зів).

Вік вагітних основної і контрольної групи коливався від 16 до 40 років. Більшість пацієнток основної групи ($p < 0,01$) були віком від 26 до 35 років (62,1%), контрольної – від 20 до 25 років (55,0%). Середній вік жінок у контрольній групі становив $23,8 \pm 3,9$ року, в основній – $29,4 \pm 6,6$ року.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у 47,3% вагітних з АРП пологи були мимовільними; кесарів розтин зроблений у 52,7% пацієнток: у всіх 29 пацієнток при передлежанні, у 32 (58,2%) з 55 – з низькою плацентажією і в 17 (26,6%) із 64 – з мігруючою плацентою. Отже, більш ніж у половини жінок основної групи пологи були оперативними ($p < 0,001$). Привертає увагу частота ($p < 0,001$) кесарева розтину в групі жінок з передлежанням плаценти і серед вагітних з неповною міграцією (низькою локалізацією) плаценти.

Своєчасних пологів у пацієнток з аномаліями плацентажії було 74,3%, передчасних – 25,7%. Найбільша частота ($p < 0,001$) передчасних пологів серед спосте-

режуваних з передлежанням плаценти – 12 (41,4%) і низьким її розташуванням – 18 (32,7%). Передчасні пологи у жінок з повною міграцією плаценти зафіксовані у 8 (12,5%) випадках ($p < 0,01$).

Зважаючи на високу частоту передчасних пологів в основній групі досліджуваних, гестаційний вік до моменту народження коливався від 28 до 40 тиж вагітності. Живих дітей народилося 146 (98,6%), мертвих – 2 (1,35%). Доношених було 110 (75,3%) новонароджених, недоношених – 36 (24,7%). Найбільший відсоток недоношених дітей ($p < 0,05$) зафіксовано у пацієнток з передлежанням і низьким розташуванням плаценти 39,3% і 31,5% відповідно, що пояснюється найбільш високою частотою передчасних пологів у цих групах.

Вагово-зростові показники новонароджених від матерів з низьким розташуванням плаценти ($p < 0,05$) достовірно нижче, ніж у контрольній групі. Середня маса доношених дітей при мігруючій плаценті була вища, ніж при низькому розташуванні і передлежанні плаценти, але нижче за показники контролю. Це закономірно та відображає високу частоту передчасних пологів і затримки розвитку плода (ЗРП) у вагітних цих груп. Подібна закономірність реєструється і в недоношених новонароджених.

Мертвонародженість спостерігалася лише у жінок з передлежанням плаценти і низьким її розташуванням. У цих двох жінок пологи були передчасними (28–33 тиж вагітності); інтранатально померлі діти мали ЗРП. Причиною смерті плодів були недоношеність, незрілість, гостра асфіксія. Інтранатальна смертність становила 13,5%.

У контрольній групі всі 60 новонароджених були доношеними, мали задовільний стан за оцінкою за шкалою Апгар 8–9 балів.

У пацієнток основної групи в асфіксії легкого ступеня (6–7 балів) народилися 68 (46,6%) новонароджених, середнього ступеня – 19 (13,0%) дітей і важкого – 10 (6,8%). Важкий і середній ступінь асфіксії спостерігали у дітей від матерів з передлежанням і низьким розташуванням плаценти; у новонароджених у жінок із завершеною міграцією плаценти асфіксія важкого ступеня не наголошувалася. При міграції плаценти асфіксія середнього ступеня зустрічалася лише у 2 (3,1%) дітей. У задовільному стані, з оцінкою за шкалою Апгар 8–9 балів, народилися всього 5 (17,9%) новонароджених у жінок з передлежанням плаценти, 12 (22,2%) – у пацієнток з низьким її розташуванням і 32 (50,0%) дитини за наявності в матері повної міграції плаценти ($p < 0,001$).

Отже, передлежання плаценти і низька плацентация є найменш сприятливими варіантами розташування плаценти в плані народження дітей з більш низькою оцінкою за шкалою Апгар. Необхідно відзначити, що 50,0±5,3% новонароджених у спостережуваних із завершеною міграцією плаценти також знаходилися в стані асфіксії, при цьому у 46,9±5,2% з них була асфіксія легкого ступеня (6–7 балів).

Із 146 новонароджених захворювання відзначено у 75 (50,7%) дітей. У групі спостережуваних з передлежанням плаценти відхилення виявлені у 23 (79,3%) новонароджених, з низьким розташуванням плаценти – у 36 (65,5%), при повній міграції – у 16 (25,0%) новонароджених. Число ускладнень на одну дитину в основній групі спостережуваних становило 1,56, а в контрольній групі всі новонароджені були здорові. Максимальне число захворювань у дітей (1,81 на одного новонародженого) виявлено у 2 підгрупі, менша кількість здорових новонароджених (20,7%) – у 1 підгрупі. Більш важка патологія виявлена у дітей від пацієнток з низьким розташуванням плаценти ($p < 0,05$): перинатальні ушкодження ЦНС – 72,2%, внутрішньоутробна гіпотрофія – 41,7%, внутрішньоутробне інфікування (ВУІ) – 16,7%, синдром дихальних розладів (СДР) – 11,1%, вроджені вади розвитку (ВВР) плода – 5,6%.

Концентрація важкої патології і кількість хворих новонароджених в обстежуваних свідчать про найменш сприятливі умови для розвитку плода при незавершеному процесі міграції/низькому положенні плаценти в матці.

У підгрупі спостережуваних із завершеною міграцією плаценти більшою була частота дітей, що народилися здоровими – 48 (75%) і меншою – у разі 1,25 захворювань на одного новонародженого. У 3 підгрупі не було немовлят із СДР і достовірно меншим ($p < 0,05$) було число випадків ЗРП – 37,5% порівняно з показниками основної, 1 і 2 підгруп – 32,0%, 21,7% та 41,7% відповідно.

Статистично достовірно менші показники ($p < 0,05$) захворюваності новонароджених виявлені при зіставленні даних жінок 3 і 2 підгруп: відповідно відсоток гіпоксично-ішемічного ушкодження ЦНС – 50,0% і 72,2%, ВУІ – 6,3% і 16,7%. Проте, незважаючи на реалізацію повної міграції і поліпшення умов розвитку плода, наголошується значна кількість (18,8%) новонароджених з аспіраційним синдромом ($p < 0,01$), що свідчить про несприятливий перебіг пологів.

Перше місце у структурі захворюваності новонароджених посідають порушення з боку ЦНС (68,0%), перебіг раннього адаптаційного періоду (зниження рухової активності, млявість, зниження маси тіла більш ніж на 8% від початкової), що виражається відхиленнями, синдромом м'язової дистонії, гіперзбудливості або пригнічення ЦНС. Неврологічна симптоматика, обумовлена внутрішньоутробною гіпоксією, достовірно частіше наголошувалася ($p < 0,05$) у новонароджених 2 підгрупи (72,2%).

Враховуючи, що при скринінг-УЗ-біометрії з високою частотою діагностували ЗРП був проведений аналіз отриманих результатів. Більшість новонароджених основної групи із ЗРП і масою тіла в межах 10-3 перцентилей народилися при гестаційному віці 37 тиж. Ознаки важкої ЗРП (< 3 перцентилей) відзначені переважно у недоношених дітей – у 3,6%, 9,3% і 1,6% випадках (відповідно по підгрупах 1, 2 і 3).

ЗРП виявлена у 24 (32,0%) дітей від матерів основної групи, з них у 15 (41,7%) новонароджених ($p < 0,05$) матері спостерігалися з приводу низької плаценталії. Слід зазначити, що в підгрупі 2 у 3,7% в новонароджених зафіксовано ЗРП III ступеня при доношеній вагітності (маса тіла < 3 перцентилей), що збіглося із загостренням хронічної інфекції сечовидільної системи і гострою респіраторною вірусною інфекцією матерів у II–III триместрах гестації. Аналіз вихідного спектра збудників під час вагітності продемонстрував наявність у цих пацієнток поєднаної інфекції (вірус простого герпесу-2 (ВПГ-2), цитомегаловірус (ЦМВ) і уреоплазми).

З метою ретроспективної оцінки часу розвитку плацентарної дисфункції (ПД) і, відповідно, тривалості внутрішньоутробного страждання плода, разом з абсолютними значеннями використовувалися спеціальні оцінювальні індекси вагово-зростових співвідношень. При оцінці перинатальних результатів розраховано пондераловий індекс (ПІ), який обчислювали за формулою:

$$ПІ = ((\text{Маса тіла, г}) / (\text{довжина, см})^3) \times 100.$$

При ранньому розвитку ПД у плода виявляється пропорційний розвиток на тлі низької маси тіла і показники ПІ зазвичай не відрізняються від норми (2,2–2,8). При пізньому розвитку ПД спостерігається значніше відставання ступеня надбавки маси тіла порівняно зі зростом, індекс має низькі значення.

Згідно з отриманими даними, зниження ПІ зафіксовано у 10,7%, 16,7% і 4,7% випадках (відповідно по підгрупах). При цьому зниження ПІ при масі тіла від 10 до 3 перцентилей зафіксовано у 3,6%, 9,3% і 1,6% спостережень, а < 3 перцентилей – у 3,6%, 5,6% і 1,6% випадках. Достовірно частіше ($p < 0,05$) у всіх групах при ЗРП на-

голошуються нормальні показники і симетрична форма. Значення ПІ вагово-зростових співвідношень новонароджених були достовірно нижче нормативних ($< 2,2$) у тих дітей, матері яких спостерігалися з приводу низької плацентації ($p < 0,05$). Це свідчить про наявність асиметричної форми гіпотрофії і негативний вплив патологічних чинників на плід на останніх етапах гестації. У пацієнток 2 підгрупи під час гестаційного періоду виявлена найбільша частота функціональних порушень з боку фетоплацентарного комплексу (ФПК).

В основній групі жінок у 10 (13,2%) із 75 хворих дітей діагностовано ВУІ: генералізована герпетична інфекція (3) і внутрішньоутробна пневмонія (7). Достовірно велика частка ВУІ ($p < 0,05$) відзначена серед новонароджених у пацієнток, що спостерігалися з приводу низької плацентації: 1 – 13,0%, 2 – 16,7% і 3 – 6,3%.

У всіх дітей, яким при народженні встановлено діагноз ВУІ, проведено дослідження сироватки крові методом полімеразноланцюгової реакції (ПЛР), посівів мазків з трахеї, зіву, ануса. Виявлено, що серед збудників на першому місці по частоті знаходиться ВПГ 2, 3 типів як в ізольованому вигляді, так і у варіанті поєднаної інфекції: ЦМВ, мікоплазма, гриби роду *Candida*; хламідії та ентерокок.

Аналіз захворюваності новонароджених засвідчив, що збудники інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), визначають генералізовану ВУІ (внутрішньоутробну пневмонію та інші форми). Супутніми захворюваннями у 10 новонароджених із ВУІ з'явилися: менінгоенцефаліт, менінгіт, ішемічне ушкодження ЦНС, міокардит, кон'юнктивіт, асфіксія, пневмонія. ВУІ, викликана ентерококком, визначала ішемічне ушкодження ЦНС.

При обстеженні під час вагітності пацієнток з атипичним розташуванням плаценти на наявність інфекцій у 10 (діти з ВУІ) було виявлено: ЦМВ, ВПГ 1; хламідії, мікоплазма, уреоплазма, ВПГ 1 і 2; уреоплазма, ВПГ 2, ЦМВ; уреоплазма, хламідії, гриби роду *Candida*; гарднерелла і кишкова паличка. Отже, у всіх жінок, що народили дітей з ВУІ, під час вагітності виявлені ІПСШ. У 9 із 10 новонароджених з ознаками ВУІ збудниками захворювань були види збудників, що викликані ІПСШ.

При вивченні даних справжньої вагітності у спостережуваних (10 випадків ВУІ) привертає увагу високий інфекційний індекс: загострення хронічного пієлонефриту, циститу, тонзиліту; ГРВІ; дизбіоз піхви. При порівняльному аналізі залежності проявів інфекції в новонароджених від часу загострення інфекції у матері виявлено, що у вагітних, що мали рецидив у ІІІ триместрі (4 спостереження), прояви внутрішньоутробної інфекції реалізовувалися зазвичай у перші 3 дні раннього неонатального періоду ($r=0,89$) і характеризувалися яскравою клінічною симптоматикою. Активізація інфекцій у І–ІІ триместрах гестації (6 спостережень) поєднувалася з високою частотою розвитку симптомів дизадаптації новонародженого до позаутробних умов існування ($r = 0,72$) пізнішим проявом інфекції при тривалому, уповільненому її перебігу.

ВИСНОВКИ

Отже, антенатальне порушення стану плода у жінок з передлежанням плаценти і її міграцією є визначальним в неонатальній патології і виникненні ускладнень пологового процесу, що на тлі хронічного страждання плода посилює його стан і призводить до значної частоти народження хворих дітей або інтранатальної їх загибелі.

Отримані результати необхідно враховувати при розробці тактики ведення вагітності і розродження жінок з аномальним розташуванням плаценти.

Features of perinatal consequences of delivery are at the misplaced of placenta

O. V. Talko

The objective: to learn the features of perinatal consequences at the misplaced of placenta.

Materials and methods. There were 148 women (basic group) with the misplaced of placenta. A low placentation found out at ultrasonic research in the term of 14-16 week pregnancies. In obedience to classification of anomalies of placentation and variants of migration of placenta, the criterion of including of patients in a basic group was a location of placenta (in 14 – 16 week) in the distance less than 2 sm from the internal pharynx of servix. As a control group it is inspected 60 practically healthy pregnant with a normal placentation.

In the complex of the conducted researches were included clinical, echographic, microbiological, morphological, statistical.

Results. In the basic group of women from 75 sick children the intrauterine infecting is diagnosed in 10 (13,2%): generalized herpetic infection (3) and intrauterine pneumonia (7). For certain the large stake of the intrauterine infecting is marked among newborns for patients which was observed concerning a low placentation: 1 – 13,0%, 2 – 16,7% and 3 – 6,3%. For all children which at birth the taken away diagnosis intrauterine infecting, research of whey of blood is mine-out by the method of polymerase chain reaction, sowing of strokes from a trachea, pharynx, anus. It is discovered that among excitors on the first place on frequency there is a virus of simple herpes of 1, 2 types both in the isolated kind and in the variant of the combined infection: cytomegalovirus, mycoplasma, fungi of genus Candida; chlamydia and enterococcus.

Conclusions. Antenatal of violation of the state of fetus for women with placenta previa and its migration is determining in neonatal pathology and origin of complications of maternity process, that on a background the chronic suffering of fetus strengthens his state and results in considerable frequency of birth of sick children or intranatal their death.

The got results must be taken into account at development of tactic of conduct of pregnancy delivery of women with the misplaced of placenta.

Keywords: anomalous placentation, perinatal consequences, features.

Відомості про автора

Только Олександр Володимирович – канд. мед. наук, докторант, кафедра акушерства, гінекології та медицини плода, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (050) 744-17-07. E-mail: alexander.talko@icloud.com
ORCID: 0009-0003-7012-8034

Information about the author

Talko Olexandr V. – candidate of medical sciences, doctor's student of departments of obstetrics, gynaecology and medicine of fetus, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (050) 744-17-07. E-mail: alexander.talko@icloud.com
ORCID: 0009-0003-7012-8034

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пирогова ВІ, Місюра АГ, Проконів ІВ. 2012. Ретрохоріальні гематоми першого триместру – ризики і проблеми пролонгування вагітності. Здоров'я України. 4(8):18-9.
2. Дяк КВ, Юзько ОМ. 2017. Причинні фактори передчасних пологів (Новий погляд на проблему). Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 1(23):62-9.
3. Bennett GL, Bromley B, Lieberman E. 2021. Subchorionic hemorrhage in first-trimester pregnancies: prediction of pregnancy outcome with sonography. Radiology. 200:803-6.
4. Томнюк ОМ. 2020. Профілактика невиношування вагітності та перинатальної патології у жінок із антифосфоліпідним синдромом та ретрохоріальною гематомою. Репродуктивне здоров'я жінки. 3(43):36-9.

5. Johns J, Jauniaux E. 2022. Threatened miscarriage as a predictor of obstetric outcome. *Obstet Gynecol.* 107(4):845-50.
6. Jeve YB, Davies W. 2024. Evidence-based management of recurrent miscarriages. *J Hum Reprod Sci.* 7(3):159-69.
7. Романенко ТГ, Жалоба ГМ, Стаселович ЛЮ, Вороніна КІ. 2018. Ведення вагітності на тлі ретрохоріальної гематоми у І триместрі гестації (Огляд літератури). *Здоров'я жінки.* 9(135):118-24.
8. Азизова НА. 2019. Течение беременности на фоне ретрохориальной гематомы (обзор литературы). *Вісник проблем біології і медицини.* 4(1,153):13-6.
9. Генік НІ, Литвин НВ, Кінаш НМ. 2012. Перебіг вагітності з відшаруванням хоріона та плаценти у різні терміни гестації. *Таврический медико-биологический вестник.* 15(2,58):48-50.
10. Пирогова ВІ, Ошуркевич ОО. 2017. Антифібринолітична терапія у клініці невиношування вагітності – аспекти лікувальної тактики. *Здоров'я жінки.* 4(120):78-82.